

Mesa redonda 4. Morir sin sufrir

Moderador: Juan Carlos Colmenarejo Hernando

Centro de Salud Estrecho de Corea. Madrid.

Introducción

Juan Carlos Colmenarejo Hernando

Máster en Cuidados Paliativos y Tratamiento de Soporte del Enfermo Terminal Oncológico.

La muerte es un hecho inexorable al que se enfrenta el ser humano; puede acaecer de forma súbita (accidentes, arritmias malignas, etc.) o más frecuentemente de forma lenta y progresiva.

El análisis de la mortalidad en nuestro país durante la década de 1989 a 1998 permite objetivar que las principales causas de muerte siguen siendo las enfermedades cardio y cerebrovasculares y los tumores (tabla 1); mientras que las causas vasculares muestran una tendencia a la estabilización o descenso, la mortalidad por tumores continúa mostrando una tendencia creciente en los varones, si bien en mujeres no ha variado, debido fundamentalmente a la estabilidad en la mortalidad por cáncer de mama¹.

En un reciente estudio escocés, si bien los problemas cardíacos fueron más frecuentes que los cánceres, se asociaron con tasas similares de supervivencia a los 5 años, e igual número de años de vida perdidos².

Estos datos nos indican que una gran parte de la población se ve afectada por una enfermedad que acabará progresivamente con su vida, que llegará a una fase terminal. Ésta se define como progresiva, avanzada, incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico, lo que reduce un plazo corto (inferior a 6 meses) el pronóstico vital³.

Esta situación genera un gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte. De hecho, los pacientes soportan la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que atentan contra su persona y que se han definido como “dolor total”^{4,5}.

De todos ellos el que más angustia produce y más preocupa, el síntoma de los síntomas, es el dolor⁶. Según el registro RIMCAN éste apareció como síntoma de inicio en un 14,7% de las mujeres (el síntoma principal fue masa tumoral mamaria) y en un 17,8% de los varones, para ser el síntoma más frecuente (68,4% de pacientes) en la fase final de la enfermedad⁷.

Tabla I. Principales causas de mortalidad en España 1989-1998

Varones	1998	% cambio 1989/1998
Todas las causas	188.421	- 7,9
Isquemia cardíaca	22.352	- 2,1
Enf. corazón, otras	15.504	- 21,2
Cáncer pulmón	15.406	7,0
Enf. cerebrovascular	15.640	-30,3
Enf. pulmonar obstructiva crónica	12.916	7,4
Cáncer próstata	5.728	12,8
Accidente tráfico carretera	4.486	-29,9
Cirrosis hepática	4.249	- 34,1
Infección respiratoria aguda	4.435	- 8,7
Cáncer colon	4.504	47,3
Mujeres		
Todas las causas	169.529	- 12,6
Enf. corazón, otras	24.020	- 22,3
Enf. cerebrovascular	22.321	- 33,4
Isquemia cardíaca	17.090	- 2,7
Cáncer mama	5.759	- 8,0
Demencias y Alzheimer	8.957	145,9
Diabetes	5.899	- 21,5
Enf. pulmonar obstructiva crónica	4.790	- 6,6
Cáncer colon	3.838	19,9
Infección respiratoria aguda	4.420	- 14,6
Enf. hipertensiva	3.452	58,1

Modificada de Llacer A, et al¹.

Sin embargo, pese a todos estos datos y al precepto hipocrático según el cual “el tratamiento contra la miseria y el dolor de los enfermos es el deber fundamental de todo médico”, hasta hace unos años la valoración y el tratamiento de este síntoma en nuestro país adolecía de insuficiencia. Por fortuna esta situación se ha modificado, no sólo al disponer de un arsenal farmacológico seguro, más cómodo y eficaz, sino por la labor de muchos grupos que han ido extendiendo la cultura del tratamiento paliativo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos recordaba en un informe de 1990 que “cada año unos cinco millones de personas mueren de cáncer y se diagnostican alrededor de siete millones de casos nuevos. Muchos de estos pacientes no tienen posibilidad de curarse; para ellos, la única alternativa realista y humana consiste en el tratamiento paliativo”; ya hacía recomendaciones explícitas para que se prestara apoyo al concepto de tratamiento paliativo con su vertiente de tratamiento del dolor dentro de un esquema general de atención al paciente y su familia⁸.

Tabla 2. Instrumentos para la evaluación del dolor

Escalas cuantitativas o de intensidad
Escalas de auto evaluación, rápidas y sencillas que sólo miden intensidad
Test multidimensionales
Evalúan los diferentes aspectos del dolor. Versión española McGill Pain Questionnaire
Abordajes conductuales
Observación de la conducta del paciente ante el dolor
Medidas fisiológicas
Más útiles en dolor agudo
Evaluación psicosocial
Importancia de los factores afectivos, cognitivos y conductuales en la percepción y registro de dolor. Por ejemplo la escala de ansiedad y depresión de Goldberg

El dolor es una experiencia compleja, resultado de la interacción entre factores fisiológicos, psicológicos y socio-culturales; la IASP⁹ lo ha definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con lesión hística real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión.

Esta definición evita el establecer una relación de causalidad entre el daño tisular y el dolor, con lo que reconoce los componentes emocionales y subjetivos del dolor, integrados indisolublemente en la sensación dolorosa.

Al tratarse de un fenómeno complejo y multideterminado es muy difícil precisar el grado de dolor, no debiendo limitarse la valoración a medir la intensidad. Se dispone de una serie de instrumentos para efectuar la medición clínica del dolor que pueden agruparse en 4 categorías¹⁰, según se ilustra en la tabla 2.

La contemplación del dolor desde una perspectiva biopsicosocial permite conocer las influencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales que se consideran esenciales para causar, mantener y exacerbar la enfermedad, así como el abordaje multidisciplinar, ampliando el arsenal terapéutico más allá de las opciones puramente farmacológicas¹¹.

El médico de Atención Primaria se sitúa en un lugar privilegiado para ayudar a sus pacientes que sufren dolor, dada la proximidad humana y la relación personal longitudinal que con ellos mantiene: conoce al paciente y su entorno, dispone de un arsenal terapéutico contrastado y en muchos casos cuenta con el apoyo de unidades específicas de cuidados paliativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llacer A, Fernández-Cuenca R, Martínez de Aragón MV. Mortalidad en España en 1998. Evolución en la década 1989-1998. I. Mortalidad general, principales causas de muerte y de años potenciales de vida perdidos. Boletín Epidemiológico Semanal 2001;9(23):241-8.
2. Stewart S, et al. More "malignant" than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. Eur J Heart Fail 2001;3: 315-22.
3. Grifo Peñuelas MJ, López Martínez ML, Ponce Alonso J. Manejo de los síntomas en pacientes terminales en Atención Primaria. Semergen 1999;25(4):312-21.
4. Colmenarejo Hernando JC, Calle Cabada B. Intervención psicosocial. En: Atención al paciente terminal. SemFYC-SEMERGEN 2001;83-104.

5. Luce JM, Luce JA. Tratamiento de la disnea en los pacientes con enfermedad pulmonar en fase terminal. Jama 2001;10(7):269-76.
6. Mendive JM. Menos dolor, por favor. Postgraduate Medicine 2003; 9(6):1.
7. Ripoll Lozano MA. Registro de incidencia y mortalidad en pacientes con cáncer (RIMCAN): informe 2001. Medicina General 2002; 43:284-7.
8. Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer. Informe técnico 804. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1990.
9. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Task Force on taxonomy. 2nd ed. Seattle: IASP press, 1994.
10. Domingo F. Dolor crónico no maligno. En: Dolor crónico no maligno. Barcelona: Permanyer, 1999; p. 1-9.
11. Weisberg MB, Clavel AL. ¿Por qué es tan difícil tratar el dolor crónico? Postgraduate Medicine 2001;5(3):53-68.

Manejo del dolor en el paciente terminal. Tratamiento del dolor oncológico

Antonio Sacristán Rodea

Oncólogo. Unidad de Cuidados Paliativos ESAP (Área 4 de Madrid).

El dolor crónico se caracteriza por tener una duración superior a tres meses y por asociarse con cambios importantes en el estado psicológico, social y funcional del paciente, pudiéndose relacionar con trastornos depresivos y ansiosos, que en ocasiones requerirán manejo específico¹. En el seno de un cuadro de dolor crónico pueden aparecer además episodios agudos.

Desde la publicación, hace ya casi 20 años, de las recomendaciones generales para el tratamiento del dolor que hizo un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{2,3} han aparecido en diferentes medios de información médica múltiples revisiones y guías de manejo del dolor crónico maligno. La mayoría de estas revisiones (probablemente miles) coinciden en tres aspectos:

- El dolor es muy frecuente en pacientes con cáncer, apareciendo hasta en el 75%-90% de los pacientes⁴.
- Con las alternativas actualmente disponibles conseguir alivio o desaparición del dolor es relativamente sencillo⁵.
- A pesar de las diferentes alternativas terapéuticas en más del 50% de los casos no se consigue un control aceptable, y el 25%-30% de los pacientes morirán con dolor intenso⁵.

Los profesionales que estamos inmersos en el tratamiento del dolor crónico maligno solemos reconocer y aceptar esos aspectos⁶.

Pero la cuestión es: si tenemos tratamientos efectivos, ¿por qué no se utilizan adecuadamente? Las respuestas son variadas, y creo, insuficientes. Es cierto que los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor no ocupan un lugar relevante (si es que tienen alguno) en los planes de estudio y que aún no disponemos de un marco de referencia que, en la realidad asistencial, garantice unos adecuados cuida-

dos paliativos a los pacientes que los precisen⁷. A partir de ahí el peso de otros problemas “históricos” es más dudoso: poca capacitación de los profesionales por falta de formación continuada, insatisfacción de los profesionales que atienden pacientes con enfermedad avanzada, mitos y miedos relacionados con la utilización de analgésicos potentes, pocos recursos asistenciales, etc.^{8,9}. Sería conveniente definir el tipo de profesional que tiene que responsabilizarse de los cuidados paliativos y tratamiento del dolor (médico de familia, especialista, “paliatólogo”), implantar (que no elaborar) líneas generales de manejo del dolor, revisar si los actuales recursos son suficientes, etc.

¿Por donde empezar? Los principios generales de la OMS para tratamiento del dolor se mantienen plenamente vigentes³:

- Hacer diagnóstico diferencial, porque el tratamiento es diferente según el tipo de dolor.
- El tratamiento debe ser pautado, evitando en la medida de lo posible la toma a demanda y los placebos. El tratamiento farmacológico continua siendo la piedra angular del tratamiento.
- La vía oral es de elección, reservando otras como alternativa.
- Hay que hacer un tratamiento escalonado. La escalera analgésica debe continuar como pauta de referencia.
- Es necesario individualizar el tratamiento y el seguimiento. Todos los apartados anteriores deberían a su vez interpretarse en clave de medicina basada en la evidencia y uso racional de los medicamentos.

VALORACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR

En los pacientes con dolor crónico maligno las clasificaciones más útiles son la etiológica y la fisiopatológica¹⁰, la primera porque algunas causas tienen tratamiento específico y la segunda por las implicaciones farmacoterapéuticas que tiene. Según esta última el dolor se clasifica en:

- Dolor nociceptivo (somático y visceral) (tabla 1). Se produce por estimulación de receptores nociceptivos. Responde a antiinflamatorios no esteroideos (AINE), paracetamol y opiáceos.

Tabla 1. Tratamiento general del dolor nociceptivo (según la causa)¹¹

Causa	Primera elección	Segunda elección
Visceral	Analgésicos	Esteroides
Óseo	AINE Radioterapia	Esteroides; morfina
Cólico		
Estreñimiento	Laxantes	Enemas
Obstrucción	Espasmolíticos y SNG	Analgésicos
Dolor pleural	Analgésicos	Bloqueos nerviosos
Linfedemas	Medidas posturales	Analgésicos; esteroides Diuréticos
Cefaleas (aumento PIC)	Esteroides	Analgésicos
Infiltración de tejidos blandos	Analgésicos	Esteroides
Tenesmo rectal	Clorpromacina	Diacepam

Tabla 2. Tratamiento general del dolor neuropático¹²

Tipo de dolor	Primera elección	Segunda elección
Continuo	Antidepresivos tricíclicos Amitriptilina: 25-300 mg/24 h Imipramina: igual dosis.	Anticonvulsivantes
Lancinante	Anticonvulsivantes: PO Carbamacepina: 100-200 mg/12 h Gabapentina: 300-600 mg/8 h	Tricíclicos
Compresión	Dexametasona: 60 mg/24 h/iv Metilprednisolona: 125 mg/24 h im	Analgésicos opiáceos

- Dolor neuropático (tabla 2). Producido por lesión en vías o centros neurológicos. Responde mejor a anticonvulsivantes o antidepresivos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La escalera analgésica de la OMS^{2,3,13} incluye tres escalones: en el primer escalón se usa un AINE y cuando éste no controle el dolor se añade un opiáceo débil (segundo escalón). Cuando esta combinación deja de ser efectiva el opiáceo débil es remplazado por uno potente (tercer escalón), manteniendo el tratamiento del primer escalón. No se recomienda utilizar dos analgésicos del mismo grupo simultáneamente.

Los analgésicos adyuvantes son medicamentos que alivian el dolor pero no se consideran analgésicos en sentido estricto (carbamacepina, gabapentina, amitriptilina, corticoides, benzodiacepinas, neurolepticos); pueden ser útiles en cualquier escalón si el tipo de dolor lo precisa.

Farmacología básica de los antiinflamatorios no esteroideos

Los AINE comparten acciones terapéuticas (analgésica, antiinflamatoria y antipirética) pero se diferencian en su eficacia y toxicidad relativas¹⁴.

Las recomendaciones generales en la utilización de AINE podrían resumirse de la siguiente forma:

- El paracetamol a dosis de 1.000 mg/6 horas, es el tratamiento de elección en el dolor leve-moderado sin componente inflamatorio importante. El ibuprofeno a dosis analgésica (600 mg/6-8 horas) parece el AINE menos gastrolesivo y es una buena alternativa al paracetamol.

– Es aconsejable utilizar los más conocidos y aquellos que llevan más años en el mercado ya que se conocerá mejor su perfil de seguridad (ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, etc.).

– Producen su efecto actuando a nivel periférico, y por lo tanto, la asociación con opiáceos, que actúan a nivel central, permite un mejor control del dolor.

– Los AINE tienen techo analgésico; esto implica que una vez alcanzada la dosis máxima recomendada incrementos sucesivos de la dosis no producen mayor analgesia y sí aumentan la toxicidad.

– No deben utilizarse dos AINE simultáneamente; no se consigue mayor eficacia analgésica y sin embargo la probabilidad de producir efectos secundarios es mayor.

Farmacología básica de los opiáceos¹⁵⁻²⁰

Opiáceos débiles

La codeína puede considerarse de elección. Ejerce su efecto analgésico al unirse a los receptores MU, aunque lo hace con baja afinidad.

El tramadol no ha demostrado ventajas evidentes frente a otros opiáceos. Todavía está por establecerse la eficacia del tramadol en el manejo del dolor crónico a largo plazo.

El dextropropoxifeno no aporta ventajas, se transforma en un metabolito activo que favorece la aparición de efectos secundarios indeseables. Su uso sólo está indicado como alternativa a la codeína y tramadol cuando éstas no se toleran bien.

Opiáceos potentes

Son los analgésicos más potentes que se conocen. Su acción farmacológica va a depender de la estimulación de receptores (MU, KAPPA, SIGMA) situados fundamentalmente en el sistema nervioso central (SNC). Los opiáceos potentes se clasifican en cuatro grupos según su acción sobre los receptores:

– Agonistas puros (morfina, metadona, fentanilo, meperidina o petidina). Tienen afinidad y actividad altas sobre los receptores MU. Prácticamente no tienen techo analgésico. Son los medicamentos de elección en el tratamiento del dolor.

– Agonistas parciales (buprenorfina). Menor potencia analgésica que los agonistas puros. Tienen techo analgésico.

– Agonista-antagonistas (pentazocina). Gran riesgo de provocar disforia, cuadros psicómotores y alucinaciones. No indicados en el manejo del dolor crónico.

– Antagonistas puros (naloxona, naltrexona). Son el tratamiento de elección en la intoxicación por opiáceos.

La vía de administración de elección (por eficacia y comodidad) es la oral, siendo la transdérmica, rectal y subcutánea las alternativas en pacientes que no tienen disponible la vía oral, Las vías intravenosa o epidural quedarían para casos especiales (menos del 10%).

La morfina es el opiáceo de referencia. La metadona tiene potente acción analgésica a dosis prácticamente equivalentes a la morfina. Parece ser más eficaz que la morfina en el manejo del dolor neuropático.

El fentanilo aporta la posibilidad de ser administrado por vía transdérmica a intervalos de hasta 72 horas. Suele precisar dosis extras para tratar “picos de dolor”. No están bien definidas las equivalencias. Asimismo, necesita que la piel de los pacientes esté en buenas condiciones para su correcta administración.

La meperidina tiene un metabolito (normeperidina) que puede acumularse provocando hiperexcitabilidad del

SNC. No está recomendada en el tratamiento del dolor crónico de cualquier etiología.

La buprenorfina puede ser utilizada por vía transdérmica, además puede presentar acción antagonista a dosis altas, lo que obliga a utilizarla con precaución. La utilidad de la buprenorfina en el tratamiento del dolor en el cáncer es limitada.

La pentazocina, por su acción sobre los receptores SIGMA produce disforia y alteraciones psicomiméticas. No es un fármaco indicado en el dolor crónico.

Efectos secundarios de los opiáceos

En general los efectos secundarios de todos los opiáceos son similares cuando se utilizan a dosis equivalentes; los principales efectos secundarios son:

El estreñimiento se produce en casi en todos los pacientes que toman opiáceos; es dosis dependiente y no desarrolla tolerancia. Deben pautarse siempre laxantes al mismo tiempo que se inicia el tratamiento opiáceo.

Las náuseas y vómitos son dosis dependiente y se desarrolla tolerancia. El haloperidol a dosis de 1 a 3 mg por día es el medicamento de elección.

La sedación es dosis dependiente y aparece tolerancia.

La confusión y las alucinaciones obligan a cambiar el opiáceo administrado, dado que no se conoce un tratamiento eficaz.

La depresión respiratoria es potencialmente el efecto secundario más grave, pero hay pocos casos descritos en pacientes que toman opiáceos en su indicación analgésica.

La tolerancia se soluciona subiendo la dosis hasta alcanzar nuevamente la analgesia deseada.

La dependencia física debe ser tenida en cuenta únicamente si está indicado retirar la medicación lo que sucede en raras ocasiones. Es suficiente realizar una retirada lenta para prevenir el síndrome de abstinencia.

La dependencia psíquica no debería considerarse en pacientes que sufren dolor intenso y con una esperanza de vida limitada.

Errores frecuentemente identificados en el tratamiento del dolor

– Partir, machacar, morder, etc. los comprimidos de liberación sostenida. Pegar parches de administración transdérmica en lugares inadecuados (zonas de presión, con mucho vello, etc.).

– Combinar AINE entre sí.

– Combinar opiáceos débiles entre sí.

– Combinar opiáceos potentes entre sí o con opiáceos débiles.

– Hacer interpretaciones personales del dolor que refieren los pacientes. El dolor es subjetivo y lo define el propio paciente, no los familiares o el médico.

– No hacer tratamiento profiláctico de efectos secundarios cuando son medidas de eficacia probada.

– No hacer diagnóstico diferencial del dolor en el paciente con cáncer avanzado.

– Utilizar pautas posológicas inadecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain. Pain 1986;(Suppl 3).
2. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva: WHO, 1986.
3. World Health Organization. Cancer Pain Relief. 2nd ed. Geneva: WHO, 1996.
4. Grond S, Zech D, Diefenbach C, Radbruch L, Lehmann K. Assessment of cancer pain: a prospective evaluation in 2.266 cancer patients referred to a pain service. Pain 1996;64(1):107-14.
5. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield A, Edmonson MD, Blum RH, Stewart JA. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med 1994;330:592-6.
6. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield A. Physician's attitudes and practice in cancer pain management: a survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. Ann Internal Med 1993;119:121-6.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
8. Foley KM. Pain relief into practice: rhetoric without reform. J Clin Oncol 1995;13:2149-51.
9. Levin DN, Cleeland CS. Public attitudes toward cancer pain. Cancer 1985;56:2337-9.
10. Payne R, Gonzales GR. Pathophysiology of pain in cancer. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd ed. Oxford, 1998.
11. Foley KM. Pain assessment and cancer pain syndromes. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd ed. Oxford, 1998.
12. Portenoy RK. Adjuvant analgesics in pain management. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd ed. Oxford, 1998.
13. Jadad AR, Browman GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management. J Am Med Assoc 1995;274:1870-3.
14. Insel PA. Analgésicos-antipiréticos y antiinflamatorios. En: Goodman, Gilman, editors. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 9th ed. McGraw-Hill Interamericana Editores, 1996.
15. Hanks G, Cherny N. Opioid analgesic therapy. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd ed. Oxford, 1998.
16. Ballantyne JC, Mao J. Opioid therapy for Chronic Pain. N Engl J Med 2003;349:1943-53.
17. Foley KM. Opioids and chronic neuropathic pain. N Eng J Med 2003;348:1279-81.
18. Reisine T, Pasternak G. Analgésicos opioides y sus antagonistas. En: Goodman, Gilman, editors. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 9th ed. McGraw-Hill Interamericana Editores, 1996.
19. Savage SR. Long-term opioid therapy: assessment of consequences and risks. J Pain Symptom Manage 1996; 11: 274-86.
20. South SM, Smith MT. Analgesic tolerance to opioids. Pain Clinical Updates 2001:1-4.

Acompañar al paciente a morir. Papel del médico de cabecera

Juana Sánchez Jiménez

Máster en Cuidados Paliativos y Tratamiento de Soporte del Enfermo Terminal Oncológico. Médico de Familia. Centro de Salud de Berja (Almería).

En los últimos años se han producido grandes avances en el desarrollo de las ciencias médicas: la revolución antibiótica, la revolución biológica que ha culminado en el descubrimiento del código genético, las nuevas técnicas de diagnóstico en laboratorio e imagen, el diseño de medicamentos, etc., han cambiado la vida de los seres humanos, prolongándola; sin embargo, tarde o temprano todos nos vamos a enfrentar a la muerte, y el médico será posiblemente un actor en esta obra¹.

La mayor información de los avances sanitarios, magnificados a veces por los medios de comunicación, ha generado la falsa creencia de que la Ciencia puede resolver todos los problemas de salud.

La fragilidad humana se intenta esconder tras los aspectos que nos ofrece el estado de bienestar, originando un rechazo hacia la muerte que se considera como un fracaso o accidente inevitable.

Las expectativas irreales del "poder de la Medicina" y la influencia de actitudes sociales de negar la muerte o eludir, condicionan comportamientos de rechazo y abandono de las personas que sufren o están próximas a la misma, "que se ocupe el hospital" "los médicos pueden salvarlo"².

A pesar de lo anteriormente expuesto cuando preguntamos a nuestros pacientes dónde quieren morir nos encontramos con que la mayoría de los encuestados prefieren morir en casa y sienten principalmente miedo al dolor, a pesar de que éste puede ser eficazmente tratado³, sin embargo en los últimos tiempos la muerte ocurre en el 90% de los casos en instituciones u hospitales, y menos del 10% lo hacen de forma súbita, al contrario tras un periodo mas o menos largo de enfermedad y agonía⁴.

Los últimos datos publicados (2003) del Instituto Nacional de Estadística, sobre mortalidad en el año 2001 establecen una tasa bruta de mortalidad en España de 887 fallecidos/100.000 habitantes (un 1,8% menor que la del 2000).

La primera causa de mortalidad: 34,5% son las enfermedades cardiovasculares (infarto agudo de miocardio [IAM], angina), 27,1% tumores (aumento del 2,8 con respecto al 2000).

En varones la primera causa es la cardiopatía isquémica y la segunda el cáncer de pulmón (aumento del 5%).

En mujeres la primera causa son las enfermedades cerebrovasculares, seguida de la cardiopatía isquémica y del cáncer de mama (aumento del 4%).

Los accidentes de tráfico son la primera causa en jóvenes de 15-34 años.

Destaca un aumento de las defunciones por enfermedad de Alzheimer con un incremento del 16,7%, constituyendo la décima causa de muerte, y han disminuido los fallecimientos por sida un 4,8%.

A pesar de esta evidencia no hay lugar para la muerte en el mundo actual.

Nuestra sociedad vive de espaldas a la muerte; el inconsciente colectivo ha elaborado mecanismos que disfrazan y ocultan o distorsionan lo relativo a la muerte y al sufrimiento⁵.

Aunque la muerte es una certeza biológica, que constituye la culminación de nuestra etapa vital, no somos conscientes de ella hasta presenciar la agonía y la muerte de seres queridos⁵.

Las primeras experiencias acerca de la muerte pueden marcar la personalidad, desde una aceptación como un hecho natural y necesario o una experiencia traumática, violenta o imprevista que desestabiliza el entorno familiar y puede ocasionar rechazo y terror ante la referencia de la misma^{3,5}. Sin embargo la muerte, el duelo y la aflicción son componentes inevitables de la vida del ser humano³.

El médico ha sido entrenado para reconocer la enfermedad, pero desconoce casi todo lo relacionado con la muerte y los moribundos.

Durante nuestra etapa de formación somos adiestrados para diagnosticar y curar, pero a lo largo de nuestra vida profesional debemos aprender a aliviar y acompañar.

La filosofía asistencial que recibimos durante nuestros estudios académicos considera la muerte como un fracaso terapéutico, ya que aprendemos a reanimar una parada cardiorrespiratoria pero no cómo enfrentarnos a la muerte.

Uno de los déficits de nuestra etapa pregrado es la ausencia de entrenamiento suficiente en comunicación, a pesar de que ésta constituye la base de nuestra actividad diaria, lo que nos limita a la hora de dar malas noticias, responder preguntas difíciles e informar al paciente o a los familiares⁴.

Para Derek Doyle “morir es la experiencia más solitaria de la vida. Es el momento en que sobre todo lo demás anhelamos compañía, no la de una muchedumbre charlatana de solícitos colegas y conocidos, sino la de experimentar intimidad con aquellos que comparten nuestro secreto y están dispuestos a compartirse a sí mismos con nosotros”.

Ser médico no implica solamente el conocimiento de una serie de técnicas y habilidades, sino que supone saber cuidar a las personas, comprender sus necesidades, motivaciones, deseos, sentimientos y emociones.

Nuestro primer objetivo es curar y restablecer la salud, pero cuando esto no es posible nuestro fin debe ser mejorar o mantener el bienestar del enfermo y evitar o paliar el sufrimiento, disminuyendo la duración e intensidad del mismo mediante todos los medios a nuestro alcance, tecnológicos y afectivos⁶. “Curar a veces, aliviar siempre”: la protección del enfermo frente a exploraciones absurdas, o de rutina, mantener su autoestima, compartir la información, saber escuchar, respetar el silencio, son habilidades que hay que adquirir si queremos desempeñar con dignidad nuestra profesión.

Para Lain Entralgo: “Un hombre enfermo es un hombre amenazado por la invalidez, el dolor, la soledad o la muerte. Y la amenaza será tanto mayor y más tiempo ocupará sus pensamientos cuanto más importante sea para él, lo que espera, y más incertidumbre exista sobre si se producirá o no el acontecimiento esperado y el momento en que el mismo puede acontecer”, y durante este tiempo de espera el médico de familia se convierte en un interlocutor de sus dudas y esperanzas.

Escuchar es un arte que se aprende; el 80% de nuestro tiempo lo dedicamos a la comunicación, un 30% a hablar, el 16% a leer, un 9% a escribir y el 45% escuchamos. El éxito de una buena comunicación reside en escuchar bien, es decir, una escucha activa tanto del lenguaje verbal como no verbal⁴.

Debemos aprender a tomar contacto con el paciente y su familia, transmitir la seguridad de que no va a ser abandonado ni física ni emocionalmente por sus cuidadores y seres queridos⁸.

Nuestros pacientes esperan lo mejor, y lo mejor a veces es tranquilizar, explicar y acompañar. Las mejores herra-

mientas para el médico de Atención Primaria son el sentido común, los conocimientos clínicos, la capacidad de empatía y la formación humanística.

Con el desarrollo de los cuidados paliativos en pacientes oncológicos se han resuelto en parte algunos de estos problemas, pero persiste una situación de orfandad paliativa y de sufrimiento no aliviado en pacientes crónicos terminales no oncológicos¹⁰.

El estudio SUPPORT, dirigido a conocer qué ocurre con las personas, en su último año de vida pone de manifiesto que el sufrimiento no es exclusivo de los pacientes oncológicos⁷.

Esto hace necesario ampliar los cuidados paliativos a todos aquellos pacientes que lo precisen, con el objetivo de corregir el deterioro de la calidad de vida, ofertando una atención integral para preservar la dignidad de la persona moribunda¹⁰.

Desde Atención Primaria tenemos que conseguir una mayor formación y una apuesta firme por la atención domiciliaria, adecuando los tiempos y la dotación para permitir que se pueda llevar a cabo. La situación del médico de Atención Primaria es privilegiada por su contacto y conocimiento cercano del paciente y su familia para poder acompañar el ciclo vital del enfermo, y al mismo tiempo debe exigirse una rápida respuesta y apoyo en caso de que se precisasen cuidados especiales o demandas que no se puedan resolver desde Atención Primaria.

Una buena educación para la muerte debería de formar parte de la educación sanitaria. Deberíamos aceptar la juventud como un estado transitorio, el envejecimiento como un hecho natural y no patológico y la muerte como un acontecimiento seguro de nuestra existencia⁹. Vale la pena recordar el poema de Antonio Machado:

“Todo pasa y todo queda,
pero lo nuestro es pasar,
pasar haciendo camino,
camino sobre la mar”

Debemos transmitir a la sociedad que la Medicina seguirá fracasando en el objetivo de impedir la muerte, y que los sanitarios deben poner todos sus esfuerzos en mantener la calidad de vida de sus pacientes evitando la muerte prematura. Como seres humanos, además de médicos, todos tenemos la obligación de exigirnos mutuamente que nuestros semejantes no mueran en la desesperación, la soledad o la indignidad^{12,13}.

Los médicos de familia constituyen el foro adecuado para que el sistema sanitario genere una nueva filosofía de la Medicina, en la que prime una concepción distinta de la enfermedad, del hombre y su sufrimiento^{10,13}.

Acompañar a la muerte implica:

- Preservar la dignidad de la persona.
- Respetar el proceso de morir, que es único para cada persona y su familia.
- Aceptar la muerte como un hecho natural, cuya vivencia es universal e irremediable, que a pesar de los avances tecnológicos y científicos no puede retrasarse indefinidamente.

- Incorporar la muerte a la vida y dejar de considerarla como un fracaso médico.
- Garantizar que nadie muera con dolor o en soledad.
- Se deben proponer cambios para que el final de la vida sea una despedida según las expectativas de cada enfermo, que pueda elegir si prefiere recibir atención en su domicilio o en el hospital, garantizando en ambos los cuidados.
- El objetivo de la medicina debe ser doble: curar evitando la muerte prematura y conseguir que los pacientes mueran en paz.
- El médico de Atención Primaria debe continuar su asistencia incluso después de la muerte del paciente, acompañando el duelo de los familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kessel Sardinias H. Paradojas en las decisiones al final de la vida. *Med Clin* 2001;116(8):296.
2. Elizondo F. Vivir el morir: aportación antropológica. *Labor Hospitalaria*, 1992; 24: 194.
3. Fernández Díaz R, Pérez Suárez MC, Cossio Rodríguez I, Martínez González P. Actitud ante una enfermedad incurable. *Atención Primaria* 1996;17(6).
4. Sanz Ortiz J. Final de la vida: ¿puede ser confortable? *Med Clin* 2001;116(4):142.
5. Marcos Carreras H, Amezcua Viedma C, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Sánchez Jiménez J, Huerga Huerga JM, et al. Curso de Habilidades en Atención Integral al Dolor. Comunicación con el enfermo Terminal y su familia. 1998. Capítulos VI-VII: Págs. 87-119.
6. Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arranz P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Medicina Clin* 2000;115(15):579.
7. Philips RS, Hamel MB, Corinsky KE, Lyn J. Findings from SUPPORT and HELP introduction. *J An Geriatr Soc* 2000;48(Suppl 1):1-5.
8. Klüber-Ros. Una vida para una buena muerte. Barcelona: Ed. Martínez-Roca, 1997.
9. Sabater F. El valor de educar. Barcelona: Ed. Ariel SA, 1997.
10. Benítez-Rosario MA. Cuidados paliativos en pacientes no oncológicos. *Med Clin* 1993;121(8):297-8.
11. Martínez Urionabarrenetxea K. Eutanasia y cuidados paliativos: ¿amistades peligrosas? *Med Clin* 2001;116(4):142.
12. Gordón M, Singer PA. Decisiones y cuidados al final de la vida. *Lancet* 1995;27(6):411-14 (ed. esp.).
13. Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A. Cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas. *Aten Primaria* 1997;19(3):108-9.