

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA

MESA REDONDA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

AÑO 2007

PRESENTACIÓN Y MODERACION

Dra. Dña. Ana María Álvarez Silván

Académica Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla

El objetivo de esta mesa redonda, dirigida en especial a los profesionales de la salud, es conseguir... que ante un enfermo grave... nunca mas se diga... , como a veces ocurre "Ya no se puede hacer nada por él"...

Es preciso insistir una y otra vez, en la importancia que tiene la vida de cualquier persona, incluso en su fase terminal, así como la necesidad de concienciarnos... de que todos tenemos la obligación de ayudar a vivir a cualquier ser humano, lo mejor posible durante el último periodo de su vida... (Ni acelerando la muerte, ni tampoco prolongando la vida artificialmente. Sin eutanasia y sin encarnizamiento terapéutico...) Teniendo en cuenta que lo mas importante... mas que incluso ayudarle a morir... es ... ayudarle a vivir, con la mejor calidad posible, hasta el último momento de vida.

Esto lo lograremos

*Si conseguimos una mayor accesibilidad a los cuidados paliativos , de las personas de todas las condiciones sociales, tanto a través de los hospitales como de la Atención domiciliaria

* Si los cuidados paliativos se comienzan a instaurar, no cuando se suspende la terapia curativa, sino simultáneamente con ella..

* Si se intentan que el enfermo lleve una vida lo mas activa posible.

*Si se alivian al máximo el dolor y los demás síntomas angustiantes del paciente y de su familia.

* Si se ofrece a la familia un sistema de apoyo que le ayude a afrontar la enfermedad del ser querido e incluso a sobrellevar el duelo

Este es mi deseo, y el de todos los componentes de esta Mesa Redonda: Conseguir que se proporcionan al paciente, todos los cuidados que necesite, mediante una estrategia holística, que integre la totalidad de la persona, en sus aspectos físicos, psicológicos, y espirituales.

PONENCIAS

El tratamiento Integral del dolor en Cuidados Paliativos

Dr. D. José Andrés Moreno Nogueira

Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.

Uno de los síntomas mas frecuentes en la practica diaria y especialmente relacionado con el cáncer es el dolor, presente en el 25% de los pacientes en el momento del diagnostico, se incrementa a un 75-80% en la fase avanzada. La incidencia del dolor en general, está presente en más del 60% de las consultas al médico. En el caso del cáncer es variable en relación con el tipo de tumor, el 85% de los tumores óseos primarios presentan dolor, el 52% de los cáncer de mama y solo un 5% de los pacientes con leucemia.

El dolor del paciente con cáncer, al que en general nos vamos a referir puede ser agudo o lo mas frecuente dolor crónico, relacionado con la propia neoplasia y/o tratamientos. El dolor agudo es casi siempre como consecuencia de un daño tisular y de duración limitada, suele ser protector y una vez identificada la causa, el tratamiento es eficaz en la mayoría de los casos. El dolor crónico (nociceptivo o neuropatico), al contrario es destructivo, de duración ilimitada, incluso tras la erradicación de la causa que lo originó. Este dolor se debe en un 70-75% a infiltración tumoral directa de estructuras y en un 25-30% al tratamiento y a causas no relacionadas con el tumor. La importancia y frecuencia del dolor crónico oncológico hace que este sea un auténtico problema sanitario donde los oncólogos, médicos de asistencia primaria y clínicas del dolor juegan un papel clave en el control del mismo. Numerosas publicaciones nos indican que el dolor oncológico no es tratado adecuadamente, se estima que entre un 50-80% de los pacientes neoplásicos no tienen un satisfactorio alivio del dolor a pesar de recibir analgésicos, siendo en parte debido a la inadecuada formación de los diferentes profesionales de la salud que atienden a estos pacientes y que el dolor frecuentemente es infravalorado. Un 25% de los pacientes que mueren por cáncer tienen dolor no controlado.

El dolor crónico oncológico se acompaña habitualmente de depresión, ira y ansiedad (dolor total), signos que frecuentemente son mal valorados, no realizándose además un tratamiento adecuado en la esfera afectiva, lo que conlleva a un importante deterioro de la calidad de vida. Junto a todo esto, es importante además la identificación del dolor irruptivo que puede escalonar al dolor crónico de base y que requiere un enfoque terapéutico adicional. Por todo ello, el tratamiento del dolor en el paciente con cáncer debe constituir uno de los pilares esenciales del tratamiento global de los mismos, no solo en la fase final del proceso, sino desde el momento del diagnostico. Una adecuada valoración y medición del dolor es el primer paso en el control del dolor.

El desconocimiento de la necesidad de medir el dolor y de los métodos existentes es la causa más importante del infratratamiento. Otros factores, son las falsas creencias de numerosos profesionales sanitarios en relación al miedo a crear adicción y tolerancia a los fármacos utilizados.

El dolor debe ser medido de forma habitual como lo es la presión arterial, el pulso, tº y nº de respiraciones. Si no se mide la intensidad del dolor, no se puede mejorar. La falta de formación hace que frecuentemente se usen analgésicos demasiado suaves en relación a la intensidad del dolor y cuando se usan los analgésicos potentes se hace en dosis insuficientes, con intervalos y vías de administración incorrectos.

El dolor es un signo subjetivo, y cada paciente dependiendo de sus creencias y cultura, canaliza la expresión del dolor. Frecuentemente rechazan decir que tienen dolor o rechazan el uso de opioides por miedo a la adicción, a sus efectos secundarios o a la creencia de acostumbramiento a los analgésicos. Todo ello les puede llevar a un déficit de cumplimiento de las pautas terapéuticas recomendadas. Es absolutamente necesario incrementar la información a los pacientes, cuidadores y a la propia sociedad para mejorar el control del dolor.

A pesar de todo, la razón más común del infratratamiento del dolor oncológico es el fallo de los profesionales sanitarios en evaluar de forma habitual la mejoría obtenida con la prescripción de los analgésicos. En una encuesta realizada a 897 oncólogos que en los últimos seis meses vieron a 70.000 pacientes, el 76% reconocen que la evaluación inadecuada del dolor es la causa más importante del alivio del mismo. Un 52% reconocen una formación inadecuada y menos del 7% de los médicos que comienzan su práctica en EE. UU conocen bien como evaluar el dolor. El tratamiento correcto del dolor debe comenzar por una evaluación integral del dolor y de las consecuencias que tiene sobre el estado funcional del paciente.

Hay muchas razones por las que el tratamiento del dolor debería ser una prioridad médica ya que el dolor puede tener efectos psicológicos profundos en el paciente. Debido a que el dolor tiende a incrementarse con el avance de la enfermedad, algunos pacientes sienten que el aumento del dolor significa un empeoramiento de su pronóstico o una muerte más cercana. El dolor impide al paciente disfrutar de la vida y debido a su efecto debilitante, en ocasiones hace que el paciente pierda su autonomía y que por tanto menoscabe su dignidad. Por todo ello, el dolor es una de las más temidas consecuencias del cáncer. En definitiva una disminución del bienestar y de la calidad de vida.

En países en los que está autorizada la eutanasia, se sabe que el 70% que la solicitan tienen cáncer. En un estudio, el 69% de los pacientes con cáncer afirmaron que si su dolor no fuera adecuadamente tratado, serían capaces de plantearse el suicidio.

Estas cifras dan idea del sufrimiento que produce el dolor canceroso y de la importancia de tratarlo adecuadamente.

Un aspecto menos estudiado es el impacto económico del dolor crónico no tratado o infratratado por su relación con el incremento del absentismo laboral, pérdidas de puestos de trabajo, necesidad de ayuda, el 30% tienen dificultad para mantener la independencia y estilo de vida, mayor consumo de consultas médicas, sobre todo urgentes, y una mayor polifarmacia.

El primer punto para una adecuada medición y control del dolor es reconocer que el dolor es lo que el paciente dice que es y no lo que el médico piensa que debe ser o espera que sea. El dolor siempre es subjetivo y no existen medidas objetivas satisfactorias. Por tanto lo referido por el paciente sobre su dolor, es el indicador más importante del mismo. Los clínicos deben respetar y aceptar lo referido por el paciente, en ausencia clara de dudas razonables.

Otro punto importante a considerar es que los signos objetivos relacionados con el dolor, como p. e. la taquicardia, hacer muecas, los suspiros, posturas etc., no son datos específicos del dolor. Tales observaciones no deben sustituir a lo referido por el paciente, a menos que el paciente esté incapacitado para comunicarse. En estos casos, esos signos tienen valor y será necesario interrogar a miembros de la familia para la valoración.

También debe señalarse que puede existir dolores sin encontrarse causa aparente del mismo y no necesariamente deben atribuirse a causas psicológicas, lo que puede condicionar un adecuado control terapéutico.

Diferentes pacientes experimentan niveles distintos de dolor ante similares estímulos dado que los umbrales del dolor no son uniformes. La tolerancia al dolor varía de un individuo a otro e incluso en un mismo individuo, dependiendo de diversas causas, sobre todo de las experiencias previas.

No controlar el dolor tiene consecuencias físicas y psicológicas. Los clínicos deben animar a pacientes reacios a hablar de su dolor, ya que incluso pueden llegar a reconocer que no tienen dolor, lo que dificultaría su control y seguimiento. En definitiva los pacientes tienen el derecho a una apropiada valoración y manejo de su dolor.

Para una valoración y medición adecuada del dolor se debe seguir la siguiente metodología: Historia médica del paciente. Historia psicológica. Examen físico. Pruebas diagnósticas relevantes de laboratorio e imagen. Escalas de autoevaluación.

En la realización de la historia clínica es esencial clarificar una serie de preguntas. ¿Cómo se inició el dolor?, ¿Cómo ha seguido evolucionando el dolor?, ¿Tiene dependencia a drogas?, ¿Cuales son sus antecedentes patológicos?, ¿Cuál su historia familiar?, etc. Es también muy importante analizar una serie de características clínicas como localización, irradiación, intensidad, ritmo, duración, frecuencia, etc. Igualmente la asociación de síntomas que pueden modificar el dolor, tratamientos anteriores y respuesta a los mismos. Evaluar factores de riesgo que puedan condicionar un tratamiento inadecuado. Evaluación de las consecuencias funcionales, socioprofesionales y relaciones familiares.

El conocimiento de estas premisas le permite al médico investigar adecuadamente el dolor de un paciente, pero a veces los pacientes no proporcionan esta información espontáneamente, porque temen distraer al médico del tratamiento activo e incluso llegan a negar el dolor por miedo a que signifique un empeoramiento de la enfermedad o el miedo a iniciar un tratamiento con opioides.

En todas las visitas rutinarias se debe investigar el dolor del paciente. La recogida sistemática de información permite conocer el dolor del paciente, la aparición de nuevos focos de dolor, si el tratamiento analgésico es efectivo y los efectos adversos debidos al mismo. La comunicación fluida con el paciente sobre su dolor, permite que este participe e influya en el control terapéutico.

La exploración física debe repetirse de forma regular, prioritariamente una exploración neurológica y musculoesquelética.

En definitiva la H^a C^a del paciente tiene como objetivos clarificar el carácter agudo o crónico del dolor, determinar su mecanismo generador, tipos (visceral, neuropático etc.), su localización y evaluar el déficit funcional y autonomía del paciente.

Para la medición del dolor se disponen de medidas unidimensionales que valoran una sola dimensión y las multidimensionales que miden dos o más dimensiones a la vez.

Las mediciones unidimensionales comprenden valoración de la intensidad (escalas verbales, escalas visuales analógicas, escalas numéricas y escalas pictóricas), valoración de la localización y valoración del componente afectivo.

Siempre hay que tener presente el tipo de paciente en el que se pretende valorar el dolor. En los niños existe dificultad para distinguir entre ansiedad y dolor, usándose la valoración del llanto o de los reflejos de retirada. Los ancianos pueden tener bajo grado de respuesta al disconfort por el propio miedo, estoicismo o diferencias culturales. Los individuos con diferentes culturas y lenguas pueden tener una conducta distinta ante el dolor o incluso prefieren tratamientos diferentes a los habituales. Cuando existen barreras de comunicación, los signos como quejidos, muecas, suspiros, posturas corporales, expresión facial, bajos niveles de actividad y absentismo laboral tienen claro valor en la medición.

Las mediciones multidimensionales son en general cuestionarios que cumplimentan el paciente, tales como la Brief Pain Inventory/BPI que mide la intensidad, localización y calidad del dolor y también un cuestionario acerca de los efectos del dolor sobre el humor y funciones personales. La Memorial Pain Assessment Card/MPAC, mide la intensidad del dolor y su alivio, basándose en una puntuación numérica. La Mc Gill Pain Questionnaire/MPQ, es un cuestionario que refleja dimensiones emocionales. Finalmente el Test de Latineen se basa en medir la intensidad, frecuencia, analgesia, sueño y actividad.

El tratamiento farmacológico sistémico es la base del tratamiento de la mayoría de los pacientes con dolor moderado o grave y para ello requiere la elección del fármaco analgésico adecuado, la prescripción de la dosis óptima, vía apropiada, programación del intervalo de administración etc.

La OMS recomienda la escalera analgésica constituida por tres escalones consecutivos, pero su aplicación no es rígida. No siempre un dolor oncológico debe comenzar por el primer escalón, pues un dolor de intensidad moderado-grave requiere desde su inicio el uso de opioides del tercer escalón, mientras que un dolor moderado puede iniciar el tratamiento con un opioide del segundo escalón asociado a un AINE. La duración de un escalón para el control del dolor es variable, la práctica demuestra como tras el uso de analgésicos del primer escalón, se pasa en poco tiempo al tercer escalón, en los casos de rápido incremento de la intensidad del dolor. Lo que si está claro es que nunca puede utilizarse juntos opioides del segundo y tercer escalón por el riesgo de ocasionar efectos secundarios graves. El uso único de analgésicos no opioides solo estaría indicado en el dolor oncológico de intensidad leve. En todas las situaciones puede estar justificado en uso de tratamientos coadyuvantes basado en el concepto de dolor total.

El primer escalón comprendería a los analgésicos no opioides que incluye a los inhibidores inespecíficos de la ciclooxigenasa (COX), tales como el paracetamol y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES), siendo su eficacia como fármacos únicos bastante limitada en pacientes con cáncer diseminado. Sin embargo, son útiles asociados a opioides en otros escalones y a tratamiento coadyuvantes. Su mecanismo de acción es a nivel periférico o tisular. Dentro del grupo de inhibidores inespecíficos de la COX destaca el ácido acetilsalicílico siendo su mayor eficacia en los dolores de origen óseo. Sus efectos gastrointestinales, la corta duración del efecto analgésico limitan su utilización. El paracetamol no tiene acción antiinflamatoria, pero es un buen analgésico con una vida media de 3-4 horas. Otros fármacos de este grupo son el naproxeno, ibuprofeno y metamizol útiles para los dolores de intensidad leve.

El segundo escalón comprende a opioides menores como la codeína, dihidrocodeína, tramadol, dextropropoxifeno etc. Su utilidad es limitada por su techo analgésico y efectos colaterales. En general es frecuente su asociación a fármacos del primer escalón y/o coadyuvantes. No deberán hacerse asociaciones entre ellos o con opioides mayores, especialmente por el riesgo de depresión respiratoria. La codeína es un opioide menor cuyo efecto analgésico deriva de su unión con baja afinidad a los receptores "mu" y de su transformación en parte a morfina. El tramadol es igualmente un analgésico de acción central y actúa como agonista débil de los receptores "mu" e inhibidor de la recaptación de monoaminas (adrenalina, serotonina). Su empleo es creciente en el segundo escalón, con menor incidencia de estreñimiento y depresión respiratoria. La utilización de este segundo escalón es con frecuencia el prelude de pasar al uso de morfina para el control del dolor.

El tercer escalón lo forman los denominados opioides mayores, pilar fundamental del tratamiento del dolor oncológico. Su indicación es tras fallo de los dos primeros escalones o inicialmente cuando el paciente presenta un dolor moderado-grave o grave.

En este grupo se incluye morfina, fentanilo, buprenorfina, petidina (meperidina), metadona, oxycodona etc. La morfina es un potente agonista de los receptores "mu" y su vía preferente en la práctica clínica, es la vía oral. Por esta vía se absorbe en casi su totalidad y su metabolización es hepática (90%) en dos metabolitos, siendo el de eficacia analgésica la morfina-6-glucurónico. Existen dos formas de morfina oral, la de liberación inmediata y la morfina de liberación retardada. La primera, su acción dura unas cuatro horas, de ahí su uso con este intervalo y la segunda tiene una duración de 12 horas. Su administración deberá ser a intervalos regulares y no a requerimientos del paciente. No tiene una dosis techo para el control del dolor, su rango puede ser mil veces la dosis analgésica mínima, su limitación viene dada por la aparición de efectos secundarios, sin crear adicción.

Inicialmente en un dolor grave puede utilizarse la morfina oral de liberación rápida para titular los requerimientos del paciente y después pasar a la morfina de liberación retardada. En la práctica clínica es habitual iniciar el tratamiento con morfina de liberación retardada a una dosis de 30-60 mg. cada 12 horas. El ajuste de dosis se hace mediante dosis de rescate con morfina de liberación inmediata. La necesidad de más de tres dosis al día es indicativa de un incremento de la dosis basal.

La utilización por vía intravenosa, la dosis es un tercio de la dosis oral y la mitad para la vía subcutánea, siendo preferible esta última vía a la intravenosa.

Los efectos secundarios deben rigurosamente ser prevenidos, el estreñimiento, las náuseas y los vómitos. La depresión respiratoria es la complicación más grave y es más frecuente en pacientes con patología respiratoria previa. Su antídoto específico es la naloxona, pero en general basta con la reducción de dosis o retirada temporal.

El fentanilo, opioide semisintético y al igual que la morfina actúa sobre los receptores "mu". Su utilización en primer lugar por vía transdérmica ha constituido un avance significativo en el manejo del dolor oncológico gracias a sus ventajas: intervalo prolongado entre dosis (72 h.), forma de administración cómoda, especialmente si existe intolerancia oral y logro de una analgesia efectiva y sostenida. El objetivo de la vía transdérmica es proporcionar una liberación de fármaco de forma continua dentro del rango terapéutico, 25 ug/hora por cada 10 cm², de acuerdo con la superficie del parche. Las concentraciones séricas aumentan hasta las teóricas analgésicas entre las 6 y las 12 horas, manteniéndose relativamente estable durante 72 horas, intervalo de aplicación. El cambio de vía oral a vía transdérmica, en la práctica clínica viene a ser del 50%, pero necesita utilizar morfina oral de liberación inmediata como rescate. Los efectos secundarios más destacables son el estreñimiento, náuseas y vómitos, confusión, somnolencia etc., de fácil manejo con tratamiento de soporte. La vía oral transmucosa es un avance más en el uso del fentanilo para el tratamiento del dolor irruptivo, en pacientes que están en tratamiento con fentanilo transdérmico, por su rapidez de acción y facilidad de uso. El 25% del fármaco se absorbe rápidamente a través de la mucosa bucal, lográndose la respuesta analgésica en cinco-diez minutos, siendo la duración media de una a tres horas. No se deberán usar más de cuatro dosis diarias ya que ello supondría que la dosis de base es insuficiente.

La buprenorfina es un agonista parcial potente de los receptores "mu", siendo su administración por vía sublingual con una duración del efecto analgésico de 6-9 horas. Es una alternativa a la morfina a dosis bajas. A dosis altas su uso está muy limitado por el efecto techo analgésico que posee. La vía transdérmica es una incorporación reciente en el campo del tratamiento del dolor oncológico con un tiempo de liberación de 72 horas.

La metadona es un opioide sintético, con una vida media larga que varía de 13 a 50 horas, pero su efecto analgésico dura solo entre 4 y 8 horas por lo que tiene el riesgo de

acumulación del fármaco y sus efectos secundarios. Es una alternativa a la morfina y al fentanilo, siendo especialmente útil en el dolor neuropático.

La oxiconona es un análogo sintético de la morfina con una potencia analgésica similar y con una vida media corta.

Dentro de la estrategia terapéutica del dolor oncológico deben contemplarse otros medios invasivos como es la analgesia espinal con la colocación de un catéter epidural, vía intratecal o los bloqueos nerviosos, lo que constituiría el cuarto escalón de la escalera analgésica, pero se requiere un claro diagnóstico e indicación.

Finalmente debe valorarse en cada caso el uso de la radioterapia antiálgica en el tratamiento del dolor oncológico. La técnica de radioterapia, tiene en cuenta el estado general del paciente y su beneficio en la calidad de vida. En general las pautas son de irradiación rápida de 800-1000 cGy en una fracción o 2000 cGy en cinco fracciones. Su eficacia ronda el 90% en pacientes con metástasis óseas.

En resumen, el control del dolor oncológico es un objetivo realizable, el 80% de los pacientes logran un alivio suficiente con un tratamiento por vía oral escalonado y con el cuarto escalón puede llegarse a un 90%, lo que tiene impacto en la calidad de vida. Es esencial un análisis riguroso de las características, duración y causas del dolor, con valoraciones y mediciones periódicas. Es prioritaria la comunicación fluida y veraz con el enfermo, familia y cuidadores, ya que forma parte del control global del dolor.

Preparación para la muerte del enfermo terminal y su familia

Dr. D. Juan Manuel Alarcón Fernández

Máster en Orientación y Asesoramiento familiar. Psicólogo Clínico. Sevilla.

"Los hombres vienen y van, trotan y danzan, y de la muerte ni una palabra. Todo muy bien. Sin embargo, cuando llega la muerte - a ellos, a sus esposas, sus hijos, sus amigos - y los sorprende desprevenidos, ¡qué tormentas de pasión no los abruman entonces, qué llantos, qué furor, qué desesperación! (...)

Para empezar a privar a la muerte de su mayor ventaja sobre nosotros, adoptemos una actitud del todo opuesta a lo común; privemos a la muerte de su extrañeza, frecuentémosla, acostumbremos a ella; no tengamos nada más presente en nuestros pensamientos que la muerte. (...) No sabemos dónde nos espera la muerte; así pues, esperémosla en todas partes.

Practicar la muerte es practicar la libertad. El hombre que ha aprendido a morir ha desaprendido a ser esclavo." (Montaigne)

Difícil resulta, y más en nuestra cultura, preparar y acompañar los últimos días de la vida de una persona y su familia. Por más tratados y manuales que se escriban sobre la materia, siempre supondrá una práctica tambaleante; un proceso doloroso y de profunda emotividad; un camino cargado de preguntas y repleto de silencios;...

Se me antoja complicado, en breves líneas, desarrollar el difícil sendero del acompañamiento en la enfermedad terminal a los enfermos y sus familiares más cercanos. Sí me resulta más llevadero enmarcar éste y encuadrarlo sobre una serie de valores que se hace necesario tener presentes.

VALORES Y ACTITUDES QUE RIGEN LA PREPARACIÓN.

Como premisa... Ante la muerte surge nuestra más profunda y rotunda humanidad. Permitidme este comentario vehemente; pero cuyo trasfondo esconde un

convencimiento. Al enfrentarnos a la muerte, todos mostramos nuestro rostro "más humano". Tengamos la edad que tengamos, la sabiduría o experiencia que hayamos obtenido de la vida; al asomarnos al precipicio del final, nos humanizamos: surgen de nosotros los miedos, los mecanismos de defensa, las sublimaciones, los hondos interrogantes y las necesidades más básicas anhelando alguien a nuestro lado que pueda satisfacerlas.

Asumir esta reflexión nos ofrecerá pistas y orientaciones que, en clave de empatía, nos pueden ayudar a entender el proceso que vive una persona en los últimos días de su vida.

En un primer momento, tenemos que aprender a comunicarnos con el misterio como telón de fondo. El sufrimiento humano y la muerte son realidades que el hombre no ha alcanzado a comprender en toda su existencia. En una sociedad de desarrollo y de progreso, la vida y la muerte son dos polos que nos hacen descubrir cuán limitados somos. Múltiples preguntas a las que cada uno responde como cree conveniente con el soterrado convencimiento de que sus respuestas no son del todo contundentes.

¿Cómo dialogar con alguien que se encuentra a un nivel intelectual y evolutivo muy distinto al nuestro, siendo conscientes de que no tendremos respuestas para sus múltiples cuestionamientos? ¿Cómo hablar de algo que no conocemos? ¿Cómo hablar de la muerte con el que se muere? ¿Cómo relacionarnos con familiares cuyo ser querido va a fallecer? Es difícil explicar lo inexplicable. Pero eso no implica que el tema no haya de ser abordado, comunicado, dialogado.

Así pues, resulta extremadamente complicado dar una respuesta de apoyo a los enfermos y sus familiares. En muchas ocasiones, van a solicitar muchas explicaciones; van a lanzar mensajes comunicativos al aire que nosotros nos sentiremos con la obligación de captar y responder. Quizás la orientación adecuada es saber manejarnos en medio de interrogantes que no requieren más respuesta que estar a su lado; saber soportar los silencios; saber gestionar las diferentes corrientes emotivas que emanan de los que sufren y nos tocan directamente a nosotros (la rabia, la tristeza, la impotencia, el miedo y la ansiedad,...)

El tema de la muerte ha de ser dialogado siempre con la mayor claridad posible. Para ello, es necesario conocer en qué momento personal se encuentra el paciente y así adaptar nuestro lenguaje y mensaje para que lo pueda entender.

Saber dialogar es todo un arte. Hay que considerar que estarán atentos en detectar nuestra comunicación no verbal; están muy capacitados para leer entre líneas; nos estudian y observan con un detenimiento abrumador. Saber acompañarlos implica un alto nivel de congruencia y de consistencia como personas y como agentes de la salud y de la relación humana.

Tanto para los enfermos como para las familias, se hace cada vez más necesario cuidar el ámbito y el entorno en donde aparece la muerte; no se alivia ni se acompaña con actuaciones solitarias y de francotiradores inspirados; hay que crear un contexto que ofrezca calidad y calidez en su conjunto. Este espacio debe garantizar una humanización de la asistencia inspirada en los principios de la bioética.

No maleficencia. Si estamos seguros de este principio, mediremos con detalle, todas y cada una de las intervenciones: Existe una lista amplia de relaciones comunicativas que son dañinas aunque no sea esa la intención. En relación de ayuda, no es posible ser neutral: o se hace bien o se hace daño.

Justicia. Para los enfermos y familiares, debemos ofrecer un ámbito con un equipo profesional de calidad. Podemos mantener una premisa básica de la inteligencia emocional que cimentaría el principio de justicia: "Trata a los demás como te gustaría que te trataran a ti."

Autonomía. Evitemos el paternalismo; o por el contrario, la servidumbre. Por muy sufriente que sea la realidad del enfermo, por muy rota que se encuentre su familia, han de experimentar que son los verdaderos protagonistas del proceso y ello requiere que se tengan en consideración sus decisiones; sus preferencias; incluso hasta sus negaciones y mecanismos de defensa.

Beneficencia. Se debe actuar buscando siempre el bien del enfermo y de su familia. La finalidad educativa de nuestra intervención nunca debe desaparecer del horizonte de la actuación. Sólo se prepara educando; solo educando se hace el bien.

Con enfermos y con sus familiares, la palabra cuidar cobra un especial énfasis. Exige, en cada uno de los profesionales, actitudes que enumero a continuación:

- " Atención personalizada y personalizante;
- " Valorar y propiciar las relaciones afectuosas y la ternura;
- " Ejercitar la comprensión y la empatía;
- " Organizar la rutina de cada día con el bienestar del enfermo como inspirador de su concreción;
- " Ser tolerantes, flexibles y respetuosos;
- " Aprender que las relaciones humanas exigen una alta dosis de creatividad y que cada persona es distinta y tiene unas necesidades emocionales propias al momento del proceso en el que se encuentra. No hay protocolos de actuación, es un cuerpo a cuerpo único e intransferible.
- " Ayudar a mantener el contacto con su realidad favoreciendo el afrontamiento de lo que le produce ansiedad o depresión.
- " Establecer cauces para que participen de las decisiones.
- " Promover la esperanza, el optimismo y el buen humor.
- " Garantizar la calidad de vida hasta el final.
- " Integrar a las familias en los cuidados. Los familiares deberán ser sujetos de formación y preparación. Es más fácil elaborar el duelo cuando los padres se han sentido partícipes en la preparación de la muerte de su hijo.

Requiere también una serie de habilidades concretas y destrezas:

- o Aprender a mantener una cierta consistencia entre la comunicación verbal y la no verbal.
- o Hallar las vías adecuadas para expresar los sentimientos interpersonales que surgen de la relación.
- o Capacidad para interiorizar sobre las propias pautas relacionales.
- o Predisposición para admitir errores e incorporar nuevos patrones de conductas, actualizando las actitudes.
- o Entrar en el mundo interno del "otro" con delicadeza y entereza.
- o Saber hablar a nivel emocional; transmitiendo y haciéndole ver al paciente con actos que se es sensible a su sufrimiento y a su forma de ser, que se está disponible a la escucha, que nos hacemos cargo.

No sabemos si hay otra vida, pero en esta no queremos perder la esperanza. No sabemos si existen los ángeles, pero aquí debemos serlo para los que sufren. Preparar a la muerte a los enfermos y familiares no es un privilegio que queremos otorgarle a nuestros pacientes; es el derecho que tienen todos a una asistencia humanizadora. Concluyo con el convencimiento de que para morir en paz, hay que vivir en paz; para morir en el amor, hay que vivir en el amor; para morir consciente del proceso de la muerte, hay que vivir consciente del proceso de la vida.

Atención en la agonía y sedación del enfermo

Dr. D. Jaime Boceta Osuna

Presidente de la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos. Sevilla.

Los Cuidados Paliativos (CP) constituyen un campo relativamente nuevo con el que muchos no estamos familiarizados. Aliviar el sufrimiento en situaciones de enfermedad avanzada, terminal o agónica, siempre ha sido un quehacer del médico, y hoy día, esa noble tarea también se beneficia de los avances de la medicina. Callahan nos recuerda, en una brillante editorial de BMJ de 2000, que los principales objetivos de la medicina actual, no son sólo diagnosticar y tratar enfermedades, sino también, y en igualdad de importancia, ayudar a morir en paz.

En la situación terminal, el alivio de sufrimiento requiere valorar y atender, de modo integral, las necesidades del enfermo y su familia ante la muerte. El sufrimiento ante la muerte puede parecer inabarcable, pero si se alivian parcialmente sus dimensiones física, psicoemocional, social, familiar, espiritual... se logra un alivio del sufrimiento apreciable. Una necesidad importante es el control de los síntomas. Si éstos son refractarios, precisan sedación paliativa, que, cuando se realiza en la fase agónica, se denomina sedación terminal. Es una práctica médica de excelencia, controvertida por el desconocimiento sobre la misma, y la confusión ética que genera.

La fase agónica o situación de últimos días condiciona un cambio. Doyle lo refiere en el tratado de referencia internacional Oxford de CP. El capítulo sobre la agonía comienza diciendo que en la fase previa somos más intervencionistas. La situación agónica, dice el autor, además del riguroso control de los síntomas, nos invita a mirar más allá...Y a poner de nuestra parte no sólo conocimientos y habilidades, sino "algo de nosotros": nuestra compasión y humanidad.

A continuación definiremos agonía, sedación paliativa y terminal, y síntoma refractario; hablaremos de la asistencia integral en la fase agónica y la sedación, el manejo farmacológico, aspectos éticos, consentimiento informado y conclusiones.

Partimos de la experiencia adquirida en Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos en el HU Virgen Macarena, como Equipo de Soporte Domiciliario y Actualmente Hospitalario. Realizamos una revisión bibliográfica, en la que destacan los artículos que iremos mencionando. Nos basamos en dos publicaciones: el Documento sobre Sedación Paliativa, de Apoyo al Proceso de CP de la Consejería de Salud, en el que participamos miembros de la Sociedad Andaluza de C. Paliativos, y la Guía sobre Sedación en CP de la S. Española de C. Paliativos (SECPAL), realizada en el Programa de CP de Extremadura.

Analizamos los documentos de los grupos de bioética de la SECPAL, y de la Asociación Europea de CP (EAPC) sobre sedación y eutanasia, y libros como el "Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal", de Porta y Cols, y el tratado Oxford Textbook of Palliative Medicine.

DEFINICIONES DE AGONÍA, SEDACIÓN PALIATIVA Y TERMINAL, Y SÍNTOMA REFRACTARIO.

El Documento de Consenso sobre Situaciones al final de la vida, elaborado por el Consejo General del Poder Judicial, y el M^o de Sanidad y Consumo, define así la situación de agonía: fase que precede a la muerte cuando ésta ocurre gradualmente, se manifiesta por la presencia de deterioro físico severo, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta, y pronóstico vital de días.

Para identificarla se deben buscar y registrar signos y síntomas: delirium, signos de insuficiencia circulatoria como livideces o frialdad, cambios en las constantes vitales como hipotensión o pulso débil o irregular, trastornos respiratorios como la polipnea, apneas, o estertores premortem, disminución u oscilaciones del nivel de conciencia, o señales de debilidad muscular como el encamamiento, nariz afilada, mal control de esfínteres, etc.

La identificación de esta fase produce un cambio en la actitud terapéutica. Por eso resultan adecuados algunos trabajos de investigación, que recogen signos y síntomas de agonía, y los agrupan para establecer la probabilidad de encontrarnos en dicha fase. En el congreso de investigación de la Asociación Europea de CP en 2004, un grupo belga presentó un trabajo de esas características, publicado en Palliative Medicine, en Mayo de 2004. Enumeran 8 criterios clínicos de agonía en pacientes en situación terminal, estableciendo que el paciente se encuentra en fase agónica si reúne 4 ó más, en cuyo caso fallecen en un 90% en 4 días. Los criterios son: Nariz fría y blanca; Extremidades frías; Livideces; Labios cianóticos; Estertores premortem; Pausas de Apnea >15"; Anuria u Oliguria <300 cc/d; Y Somolencia durante >15h/d.

La diversidad en la DEFINICION DE SEDACIÓN es el principal factor de confusión que encontramos. Adoptamos las clasificaciones, definiciones, y recomendaciones éticas de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

En Medicina se entiende por sedación la administración de fármacos para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, con el objetivo de prepararlo para una intervención estresante o dolorosa, o para controlar algunos síntomas. Este segundo es el objetivo de la sedación paliativa, en el que nos centraremos, al margen de las sedaciones para punciones, biopsias, etc.

Para definir la Sedación Paliativa es necesario aclarar la DEFINICION DE SÍNTOMA REFRACTARIO. Cherny y Portenoy lo definieron en 1994: "...el término refractario, puede aplicarse cuando un síntoma no puede ser adecuadamente controlado, a pesar de intensos esfuerzos para identificar un tratamiento tolerable, que no comprometa la conciencia del paciente...". El Comité de Ética de la SECPAL matiza que no debe confundirse con el SÍNTOMA DIFÍCIL: aquél para cuyo adecuado control se precisa una intervención terapéutica intensiva, desde el punto de vista farmacológico, instrumental o psicológico.

Los síntomas refractarios publicados como causas de sedación más frecuentes son la disnea, el delirium, el dolor y el sufrimiento psicológico. En caso de duda sobre su refractariedad, conviene consultar a profesionales expertos en C. Paliativos, por si es adecuada una intervención poco habitual, por ejemplo la hidratación y rotación de opioides en el delirium inducido por opioides.

La determinación de la refractariedad ha de incluir, si es posible, el consenso con otros miembros del equipo u otros especialistas, y recoger en la historia los procedimientos que la justifiquen, indicando si alguno no puede, o no debe ser utilizado.

Una vez aclarado el concepto de síntoma refractario, podemos concretar la DEFINICION DE SEDACIÓN PALIATIVA. Según la SECPAL, es la administración

de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente en situación terminal, tanto como sea preciso para aliviar uno o más síntomas refractarios. Requiere su consentimiento, o si no es factible, el de su familia o representante. Es una sedación primaria, que puede ser continua o intermitente, superficial o profunda.

La clasificación de la sedación distingue:

Según su objetivo, sedación 'primaria' (buscada como finalidad), o 'secundaria', que es la somnolencia como efecto 2º.

Según la temporalidad, puede ser 'continua', o 'intermitente'.

Por su intensidad, 'profunda' o 'superficial', según permita o no la comunicación.

LA SEDACIÓN TERMINAL O SEDACIÓN EN LA AGONÍA es la sedación paliativa que se utiliza en la agonía, y según las series publicadas se requiere en un 20 ó 25 % de los pacientes agónicos ingresados en Unidades de Cuidados Paliativos. Es una sedación primaria y continua, que puede ser superficial o profunda.

En nuestra opinión, y en la de autoridades sobre esta materia como Broeckert, o Porta, el nombre "Sedación Terminal" puede ser confuso, al interpretarse como que es la sedación la que termina con el paciente. Preferimos Sedación Paliativa en la Agonía, o más brevemente Sedación en la Agonía, que son términos más descriptivos.

Queda claro que sedación no es sinónimo de "coma farmacológico", o de "cóctel lítico". Debemos graduar el nivel de sedación, utilizando escalas tipo Likert o la Escala de Ramsay, que establece seis niveles de sedación:

Nivel I- Paciente Agitado, angustiado.

II- Tranquilo, orientado y colaborador

III- Respuesta a estímulos verbales.

IV- Respuesta rápida a estímulos dolorosos.

V - Respuesta perezosa a " " " .

Y VI- Ausencia de respuesta. Este nivel corresponde al coma farmacológico, al que se llegaba rápidamente tras la aplicación del cóctel lítico, práctica que, tras un análisis ético, debemos descartar.

EN LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA AGONÍA, la atención familiar es parte imprescindible. Necesitan apoyo emocional, y a veces, ayuda en la elaboración del duelo. La familia como dadora de cuidados requiere nuevas recomendaciones:

Realizar menos cambios posturales, manteniendo la posición preferida.

Evitar medidas agresivas ante la falta de ingesta.

No olvidar la comunicación con el enfermo. Dar mensajes breves y tranquilizadores, en tono calmado, cuidando lo no verbal, invitando a los familiares a repetirlos.

Interesarse por sus necesidades espirituales.

Conviene dar instrucciones concretas para las "crisis de necesidades" previsibles, y las "escenas temidas" (crisis de disnea, dolor, hemorragia masiva, agitación...). Simplificar el tratamiento farmacológico, y facilitar la continuidad asistencial, dejando informes y teléfonos de contacto, y comunicando la situación a los Servicios de Urgencias domiciliarias. Informar sobre los trámites burocráticos del fallecimiento y detectar y prevenir posibles problemas relacionados con el duelo.

Los fármacos y medidas para controlar los síntomas y evitar complicaciones deben mantenerse hasta el final.

La elección de la vía de administración, depende de la situación clínica del paciente, su ubicación, la rapidez de acción necesaria, el fármaco y el tiempo previsto de sedación.

La vía venosa aporta la mayor rapidez de inicio, pero si no es fácilmente canalizable, o si el paciente está en su domicilio, la vía de elección es la subcutánea. En el hospital, si un paciente en fase agónica pierde la vía venosa periférica, no tiene sentido canalizar una vía central. Todos los fármacos necesarios para controlar sus síntomas se pueden administrar por vía SC.

Los opioides, y en concreto la morfina, pueden ser necesarios en esta fase, para controlar el dolor y la disnea. Otros fármacos útiles, administrables por vía SC, son: hioscina o escopolamina para los estertores; antieméticos como haloperidol, metoclopramina u ondasetrón; o sedantes como midazolam o levomepromazina.

Si se administran en infusión continua SC, no deben mezclarse más de tres fármacos en la perfusión, debiendo protegerse de la luz las mezclas que lleven morfina.

LA HIDRATACIÓN durante la sedación en la agonía es opcional, según las circunstancias de los pacientes, y los deseos de las familias. Se puede controlar la sequedad de boca administrando con frecuencia pequeñas cantidades de líquido por vía oral. No hay evidencia de que la sed y la sequedad de boca, en estos pacientes, estén relacionados con la deshidratación.

Si se decide hidratar, la hipodermoclisis es una técnica adecuada: por vía SC perfundimos entre 500 y 1000 CC al día, evitando volúmenes mayores, porque aumentarían las secreciones respiratorias y digestivas, y las molestias de la micción.

En cuanto al MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA SEDACIÓN EN LA AGONÍA... Existe una revisión publicada en Medicina Paliativa. Se encontraron 11 fármacos utilizados, con amplios rangos de dosis. El más empleado fue el midazolam, y la mayoría recibió opioides además. Ninguno fue superior a otro en sedación o toxicidad, y el fallo primario de uno no impidió la respuesta a otro. No son resultados concluyentes, ya que los estudios identificados fueron 13 series de casos y 14 informes de casos, ningún ensayo clínico.

Esta ausencia de evidencia es también apuntada por Braun y colaboradores al intentar desarrollar una guía de práctica clínica. No hay recomendaciones sólidas sobre qué fármaco usar, sólo recomendaciones generales.

Krakauer y colaboradores apuntan que las drogas ideales para sedación deben tener rapidez de acción, ser fáciles de titular, y presentar mínimos efectos secundarios.

Hawryluck y colaboradores consideran la dosis inicial, titulación y dosis máxima.

La dosis inicial dependerá de factores como la exposición previa a opioides, desarrollo de tolerancia a los mismos, edad del paciente, historia previa de abuso de drogas o alcohol, enfermedad y disfunción orgánica subyacente, nivel de conciencia previo, y deseos o consideraciones del paciente en relación a la sedación.

La titulación es el proceso de subida gradual de dosis de un fármaco, desde la dosis inicial, hasta lograr el resultado esperado o la aparición de efectos indeseables. La dosis total con la que llegamos al nivel de sedación adecuado es la dosis de inducción. Para la titulación en la sedación paliativa, recomiendan el uso de la escala de Ramsay o escalas tipo Likert, y que el incremento de dosis se realice en función de factores como la petición del paciente, persistencia de distrés respiratorio, o signos fisiológicos como taquicardia, HTA, diaforesis, lágrimas, vocalizaciones, muecas o inquietud.

Defienden la inexistencia de dosis máximas: cada paciente requerirá una distinta.

Cherny y Portenoy recomiendan seleccionar los fármacos a las dosis mínimas que se necesiten para controlar los síntomas, ajustándolas según precise el enfermo, lo cual responde a un criterio ético: disminución del nivel de conciencia proporcional al alivio sintomático buscado.

Las recomendaciones de Porta en el "Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal", como las de Hawryluck y colaboradores, se basan en la

edad del paciente, su exposición previa a opioides, la causa subyacente, etc, y también titula según la escala de Ramsay, factores fisiológicos, movimientos, muecas y otras.

Tras iniciar la sedación, esas recomendaciones se pueden agrupar en tres:

1. Revisar, periódicamente el nivel de sedación del paciente (escala de Ramsay)
2. Evaluar sistemáticamente y dejar constancia en la historia clínica de la evolución: Nivel de sedación; Respuesta ante la estimulación (Despertar tranquilo; Despertar angustiado; Movimientos erráticos); Temperatura; Secreciones bronquiales; Movimientos espontáneos faciales o corporales. Y estado emocional de la familia
3. Proporcionar siempre: Presencia, Comprensión, Privacidad; Disponibilidad.

Los grupos de FÁRMACOS utilizados en sedación están claramente establecidos en el artículo de Krakauer, y son cuatro:

-Benzodiacepinas: su prototipo es el midazolam, el fármaco más utilizado.

-Neurolépticos: su prototipo es la levomepromazina, que es más sedativo que haloperidol, y se puede usar por vía subcutánea a diferencia de la clorpromazina.

-Barbitúricos: su prototipo es el fenobarbital, utilizable por vía subcutánea.

-Anestésicos: su prototipo es el propofol, con inicio rápido de acción, duración ultracorta, rápidamente titulable en infusión continua, y con otros beneficios como antiemético o anticonvulsivante.

En general, las BZD de acción rápida e incisiva como el midazolam, son los fármacos más adecuados. Existe un punto a partir del cual, la dosis de una benzodiazepina produce el efecto máximo posible sobre el Sistema Inhibitorio Gabaérgico, y un mayor incremento de dosis es inútil. Existe además, un riesgo de agitación paradójica, inherente a todas las BZD.

En esos casos los neurolépticos sedantes, como la levomepromazina, son una alternativa eficaz, y son de primera elección en caso de delirium refractario.

Si el midazolam, la levomepromazina, o ambos, no controlan el síntoma, se emplean otros, como fenobarbital o propofol.

La dosis de rescate es aquella dosis "extra" que se emplea en caso de crisis de agitación o reagudización del síntoma que motivó la sedación. Suele ser igual a la dosis de inducción, con la que obtuvimos el nivel de sedación deseado en el proceso de titulación, y equivale a la sexta parte de la dosis total diaria del fármaco. Utilizamos el mismo medicamento que en la inducción. Esto permite calcular las necesidades reales del fármaco en 24h, al sumar las dosis pautadas más los rescates, ajustando así la sedación en los días sucesivos.

La inducción, los rescates, y los ajustes deben ser supervisados por personal sanitario. En el domicilio, los rescates serán administrados por la persona cuidadora, previa instrucción y supervisión.

EL MIDAZOLAM es el fármaco más usado. Es una benzodiacepina hidrosoluble, que si se administra por vía subcutánea inicia su acción en 5 a 10 minutos. Su vida media es de 2 a 5 horas, por lo que se pauta en bolos cada 4h, o en infusión continua. Se puede mezclar, en el mismo infusor SC, con otros fármacos útiles en la agonía.

En la titulación por vía SC empleamos dosis de 2.5 a 7.5 mg, que repetimos cada 10 ó 20 minutos hasta la sedación adecuada.

Por vía venosa, indicada en caso de urgencias o si ya está canalizada, inicia su acción a los 2 - 3 minutos. Durante la titulación IV aplicamos un bolo de 1.5 mg cada 5 minutos, hasta llegar al nivel de sedación adecuado. La suma de las dosis requeridas para llegar a ese nivel de sedación es la dosis de inducción, y también la de rescate.

Las dosis empleadas varían, siendo la dosis diaria máxima parenteral 160-200 mg/día.

LAS CONSIDERACIONES ÉTICAS SOBRE LA SEDACIÓN EN LA AGONÍA revisten especial importancia. Conviene analizarla según los principios básicos de la bioética, y otros principios éticos como el del doble efecto, matizar las diferencias entre sedación y eutanasia, y conocer las recomendaciones del Consejo de Europa sobre Protección de los Derechos de los Enfermos Terminales, entre las que destacamos el consentimiento informado.

Los Principios Básicos de la Bioética, establecidos por Beauchamp y Childress, y universalmente aceptados son: justicia, beneficencia, autonomía y no-maleficencia.

El principio de Justicia implica ofrecer a todos los pacientes una atención adecuada en la agonía; para ello hay que capacitar, asesorar y respaldar a los profesionales de atención primaria y urgencias, y facilitar midazolam en los centros de salud, ya que es un fármaco hospitalario.

El principio de Beneficencia requiere nuestra dedicación al enfermo para hacerle el bien. Se incumple cuando se omite la sedación ante algún síntoma refractario.

El principio de Autonomía exige el consentimiento informado, para tomar decisiones como la limitación del esfuerzo terapéutico, o para aplicar procedimientos como la sedación en la agonía.

El principio de No Maleficencia no permite hacer mal a otro, aunque éste lo autorice. El obstinamiento terapéutico, y la eutanasia, lo incumplen.

El Principio ético del doble efecto se menciona habitualmente en el debate sobre la sedación. Hay situaciones clínicas complejas en las que sólo es posible conseguir un bien (o evitar un mal), causando un mal que no se desea. La actuación que causa ambos efectos es correcta, si reúne unas condiciones: que la acción sea beneficiosa o neutra, que la intención sea buscar el efecto beneficioso, que exista una proporción entre el efecto beneficioso y el perjudicial o mal menor, y que el efecto deseado no sea causado por un efecto indeseado o negativo. En la sedación terminal, el efecto deseado es el alivio del sufrimiento, y el indeseado la privación de la conciencia. La muerte no puede considerarse efecto indeseado, fallecerá por la evolución y complicaciones de la enfermedad. Se ha objetado que la supervivencia es breve desde la indicación de una sedación terminal, pero no existen diferencias significativas entre los pacientes que precisan ser sedados frente a los que no. Morita y colaboradores examinan los efectos de administrar o no opioides y sedantes en las últimas 48 horas, sin encontrar diferencias en supervivencia.

La distinción entre sedación y eutanasia es un punto crucial del debate ético sobre la sedación, que algunos han equiparado a la "eutanasia lenta". El grupo de trabajo de bioética de la EAPC destaca tres diferencias: intención, proceso y resultado.

La intención, en la sedación es aliviar el sufrimiento ante determinados síntomas, disminuyendo la capacidad de percibirlo. En la eutanasia la intención es provocar la muerte, para liberar del sufrimiento.

El proceso, en la sedación debe incluir una indicación clara y contrastada. Los fármacos y las dosis, se ajustan según la respuesta del paciente al sufrimiento que genera el síntoma. Esto implica su evaluación y registro en la historia. En la eutanasia, el proceso es utilizar fármacos a dosis o combinaciones letales, que garanticen una muerte rápida.

Respecto al resultado, en la sedación el parámetro de respuesta es el alivio del sufrimiento, contrastado mediante su evaluación. En la eutanasia el parámetro de respuesta es la muerte. La sedación profunda anula la vida consciente, la eutanasia elimina la vida física.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO en la sedación paliativa y terminal, es un requisito imprescindible. Una comunicación franca desde los primeros estadios, permite acordar con el enfermo la sedación superficial o profunda en los últimos momentos, o la

omisión de la misma, dentro del respeto a su autonomía y mediante su consentimiento explícito. Para llevarlo a la práctica proponemos las siguientes recomendaciones:

Tener en cuenta los elementos de una comunicación eficaz (escucha activa, empatía...)
Hablar con el paciente sobre sus preocupaciones. Salen a relucir los miedos ante la muerte. El miedo a una mala muerte se alivia al conocer que, en caso de síntomas penosos en los últimos días, existe esta posibilidad.
Explicar los objetivos de la sedación (controlar el síntoma) y sus posibles consecuencias sobre la disminución de la capacidad de ingesta y de comunicación.
Brindar la posibilidad de consultar con otras personas la decisión.
Procurar que esté presente un familiar y alguien del equipo además del médico.
Si el paciente da su consentimiento, registrarlo en la historia y comentarlo con la familia y cuidador principal. No es necesario formalizar y rubricar un documento específico.

Si el consentimiento explícito no puede obtenerse, debemos indagar si ha quedado implícito en los valores y deseos manifestados por el paciente a la familia o al equipo. Si se plantea la decisión en los últimos días, y en ausencia de registro de voluntades anticipadas, o bien ante la imposibilidad de que el propio paciente lo otorgue, es la familia, a cuyo cargo está el paciente, quien consiente. Para la obtención de este consentimiento delegado, deben seguirse con la familia las recomendaciones antes mencionadas, y de manera concreta recomendamos los siguientes pasos:

Exponer el contexto clínico en que se encuentra el paciente (la previsión de una muerte cercana, los cambios previsibles...)

Explicar la posibilidad de disminuir su nivel de conciencia para evitarle algún sufrimiento que no pueda aliviarse de otro modo.

Aclarar cómo se realiza, su carácter gradual, la posibilidad de revisar y modificar el grado de sedación, y de reconsiderar la decisión, si la situación cambia.

Informar de la importancia de otros cuidados activos que pueden asumir, como los cuidados de la boca, el comunicarse en tono tranquilizador, el contacto físico, etc.

A veces la realidad clínica se impone, y es responsabilidad del médico y del equipo tomar estas decisiones. Puede ser necesario iniciar la sedación, y, con el paciente ya tranquilo, en un nivel II-III de la Escala de Ramsay, atender mejor las necesidades de información de la familia y confirmar el consentimiento.

Terminamos esta aproximación a la atención en la agonía y la sedación con las siguientes CONCLUSIONES:

" La sedación paliativa es una maniobra terapéutica destinada al alivio de síntomas refractarios, en situación de enfermedad avanzada, terminal o agónica. En esta última fase se denomina sedación terminal o sedación en la agonía.

" Para su aplicación se debe seguir un protocolo, y disponer de las habilidades técnicas y actitudes éticas requeridas.

" La identificación de la fase agónica debe conducir a un menor intervencionismo, y a aplicar cuidados que garanticen una muerte en paz, incluida la sedación terminal si es precisa.

" La sedación terminal no es eutanasia encubierta. Las diferencias recaen en la intención (aliviar sufrimiento frente a causar la muerte), en el procedimiento (aplicar fármacos y dosis sedantes frente a aplicar fármacos y dosis letales), y en el resultado (disminución del nivel de conciencia hasta el alivio sintomático frente a muerte), así como en la indicación y el respeto a las garantías éticas.

" Los principios básicos de la bioética, el principio ético del doble efecto, y los derechos de las personas en situación terminal, deben guiar las decisiones en la sedación paliativa en la agonía.

" Constituye una garantía ética y una característica de calidad registrar en la historia los motivos de la sedación, la justificación de la refractariedad del síntoma, el consentimiento, la toma de decisiones, y la monitorización de los resultados.

" No es necesario un documento específico de consentimiento informado, ni hacerlo firmar. Registrar en la historia el consentimiento es suficiente y necesario.

" Deben garantizarse, en todos los niveles de asistencia y modalidades de atención, la formación de los profesionales, y la disponibilidad de los fármacos necesarios para la atención en la agonía y la sedación.

" Y por último, la muerte en paz es un objetivo tan importante como la calidad de vida.

Muchas gracias.

Aspectos éticos en los Cuidados Paliativos

Dr. D. José M^a Rubio Rubio

Prof. Titular de la Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

Los Cuidados Paliativos (CP) están reconocidos como el tratamiento más idóneo para mejorar la calidad de vida de los enfermos en situación terminal (ST) de una manera racional, planificada y eficiente y un modelo asistencial acreditado e implantado en el Sistema Sanitario. Constituyen una materia del conocimiento, teórico y práctico, sobre la atención a enfermos crónicos no recuperables y en la agonía así como un derecho legal reconocido por el Consejo de Europa mas por encima de todo los CP son un hecho moral y el producto de una nueva conciencia por la que después de muchos siglos de dudas, miedos y desencantos, estamos aprendiendo eficazmente a ser mejores médicos. Y como pienso que la bioética no empieza y termina en los códigos y en las leyes, ni se reduce a un cuerpo de teoría o a un discurso racional sobre los límites de la ciencia y de la vida; como estoy convencido de que el sustrato de la ética es la conciencia y que sólo allí tiene garantías de ser lo que realmente es, una filosofía práctica no sólo para situaciones especiales de mayor o menor alarma social sino para nuestro ejercicio

cotidiano, con este criterio desarrollaré mi intervención glosando cuatro conceptos o formas diferentes de interpretar la Bioética.

- BIOETICA ES ADQUIRIR HÁBITOS Y ACTITUDES
- BIOETICA ES HACERSE PREGUNTAS
- LA BIOETICA NOS AYUDA A RECONOCER Y AFRONTAR LOS CONFLICTOS MORALES
- LA BIOETICA NOS AYUDA A PENSAR BIEN Y TOMAR DECISIONES

BIOETICA ES ADQUIRIR HÁBITOS Y ACTITUDES

Los CP nacen como contestación positiva a las actitudes médicas tradicionales ante el fracaso de la medicina curativa y la muerte inevitable. Estas eran, por un lado la negación, el miedo y la huida, el abandono, la triste sentencia: "Aquí la medicina ya no tiene nada que hacer" y en el otro extremo el empeño en vencer la muerte, la obstinación terapéutica más allá de toda lógica y de toda ciencia alargando innecesaria y cruelmente el proceso del morir. Con ese panorama al moribundo sólo le cabían dos obligaciones: no saber que se va a morir y actuar como si no lo supiera y a su cabecera dos testigos constantes en la asistencia al PST: el silencio y la mentira a la que llamábamos piadosa. Una atención sanitaria insoportable para el paciente que hacía de la muerte el más difícil vivir.

Los CP aportan una nueva conciencia que apela al respeto, la comunicación, el acompañamiento y los cuidados como las armas más eficaces para aliviar y dignificar este más difícil. Lo expresan las palabras de Cicely Saunders: "Usted importa porque es usted; usted importa hasta el último momento de su vida y nosotros haremos todo lo que podamos no sólo por ayudarle a morir en paz, sino para que viva hasta que muera" En este pensamiento, la muerte es una etapa de la vida y siempre hay algo que hacer.

Se ha avanzado mucho en actitudes profesionales ante la enfermedad terminal pero aún nos queda un largo camino que recorrer. Nos quedan asignaturas pendientes que son clave en esta hora: el conocimiento del límite (límites de la ciencia y de la vida), la comunicación con el paciente, la sedación avanzada, el rigor ético más allá de normas y documentos específicos.. Tal vez sean ya pocos los médicos que dejan de cumplimentar un documento de CI y pronto nos parecerá habitual encontrarnos unas Directrices Anticipadas o un Testamento Vital en la historia clínica de algunos pacientes pero son todavía muy pocas, aparentemente casi ninguna, las consultas remitidas a los Comités Ético Asistenciales de nuestros hospitales. Y si nuestro ejercicio profesional nos plantea tan escasas dudas éticas es porque a pesar de la normativa legal, de las noticias de todos los días y la actualidad de la bioética todavía no nos hemos dado cuenta de que, y precisamente por todo eso, necesitamos urgentemente un cambio de actitud.

BIOETICA ES HACERSE PREGUNTAS

- ¿Todo lo que se puede hacer se debe hacer?
- ¿Qué puedo hacer? ¿Qué necesita el paciente ¿Qué desea el paciente?

Las mayoría de las preguntas en Cuidados Paliativos surgen en y para situaciones concretas. Asisto a un paciente incapacitado para expresar su voluntad y que dictó un TV hace varios años, en un estado muy diferente del actual; si fuera realmente consciente de su situación ¿volvería a decir lo mismo? En ética no existen las verdades absolutas ni definitivas. El enfermo nunca pierde el derecho de decir su última palabra y a las personas nos resulta muy difícil predecir nuestros deseos incluso respecto a cosas muy cotidianas. No debería extrañarnos, pues, que tengamos problemas para concretar

qué querríamos en circunstancias que no hemos experimentado nunca y que resultan difíciles de predecir si se producirán.

¿Qué sabe el paciente?. Siempre nos quedaremos con dudas sobre cuando y como comunicar la verdad. Los que le ocultan la verdad lo suelen hacer a instancias de sus familiares o porque piensan que su conocimiento podría perjudicarlo. El paciente tiene derecho a conocer la verdad sobre su enfermedad, su pronóstico y sus posibilidades de tratamiento como también tiene derecho a no saber la verdad y nosotros el deber de respetarlo si así nos lo manifiesta.

La verdad es una espada de dos filos, pero también un proceso sujeto a alternativas. Sanz Ortiz , aporta algunos detalles reveladores:

- Todos los pacientes intuyen de alguna manera lo que está sucediendo
- Más que decir o no la verdad, la cuestión está en cuando y cómo decirla
- El paciente no pregunta lo que no quiere saber
- La verdad tiene un espectro que va desde lo más suave a lo más

Dos conclusiones a modo de resumen: La primera es no mentir nunca. La verdad puede graduarse, en realidad a la verdad llegamos poco a poco y la mayoría de las veces por caminos que nos sorprenden. Es posible que el propio enfermo, consciente de su realidad, intente un pacto de silencio con su médico para evitar un mayor sufrimiento de sus familiares. Pocas cosas en mi experiencia sanitaria me han provocado una identificación con mis pacientes mayor que la que produce este compartir la verdad que tanto me ha ayudado a tratarlos sintiéndome realmente un apoyo para ellos.

En segundo lugar debemos de ser conscientes de que la información y la comunicación establecen vínculos morales definitivos entre el paciente y el médico. La frase de Levinás, fundamento de toda su bioética: "yo soy rehen del otro" alcanza aquí su expresión máxima. Comunicarle a un paciente todo el peso de un diagnóstico, supone un tácito compromiso personal al que bajo ningún concepto podemos ser ajenos. Decirle la verdad a un paciente en situación terminal más que un deber o un derecho es suscribir una alianza y una garantía de acompañamiento y ayuda de por vida.

LA BIOETICA NOS AYUDA A RECONOCER Y A AFRONTAR LOS CONFLICTOS MORALES

El planteamiento y el consejo moral en todo acto médico comienza con un correcto diagnóstico. Lo que no es científico no es ético. El segundo elemento intrínseco a la dimensión moral del acto médico es el respeto a los deseos del enfermo. Cuando las preferencias de los pacientes coinciden con las indicaciones médicas no suele haber conflictos. En algunos casos sin embargo surgen los problemas éticos que muchas veces se resuelven más o menos fácilmente con la comunicación amistosa en una relación de alianza terapéutica pero que en otras ocasiones origina problemas de muy difícil solución o que requieren la asistencia de un Comité ético asistencial.

Los principales conflictos éticos en CP los podríamos resumir en :

- a) Decidir el paso de una actitud curativa a paliativa

El factor fundamental de la decisión lo establecerá el reconocimiento de la imposibilidad de curación y la certeza de la no curación. En todos los casos, tras hacer el "balance" coste- beneficio de la decisión, la decisión final reside sobre todo en el enfermo, debidamente asesorado y en todos los casos debe realizarse el tratamiento paliativo adecuado

b) Tratamiento del Dolor:

Jaime Boceta ha explicado ya los conflictos éticos relacionados con el tratamiento del dolor, especialmente la sedación avanzada y si hago ahora alusión a ella incluyéndola en los conflictos morales es porque a pesar de los pesares, el dolor sigue tratándose insuficientemente

Para que la asistencia al paciente con dolor sea completa y pueda ser considerada como buenason necesarios tres deberes: El primero calmar el dolor y sedar, el segundo informar al paciente siempre y el tercero pero no por eso menos importante y necesario el deber de acompañar. Estas tres acciones: SEDAR, INFORMAR y ACOMPAÑAR constituyen el núcleo imprescindible e infragmentable de los cuidados al paciente con dolor

c) Limitación del esfuerzo terapéutico

Cuando consideramos o alguien alguien ajeno al paciente nos insiste en limitar el esfuerzo terapéutico lo hacemos, además de por un reconocimiento de su inutilidad, alegando razones de "sufrimiento insoportable" o "pobre calidad de vida" cuando no se nos propone que le facilitemos al paciente una "muerte digna". ¿Qué estimamos como un sufrimiento insoportable? ¿sobre qué valores establecemos la calidad de vida de nuestro paciente?. Estas preguntas nos demuestran que pisamos un terreno inestable y nos avisan de que la decisión de limitar un esfuerzo terapéutico cuando no se dispone de la voluntad del paciente va a resultar siempre problemática.

- Limitación del Esfuerzo Terapéutico por criterios de Calidad de Vida

La evaluación de la calidad de vida, tanto si es de la propia vida como si la realiza un observador, es algo subjetivo y sujeto a criterios personales. Como muy bien expresa Francesc Torralba: "Una vida se vive subjetivamente como algo dotado de calidad cuando esa vida tiene sentido para la persona que la vive en función de su capacidad de relación y comunicación, su realidad biológica y biográfica, sus circunstancias personales, su miedo, su confianza, su percepción subjetiva de corporeidad, de vida indigente y de vida plena .

Es común utilizar términos como: "Calidad de vida limitada" cuando las facultades funcionales del paciente se alejan de la media normal y suele ser un criterio puramente subjetivo. .

El criterio "Calidad de vida mínima" es algo más objetivo y hace referencia a situaciones en las que el estado general del enfermo está muy deteriorado, los síntomas y especialmente el dolor son constantes y la comunicación con los demás está muy limitada.. Puede darse el caso de que estos pacientes precisen de intervenciones destinadas a prolongarles la existencia con el consiguiente conflicto ético de si su calidad de vida justificaría la decisión de No Actuar. (No iniciar una diálisis, no realizar una gastrostomía para alimentación, no transfundir más sangre ni volver a tratar con antibióticos)

Se puede llegar a la calificación de "Calidad de vida por debajo del mínimo" de una manera objetiva en aquellos pacientes sumamente debilitados y con una pérdida total e

irreversible de su actividad consciente y sensorial. En estos pacientes puede surgir el conflicto ético de si su calidad de vida justificaría la decisión de interrumpir o retirar definitivamente un Soporte Vital. (respiración asistida, hidratación, alimentación...) o si mantenerla así a toda costa no sería un Encarnizamiento Terapéutico; en tales casos deberemos aplicar los criterios de la ponderación de la asistencia (medios proporcionados o desproporcionados). Algunas personas pueden llegar a solicitar la eutanasia o el suicidio asistido argumentando que la calidad de su vida ha llegado a límites insostenibles o apelando al derecho a una muerte digna o expresando que en esas condiciones no merece la pena seguir viviendo.

Y en este momento de la exposición conviene recordar al Prof Francesc Abel cuando dice: "Todo ser humano tiene derecho a vivir coherentemente su sistema de valores en lógica armonía con los demás" por eso decidir la calidad de vida en función de intereses ajenos al sujeto, supone una instrumentación del mismo y contradice la dignidad y la autonomía del ser humano.

- Limitación del esfuerzo terapéutico por criterios de "muerte digna"

En la asistencia al PST y sobre todo en la agonía es muy socorrido el término "muerte digna" y con todo lo dicho anteriormente está claro que la dignidad del moribundo es una experiencia propia que nadie sino él puede establecer, no está en nuestras manos concederla. Nuestro margen de acción en ese campo se reduce, y no es poco, a aliviar el sufrimiento especialmente el sufrimiento absurdo y evitable que indignifican la vida de quien lo padece. Hace 50 años escribía Rainer María Rilke: "Quizás dentro de un tiempo tener una muerte propia sea tan infrecuente como tener una vida propia" . Personalizando la atención de nuestros pacientes según la filosofía de los CP, procurando su bienestar y aliviando su sufrimiento, evitamos esa indignidad, cuidando que viva su vida última sin sufrimientos y que viva su muerte como una muerte propia.

d) Conflictos éticos específicos del final de la vida: Eutanasia y Suicidio Asistido

Aceptado el respeto a la voluntad del paciente y su derecho a rechazar tratamientos vitales desproporcionados, innecesarios o perjudiciales, el conflicto surge cuando nos pide que se ponga fin a su vida de un modo directo y activo Tres cuestiones estimo las más importantes a la hora de abordar la eutanasia: En primer lugar la precisión del término, su concepto y definición; en segundo lugar su importancia profesional y social y por último su valoración ética.

- Conceptos y definiciones

Eutanasia es la actuación directa e intencionada de un médico sobre el cuerpo de un paciente sufriendo, a petición expresa de este, que se lleva a cabo por compasión y que tiene como fin y resultado directo la muerte de ese paciente.

No es eutanasia el acto médico que con un fin exclusivamente terapéutico, realiza una intervención que no busca provocar directamente la muerte compasiva del paciente aunque de su resultado pueda derivarse la misma, por ejemplo la sedación paliativa. Las diferencias entre la sedación terminal correctamente realizada y la eutanasia vienen determinadas por la intencionalidad del tratamiento, el proceso a tratar y el resultado esperado de la acción.

El "Suicidio Asistido por un médico" describe la muerte que una persona competente escoge deliberadamente y que provoca la autoadministración de una sustancia que el facultativo prescribe pero que no administra.

- Debemos reconocer que la demanda individual de eutanasia es muy poco frecuente en enfermos tratados en unidades de CP y siempre debe responderse a ella con respeto y aumentando el soporte y la atención. La discusión social sobre la eutanasia tiende a ser una discusión moral y filosófica (respetable) entre partidarios y detractores, pero alejada de la realidad asistencial que nosotros vivimos cotidianamente con los enfermos. Y termino con la valoración ética de la eutanasia citando una intervención del Prof. Diego Gracia en unas Jornadas sobre "Morir con dignidad: Dilemas éticos en el Final de la Vida" :

"El médico debe hacer eso, y por ello ha de promover el respeto a la voluntad y las decisiones de los pacientes. Pero lo que no debe hacer nunca es intervenir activamente en procesos que tengan por objeto poner fin a su vida. En este sentido, cabe decir que el mejor antídoto de la eutanasia activa, siempre peligrosa, es la eutanasia pasiva, - ética del HACER y del NO HACER de F Torralba- el respetar el cuerpo de los 'pacientes cuando éstos se hallan en situación muy comprometida y no desean seguir adelante. La naturaleza, hoy como siempre, es la que acabará haciendo lo demás. La naturaleza, no el médico"

BIOETICA ES PENSAR BIEN Y TOMAR DECISIONES Insiste tanto la bioética moderna en desechar los códigos únicos y los dogmas sin fundamento como en reconocer su propia incertidumbre. La ética plural y secular exige un pensamiento racional para resolver sus conflictos y un método de análisis y en esta línea estarían los principios de Beauchamp y Childress o los cuatro parámetros de Albert Jonsen y las Planificaciones Anticipadas para la decisión compartida.

Los principios de Beauchamp y Childress inspirados en los deberes universales de hacer el bien, no hacer el mal, respetar al paciente y ser justos, constituyen el argumento del modelo principialista que suele utilizarse para establecer la decisión ética en la actualidad. En este modelo, los principios de Beneficencia y Autonomía están supeditados al de Justicia y al de No Maleficencia lo que tiene una especial relevancia cuando se trata de analizar nuestras intervenciones en Medicina Paliativa. Entiendo como intervenciones maleficientes en CP: La mentira, la Obstinación Terapéutica, el abandono el paciente, la eutanasia, la manipulación del paciente y el uso de placebos. Y son acciones injustas: Establecer discriminaciones, no respetar sus derechos o subordinar al paciente en caso de conflictos de interés.

Lo primero y principal es no hacer daño y ser justos de ahí que ningún médico está obligado a actuar más allá de su conciencia si estima que aquello para lo que es solicitado es malo, injusto o innecesario. En la práctica médica el término futilidad hace referencia al "Esfuerzo realizado para procurar un beneficio a un paciente cuando la razón y la experiencias nos avisan de una alta probabilidad de fracaso con muy contadas excepciones que no son reproducibles de una manera sistemática

Los principales instrumentos de la decisión compartida en la práctica clínica son el Poder Notarial Permanente para la asistencia sanitaria, las Directrices Anticipadas y el Testamento Vital.

Directrices Anticipadas

Las Directrices Anticipadas ("Advance Directives") son "Declaraciones de los pacientes realizadas anticipando una situación en la cual pueden ser incompetentes o incapaces de decidir sobre su propia atención, estableciendo sus preferencias de tratamiento o autorizando a una tercera persona a tomar decisiones sobre ellos" Tienen su campo especial de mayor aplicación en las etapas finales de la vida y para su mejor aplicación debe anotarse en la historia clínica, si existe o no "Poder de Representación o Notarial

permanente para la Asistencia Sanitaria" otorgado por el enfermo, la clara especificación de "Situación Terminal" en su caso, las órdenes específicas contempladas: Retirada o no de soporte vital, sedación terminal, alimentación, hidratación, orden de No Resucitar.

Testamento Vital

El término TV (Living wills) surge en los EEUU a comienzos de los años 70 y se refiere a "Declaraciones escritas y presenciadas por testigos en las que las personas solicitan que, si quedan incapacitados más allá de una perspectiva razonable de recuperación, se les deje morir en vez de que se les mantenga con vida por medios extraordinarios". Afecta, pues, específicamente al manejo de la toma de decisiones en el final de la vida y responde al derecho que todo paciente tiene a ser respetado en sus valores y en concreto a aquellos que atañen a su salud y al cuidado de su cuerpo. Este documento está contemplado y sancionado por Ley desde el año 2003 y en nuestra Comunidad Autónoma existe un Registro de Testamentos Vitales de obligada consulta para los médicos en caso de asistencia a un paciente que lo hubiera previamente formulado.

En España el primer TV fue promovido por la Conferencia Episcopal y presentado en 1988 como conclusión operativa a sus "razones del plan de acción sobre la eutanasia y la asistencia al bien morir". Su texto decía así. "Si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica e irrecuperable y llegado ese momento no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos..".

Los problemas de la decisión compartida podemos minimizarlos recurriendo al uso de criterios consensuados y Guías Terapéuticas. El Comité Etico debe ser consultado en aquellos casos en los que se considera necesario un consejo moral.

Acostumbro a preguntarle a mis alumnos de primero de Medicina por qué quieren ser médicos y hablando con ellos les explico que la decisión de ser médicos es ante todo una decisión moral; que es fundamental en nuestra profesión saber medicina pero que lo más importante es saber ser médicos. Y para saber ser buenos médicos es necesaria la bioética. En un muy reciente artículo de la revista Labor Hospitalaria , el Dr. Jacinto Báliz, jefe de la U de CP del Hospital de San Juan de Dios de Santurce (Vizcaya) cita un sabio proverbio chino que, además de una inestimable enseñanza, nos ilustra este último pensamiento: "Si lo oigo lo olvido; si lo veo, lo recuerdo y si lo hago lo aprendo". Cuidando a nuestros pacientes en ST, viendo, leyendo y practicando los CP aprenderemos mucha y buena medicina pero sólo aprenderemos a ser buenos médicos si somos capaces de dejarnos enseñar por ellos.