



ELSEVIER
DOYMA



SEMINARIO

Abordaje de la familia con un enfermo terminal

Familia y sufrimiento

Manuel Ojeda Martín

Unidad de Medicina Paliativa, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Introducción

“No se puede amar perfectamente, sino lo que se ha perdido para siempre”

Jean Rostand

La unidad a tratar es siempre el enfermo y los familiares. Una familia es un lugar de las relaciones afectivas más próximas y la aparición o la presencia de una enfermedad crónica de esta gravedad la trastorna indefectiblemente. Por otra parte, podemos decir que en la mayoría de las ocasiones el enfermo sufre tanto por la situación de sus familiares como por su propia enfermedad. La experiencia de la enfermedad terminal es una tensión que comparten pacientes y familia. Los moribundos expresan preocupación por la carga que recaerá sobre la familia y sobre cómo le harán frente: los parientes comprenden al enfermo. Las preocupaciones de la familia tienen un foco importante: la angustia que aflige al enfermo. A su vez, los enfermos perciben bien que sus males perturban a sus parientes. Pueden saber también que por culpa de su enfermedad trabajan más o que el resto de la familia se ha privado de cosas. O sea, que probablemente todos simpatizan y sufren por sus problemas emocionales o físicos. El cariño de los familiares les hace tener una preocupación equivalente de que el moribundo puede caer en peores desalientos antes de morir. En muchos terrenos, pacientes y familiares son las 2 caras de la misma moneda.

Muchos son los problemas que caen sobre los hombros de los familiares de un moribundo. Pero además de compartir problemas, los parientes sufren la tensión debida a las alteraciones que ha sufrido su propia pauta de vida. El cónyuge superviviente suele ser también de edad avanzada porque en general hoy día la gente muere mayoritariamente en la vejez; esto hace que las tareas que le corresponden resul-

ten agotadoras. Atender en el hogar a un moribundo generalmente exige, tarde o temprano, esfuerzos físicos, en particular cuando el paciente está débil o paralizado. Levantar o sostener a una persona obligada a estar en cama, que necesita ayuda para lavarse o para satisfacer sus necesidades fisiológicas, no tiene nada de sencillo. El problema puede agravarse por la incontinencia del enfermo. Aun si la persona que está por morir no debe guardar cama, es muy probable que necesite auxilio y ayuda físicos. Si el sueño nocturno se interrumpe por razón de las necesidades del paciente, ello minará las fuerzas de la familia, sobre todo si el enfermo es inquieto y está confuso. Encima de todo, las preocupaciones de los pacientes, además de ser una carga para la familia, tienen algún fundamento. Los cambios materiales que se producen en el hogar de los moribundos son muchas veces profundos. Si el paciente fue el principal sostén de la familia, sus ingresos económicos pueden haberse reducido espectacularmente. Y si quien está enferma es la esposa, los demás familiares pueden resultar sustitutos torpes e incompetentes. Sin duda, disminuirá el entusiasmo inicial de quien se ofrezca a ayudar.

Si el enfermo está en su casa y necesita atención constante, los parientes deberán restringir su propia vida social, y si sólo hay un pariente, su vida acabará reducida a atender a la persona que está por morir. Día tras día, no habrá interrupción o descanso. Si el paciente está en el hospital, el costo físico será menor, pero las visitas repetidas al hospital imponen una carga considerable, esto es frecuente sobre todo si el pariente ha de depender del transporte público.

Aun siendo todo esto cierto, también es verdad que compartir el trance de morir y cuidar de una persona querida que agoniza es una forma poderosa de intercambiar amor, solidaridad y respeto, y representa una prueba personal sublime y enriquecedora.

Miedos comunes ante la muerte del ser querido

Es muy probable que sea la primera vez que en esa familia se produce una situación de este tipo. Por lo tanto, es comprensible que haga su aparición una serie de miedos, muchas veces intensos, que tendremos que tener en cuenta en el momento de planificar los cuidados a los familiares y a lo largo del proceso. Por ejemplo, los siguientes:

- Miedo a que vaya a sufrir mucho.
- Miedo a que no vaya a recibir la atención adecuada.
- Miedo a hablar con el ser querido.
- Miedo a que su ser querido adivine su gravedad.
- Miedo a estar solo con el ser querido en el momento de la muerte.
- Miedo a no estar presente cuando muera el ser querido.

Dificultades comunes de los familiares

Los familiares de un paciente terminal no sólo deben enfrentarse a la idea de la muerte en sí y de la ausencia definitiva del ser querido, sino tomar una serie de decisiones, adaptarse a diferentes exigencias, cumplir con una serie de tareas que resultan contradictorias y enfrentar reacciones emocionales, ambivalentes y perturbadoras tanto para la familia como para el individuo.

Debemos comprender las dificultades que tiene que afrontar la familia de quien va a morir; forman parte importante del duelo anticipatorio que se analizará en un apartado posterior. Podemos citar las siguientes:

- Dificultad para compartir el afecto y cariño con el moribundo.
- Dificultad para actuar “con naturalidad” ante su enfermo.
- Dificultad para aceptar que su ser querido “se está realmente muriendo”.
- Dificultad para asumir las responsabilidades que tenía el enfermo.
- Dificultad para cuidar al paciente.
- Dificultad para repartirse las responsabilidades del cuidado del que está por morir.
- Dificultad para aceptar que su enfermo escogió como persona significativa a alguien ajeno a la familia.
- Dificultad para continuar sus relaciones con el mundo externo.
- Dificultad para despedirse de su ser querido y “darle permiso” para morir.

Impacto de la enfermedad terminal sobre los familiares

En la situación de enfermedad terminal, la presencia de la muerte está siempre ahí de forma más o menos explícita.

Morir nunca ha sido fácil, pero probablemente las circunstancias en las que nuestro tiempo y nuestra cultura envuelven a la muerte no han ayudado, sino al contrario, a asumir la muerte como una parte más de la vida.

Tenemos que saber y reconocer que el impacto se produce precisamente porque somos humanos y porque nuestra convivencia está basada en relaciones de interdependencia y amor. Debemos darnos cuenta, entonces, que el hecho de que estas situaciones nos produzcan impacto es un proceso completamente normal. Lo que sería patológico sería que estas situaciones no nos afectasen.

El impacto de la enfermedad sobre el ámbito familiar está determinado por diversos factores que se analizan a continuación y en función de los cuales podremos intervenir posteriormente en el tratamiento familiar.

- Circunstancias personales del enfermo o específicas de la enfermedad.
- Relaciones familiares.
- Reacciones y estilo de convivencia en pérdidas anteriores.
- Personalidad y estilo de vida “del que se queda”.
- Relaciones y recursos sociales.
- Falta de adecuación de objetivos entre el enfermo y los familiares.
- La falta de control de los síntomas.
- Medio hostil y alejado.
- Tiempo.
- Problemas concretos.
- La información.
- Otros factores.

Crisis de claudicación emocional de los familiares

Causas

- Aparición de síntomas nuevos o agravamiento de alguno preexistente.
- Sentimientos de pérdida, miedos, incertidumbre.
- Dudas sobre el tratamiento previo o su evolución.
- Factores que intervienen
- Tipo de familia.
- Lugar de residencia.
- La incomunicación entre los miembros de la familia.
- Trayectoria de la enfermedad.
- Las experiencias anteriores.
- La vigencia de problemas no resueltos.
- La ausencia de programas e intervenciones preventivas.
- El protagonismo de última hora.
- La injerencia intempestiva.
- Los “buenos samaritanos”.

Tratamiento

- Instaurar medidas de control de síntomas.
- Mostrar disponibilidad (lugar tranquilo, sin prisas).
- Aclarar dudas sobre la evolución. Revisar los últimos acontecimientos.
- Recordar los objetivos terapéuticos.
- Dar sugerencias sobre “cómo” estar con el enfermo y “cómo” comunicarse con él.

Como casi siempre, lo mejor será prevenir la aparición de estas crisis antes que tener la necesidad de tener que tratarlas. A continuación se enumeran algunas estrategias que pueden evitar o minimizar estas crisis.

Prevención de las crisis de claudicación familiar (con relación al enfermo)

- Información y comunicación franca y honesta (enfermo-familia-equipo).
- Escucha atenta de sus preocupaciones y prioridades.
- Relación de ayuda eficaz.
- Seguridad y continuidad en los cuidados.

- Tener en cuenta y respetar el rol familiar y social.
- Ritmo tolerable de deterioro físico y psíquico.
- Adaptación paulatina a las limitaciones producidas por la enfermedad.
- Apoyo psicoemocional.
- Participación en la planificación y evaluación de los cuidados y terapias.
- Información pausada y dosificada sobre el pronóstico y la evolución.
- Espacio adecuado y tiempo suficiente para la expresión de emociones y sentimientos de duelo anticipado.
- Seguridad y protección física.
- Buen control de todos los síntomas objetivos y subjetivos.

Prevención de las crisis de claudicación familiar (con relación a los miembros del grupo familiar)

- Inclusión de la familia y paciente como unidad a tratar.
- Escucha atenta de sus demandas y sugerencias.
- Darles tiempo para que asuman la situación.
- Información puntual, adecuada, honesta, comprensible y continua sobre la enfermedad y su evolución.
- Entrenamiento y participación en las tareas de cuidado.

- Implicación de mayor número posible de miembros familiares.
- Facilitar el descanso en caso de agotamiento (físico o psíquico) del cuidador principal único, ingresando al paciente, si es necesario, por algún período corto de tiempo.
- Entrenamiento para las técnicas de control de los síntomas.
- Información sobre los recursos disponibles en la comunidad.
- Fijar objetivos realistas, a corto y medio plazo.
- Vivir y cuidar día a día.
- Reducir los efectos negativos de la conspiración del silencio en el paciente, estimulando la comunicación entre los miembros.
- Soporte y apoyo psicoemocional, individual y grupal.
- Facilitar la aclaración y resolución de conflictos en el seno familiar.
- Evitar juicios precipitados sobre la conducta familiar.
- Detectar patologías en otros miembros de la familia y recomendar la intervención de otros profesionales.
- Ayudar a la familia a utilizar sus propios recursos en la resolución de sus problemas.
- Corrección y respeto en el trato.
- Afecto y disponibilidad en la relación.

Actualización en drogas

Fernando Gómez-Pamo Guerra del Río

Médico de Familia, Director General de Drogodependencia, Gobierno de Canarias, España

Las drogodependencias, es decir, las dependencias o adicciones a sustancias, suponen no sólo un problema social y sanitario importante, aunque sea hoy día menos visible, sino que además suponen una demanda asistencial para la que desde atención primaria y salud mental, en muchas ocasiones, falta información y tiempo para atender debidamente, lo que genera además una gran sobrecarga emocional para los sanitarios. Cómo han variado los perfiles de los drogodependientes en los últimos años, cómo ha evolucionado la percepción social y médica del adicto hasta ser considerado un enfermo; conocer las sustancias

de abuso más frecuentes, sus mecanismos fisiopatológicos, sus acciones en el SNC y resto del organismo, los tratamientos actuales, otros recursos terapéuticos, etc. son las claves que nos van a permitir tratar a los pacientes con adicciones farmacológicas con más eficacia y seguridad.

Este es el reto que nos hemos marcado en este taller, que conozcamos mejor las sustancias que han motivado la adicción de nuestros pacientes y, por tanto, nos permita un mayor y más eficaz acercamiento al drogodependiente y su enfermedad.

Agonía y sedación del paciente terminal

Manuel Ojeda Martín

Unidad de Medicina Paliativa, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Introducción

Más allá de estas consideraciones, la toma de conciencia de la muerte puede ser considerada como una crisis de la vida

del hombre. En realidad, no es la muerte, sino la conciencia de la muerte, lo que constituye un problema para los hombres. Ya decía Publio Cyro en sus Sentencias que “*El temor a la muerte es peor que la muerte misma*”. No es la muer-

te, en efecto, lo que inspira terror, sino la representación anticipada de la muerte. Si una persona cae muerta de repente, para ella no habría nada de terrible; ya no estaría, no podría experimentar terror. Terror y miedo pueden solamente ser suscitados por la conciencia de la muerte. Para los muertos no hay ya ni temor ni alegría.

Pero, ¿se dan cuenta realmente los enfermos de que se van a morir?

Hoy casi nadie pone en duda el hecho de que la mayoría de los enfermos es consciente de que su vida se termina. Sin embargo, algunos enfermos hablan directamente de ello con sus familiares y con los profesionales que les cuidan, mientras otros evitan cualquier comentario en este sentido. Una u otra conducta dependerá, fundamentalmente, de las oportunidades que se ofrecen a los pacientes de sentirse libres para hablar del tema. Dado el caso, serían muchos más los que revelasen lo que sospechan o ya conocen. Estas oportunidades, con todo, dependen no sólo de la ocasión, sino también de la actitud que adopta quien los escucha. Ciertos médicos, consciente o inconscientemente, no soportan que sus pacientes hablen de su muerte, la que ellos, como médicos que son, están intentando, sin éxito, evitar. El paciente puede llegar a percibir esta falta de receptividad y mantenerse por ello en silencio para evitarles confusión.

Aunque los enfermos sepan las circunstancias en que se encuentran, no siempre desean hablar de ello. Dice C. Saunders:

“Según mi propia experiencia, observo que la verdad se impone de modo gradual en muchos, podría afirmar que en la mayoría de los moribundos, incluso cuando no se les pregunta ni se les dirige la palabra. La aceptan tranquilos y, con frecuencia, agradecidamente; algunos, en cambio, tal vez no desean hablar de ello, y debemos respetar su actitud de reserva”.

Hinton refiere la misma experiencia en sus conversaciones con pacientes en situación terminal. Al final de sus días, la mayor parte había hablado ya de la posibilidad de su muerte. Pocos fueron, no obstante, los que desearon hablar de ella en varias ocasiones; no se trataba, sin embargo, de un tema del que todos se hallaban dispuestos a tratar con frecuencia; a veces se aludía a él brevemente en una sola ocasión, o se explayaba ampliamente para no mencionarlo ya más. La comprensión mutua en lo sucesivo era tácita. Cuando hablaban de la posibilidad de la muerte confesaban a menudo que la sospecha había existido durante cierto período, sin que llegaran a admitirla hasta entonces. En ocasiones, si se registraba una mejoría momentánea en su estado físico, o si experimentaban cierto alivio a medida que se remediaba el sufrimiento, comenzaban a creer que iban a recuperarse. Considerados como un grupo, sin embargo, los enfermos del estudio de Hinton, que permanecieron hasta el final de sus días en el hospital, llegaron a conocer cada vez con mayor certeza que la muerte se les estaba aproximando.

Morir con dignidad

Morir no tiene que ser necesariamente un hecho desgraciado. Aun cuando nuestros condicionamientos culturales sean

fuertes, es posible aprender a recibir la muerte con serenidad, sin tantos miedos. Repárese que decimos “recibir” y no “enfrentar”, como suele ser expresado.

En opinión de García Sabell, morir con dignidad significa, sencillamente, irse de esta vida no en la soledad aséptica del hospital, intubado, inyectado, perfundido y sumergido en un laberinto de fríos aparatos, sino en el hogar, entre los seres queridos, entregado al morbo, pero entregado también al afecto, al mimo sosegador de la familia y de los amigos. Y lo que es tan decisivo, entregado a la serena conciencia de lo que se aproxima, de lo que se adivina como un relámpago de luz trascendente y de esperanza transindividual. O hundido en el coma, pero teniendo junto a nuestra mano -y quién sabe lo que el comatoso siente?- la mano que en la existencia nos acompañó y dio sentido a nuestro ciclo vital. Ésta es la muerte con dignidad.

Por su parte, D.J. Roy ha sintetizado las condiciones esenciales del morir con dignidad de la siguiente manera:

1. Morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar al moribundo algunas horas suplementarias de vida biológica.
2. Morir sin dolores atroces que monopolicen toda la energía y la conciencia del moribundo.
3. Morir en un entorno digno del ser humano y propio de lo que podría ser vivir *su hora más hermosa*.
4. Morir manteniendo con las personas cercanas contactos humanos sencillos y enriquecedores.
5. Morir como un acto consciente de quien es capaz de realizar el difícil *ars moriendi*.
6. Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llega.
7. Morir con un espíritu abierto, aceptando que muchos interrogantes que la vida ha abierto quedan sin respuesta.
8. Morir con el corazón abierto, es decir, con la preocupación del bienestar de los que quedan en vida.

Cuando se habla de muerte digna, generalmente, se hace referencia a los 3 primeros puntos de los recientemente enumerados. Morir sin dolor (y añadiríamos: ni ningún otro síntoma particularmente estresante), sin aplicación de medidas extraordinarias, etc. Pero, ¿no puede llegar a ser mucho más indigna una muerte cuando falta el resto de los puntos? ¿No es mucho más indigno el hecho de engañar persistentemente a un enfermo hasta el último momento, insistiendo en que va a mejorar cuando él mismo se ve morir? ¿No es mucho más indigna esta situación, que provoca la más absoluta incomunicación con las personas queridas? Un paciente engañado a sabiendas por todos los que le rodean es entregado a la muerte como víctima y objeto, despojado de su autonomía y dignidad.

Y, por el contrario, ¿no puede una persona morir con dolor, incluso intenso, sin que por ello se vea en absoluto menoscabada su dignidad? Imaginemos una persona que, por ejemplo, muera como consecuencia de una tortura por defender sus ideales (políticos, religiosos, etc.). ¿Podría haber una muerte más digna? Cuando el Diccionario de María Moliner habla de la palabra “digno”, dice: “Se aplica al que obra, habla, se comporta, etc. de manera que merece el respeto y la estimación de los demás y de sí mismo, que no comete actos que degradan o avergüenzan, que no se humi-

lla y que no tolera que le humillen". Por su parte, el Diccionario de la Real Academia Española se refiere a "Gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse". Parece evidente que no siempre tiene mucho que ver el dolor y la dignidad, aunque es el argumento que con más frecuencia se utiliza, cuando se habla de morir con dignidad.

En cualquier caso, parece indiscutible que si algún derecho tiene un mortal es que le respeten su morir y que, por consiguiente, nadie reglamente su agonía, como ocurre en los hospitales, como tiende a preferir el personal técnico (médicos, enfermeras, etc.), para su propia tranquilidad.

Decía Petrarca que "Un bel morir tutta la vita onora" (un hermoso morir honra toda la vida), queriendo significar el hecho de que una "buena muerte" puede dar sentido a toda una biografía. Biografía que en gran medida va a condicionar de alguna manera la forma de morir de cada cual.

Podemos recordar ahora los célebres y bellísimos versos de Amado Nervo:

*Muy cerca de mi ocaso, yo te bendigo, Vida,
porque nunca me diste ni esperanza fallida
ni trabajos injustos ni pena inmerecida ...
Amé, fui amado, el sol acarició mi faz.
¡Vida, nada me debes! ¡Vida, estamos en paz!*

El acercamiento de la muerte. Atención en la agonía

Desde el momento en que un enfermo es considerado terminal, puede haber un período de tiempo más o menos largo en el que la enfermedad progresá y se estaciona, de forma intermitente, irregular y con la aparición de diversos problemas de todo tipo.

A medida que el final se acerca, generalmente, aunque no siempre, los problemas aumentan cuantitativa y cualitativamente y no sólo para el enfermo, sino también para los familiares y con frecuencia también para el propio equipo terapéutico.

Se entra así en una fase que se caracteriza por un deterioro progresivo del estado general, con frecuentes y rápidos cambios, aparición de síntomas nuevos o agravamiento de otros preexistentes entre los que destacan el deterioro de la conciencia, que puede llegar al coma, desorientación, confusión, agitación psicomotora, trastornos respiratorios con respiración irregular o estertorosa por acúmulo de secreciones, fiebre, dada la alta incidencia de infecciones como causa de muerte en los pacientes con cáncer, dificultad o incapacidad para la deglución, ansiedad, depresión, miedo (explícito o no), retención urinaria, etc. y que en conjunto indican una muerte más o menos inminente y que provoca un gran impacto emocional en la familia y en el equipo terapéutico y que puede dar lugar a una crisis de claudicación emocional en la familia.

La agonía del paciente es un momento importante e íntimo donde nuestra presencia va a significar una relación especial con él y su familia (a ser posible, el paciente estará siempre acompañado de las personas allegadas que quieran permanecer con él, tanto si la muerte se produce en el hospital como en el domicilio).

¿Y cómo será el final?

Con el telón de fondo de un final seguro y a medida que se acerca a él, el paciente va transcurriendo por una sucesión de estados, preocupaciones, temores y molestias, que vividas con toda la subjetividad que la ocasión permite, constituyen un momento culminante en su vida como individuo.

Existen 4 puntos centrales:

a) Por un lado, la agonía es algo diferente de la desintegración de la personalidad: es un cambio dinámico, adaptativo a una nueva situación. El sujeto sigue siendo (salvo alteración mental y aún con ella en muchas ocasiones) el dueño y señor de sus actos y de su voluntad y nadie debe, por ello, tener el derecho a usurparle su libertad obligándole a aceptar un trato paternalista e invalidante. Por ello el Diccionario define la agonía como el "miedo y congoja del moribundo". Pero esto, en la realidad, ¿en qué consiste? Para muchos esta situación no llega a producirse realmente porque la conciencia se obnubila antes por causas metabólicas, etc. Para otros es la lucidez que les acompaña hasta los últimos instantes la que les permite reaccionar de la manera característica en cada uno de ellos, de la misma manera y por las mismas causas que han hecho reaccionar de una forma propia y personal a lo largo de su vida ante las situaciones difíciles: por ello, se puede afirmar que no hay una agonía, sino tantas clases de agonías como de individuos.

b) Por otro lado, el miedo no es la respuesta dominante a la muerte en el proceso agónico. Como veremos posteriormente, angustia y miedo acompañan al moribundo con mayor intensidad de lo que lo han hecho a lo largo de su vida. Pero en esos momentos hay cosas que le preocupan más. Una de las cosas que más le cuesta tolerar es la insignificancia de su caso: él va a morir y la gente actúa como si no pasara nada. No se le presta ni un mínimo de atención amistosa: el médico se encuentra incómodo. Por eso es tan importante el mensaje que la Dra. Saunders transmite a sus enfermos:

"Tú importas por ser tú: importas hasta el último momento y haremos todo lo posible no sólo por ayudarte a morir mejor, sino a vivir hasta el final".

c) Pero tampoco es la muerte la preocupación central del moribundo. El dolor (si lo experimenta), la memoria que de él quede, la preocupación por la situación en que queden quienes le sobrevivan, la frustración por lo inacabado o inalcanzado, la satisfacción por lo logrado... Son muchas las cuestiones que se interponen en la mente del que se halla en la recta final. Pensar en los demás, dejar sus cosas en regla y fáciles para quienes le sigan, es algo que demostradamente reconforta al moribundo. Que una de las preocupaciones fundamentales de quien va a morir es dejar a las personas amadas, debe haber sido así a través de los tiempos y en todas las culturas. Observemos, por ejemplo, un canto al dios de los guerreros apaches antes de entrar en batalla:

Padre salimos a morir.

*No lo lamentamos por nosotros mismos,
sino por los que dejamos.*

*No dejes que el miedo nos invada,
Salimos a morir.*

d) Por consiguiente, se puede concluir que la manera de morir de un sujeto concreto queda condicionada por 3 grupos de factores:

- La anterior personalidad, historia de aprendizajes y estilos de vida de ese sujeto.
- La naturaleza de la noxa letal, su duración, tipo de síntomas, grado de dolor, etc.
- La asistencia proporcionada a nivel social, afectivo, físico, etc.

Si hay una cuestión inquietante que los familiares (y a veces también los enfermos) preguntan con insistencia es precisamente ésta: cómo será el final. Los familiares desean saber los acontecimientos que pueden suceder y la forma en que los podrán hacer frente. De una manera más general, preguntas de este tipo revelan de una forma más o menos encubierta el miedo que todos y cada uno de nosotros tenemos a la muerte, aunque en este momento se vaya a consumar en otra persona.

En el caso del cáncer, la muerte llega de una forma más o menos “esperada”, aunque repetidamente conjurada. Desde el punto de vista práctico, puede decirse que existen 3 posibilidades por lo que respecta a la llegada de la muerte.

La más frecuente es cuando la muerte sucede después de un período de continuo y progresivo deterioro físico, de un agotamiento de las propias energías. Sigue una diseminación metastásica de la enfermedad tumoral que llega a invadir órganos vitales, como riñón, hígado, cerebro, etc. que conduce a un estado tóxico por insuficiencia funcional de estos órganos. Los últimos días se caracterizan entonces por una progresiva obnubilación del enfermo, que tiende a desconectarse cada vez más de lo que le rodea, adormeciéndose cada vez de una forma más continua y profunda. La muerte suele llegar pocas horas o días después.

Esta situación es muchas veces deseable ya que el enfermo no se da cuenta de lo que está sucediendo y el sufrimiento físico y psíquico está ausente. La eventual ayuda de algún sedante cubrirá la posibilidad de algún episodio de lucidez dolorosa.

En opinión de Hinton, el 94% de los moribundos entra en coma entre 6 h y 6 días antes de la muerte. Para este mismo autor, el sufrimiento durante el proceso de morir es variable; en ocasiones no es fácil constatar cuán intenso es el dolor y la pena de los pacientes moribundos; el grado en que una persona sufre molestias de tipo físico en sus últimos momentos depende de su grado de conciencia... la mayoría de los pacientes llegan a embotarse poco a poco y al cabo de cierto tiempo se encuentran al margen de lo que sucede... el recuerdo de las molestias recientes se desvanece, la percepción se halla un poco obnubilada y el futuro inmediato no está tan penetrado por la firme convicción de que el dolor puede regresar de nuevo. En las últimas etapas, el estado de alerta se hace cada vez menos común.

La segunda posibilidad es que las cosas se sucedan como en el apartado anterior, pero sin adormecimiento ni obnubilación del paciente. La situación es entonces más delicada ya que el enfermo está consciente hasta el final, supone un mayor impacto para la familia y requerirá mucho más apoyo y dedicación por parte del equipo terapéutico.

De todas formas, esta manera de morir puede ser tremadamente positiva para alguna persona que, siendo consciente de su situación y habiéndolo asumido y aceptado serenamente, puede dar un sentido a ésta, la última fase de su vida, y que puede significar un crecimiento personal. La Dra. Kübler Ross que, como se ha dicho, ha dedicado su vida profesional al estudio de los moribundos, tituló uno de sus libros: “La muerte, último peldaño de crecimiento”.

Ante la pregunta de “*¿a usted cómo le gustaría morir?*”, los hombres se dividen entre los que desearían una muerte por sorpresa, repentina, sin darse cuenta y los que, por el contrario, preferían saberlo con antelación, arreglar sus cosas, “vivir su muerte”. Por lo tanto, antes de considerar el caso concreto de cada persona en trance de morir, habrá que suponer que muchos enfermos terminales no quieren, en principio, renunciar a seguir creciendo hasta el final y a morir con sentido. La elección de una muerte repentina tiene que ver con el pánico que se tiene generalmente a la muerte, pero también, y sobre todo, con el miedo al sufrimiento de que muchas veces va precedida.

Cada vez predominan más estas personas y la vieja sentencia “*A subitanee et improvisa morte libera nos Domine*” (líbranos, Señor, de la muerte imprevista y súbita) no tiene hoy ninguna vigencia.

Tal propósito exige, en primer término, crear en torno al enfermo terminal un clima de sosiego que no sea perturbado por la invasión indiscreta de su intimidad por parte de quienes le rodean.

La tercera posibilidad, la menos frecuente, es cuando la muerte llega de manera violenta y repentina como consecuencia de una complicación aguda de su enfermedad. Casi siempre se debe a una embolia masiva o una hemorragia que conduce a la muerte del enfermo quizás en unos segundos o minutos.

Si bien es verdad que esta forma de morir evita a la familia el sufrimiento ligado al proceso más o menos largo que veíamos en los apartados anteriores, también es verdad que ver morir a una persona desangrándose, cuando se trata de una hemorragia masiva, puede resultar muy impactante no sólo para el enfermo y los familiares, sino incluso para los profesionales.

En algunas ocasiones, este tipo de final es de alguna forma predecible. Tal es el caso de los tumores del cuello que pueden afectar en un momento determinado a carótida o yugular. En estos casos debemos informar a los familiares de esta posibilidad, siguiendo aquella ley inquebrantable de que cualquier acontecimiento provoca menos impacto si se sabe de antemano que puede producirse. En otras ocasiones es más difícil de sospechar, como por ejemplo en el caso de hematemesis o hemoptisis masivas.

Como quiera que casi siempre es una muerte imprevista, puede generar problemas en el caso de que se hubiese dado a la familia un pronóstico de supervivencia superior. Se trataría de una muerte “antes de tiempo”, con todo lo que ello implica.

Signos clínicos de la agonía

Los profesionales deben conocer los signos de una muerte inminente y no confundirlos con los efectos de la medica-

ción, en especial el de los analgésicos potentes y psicofármacos.

Existe un cuadro clínico con los siguientes signos más o menos premonitorios:

- *Pérdida de tono muscular* y sus consecuencias en el aparato locomotor (debilidad extrema), gastrointestinal y urinario (incontinencias).
- *Enlentecimiento de la circulación*, que produce la disminución de las sensaciones, alteración de la temperatura corporal (frialdad), etc.
- *Cambios de los signos vitales*: pulso lento y débil, tensión arterial disminuida, respiración rápida y superficial o lenta, con fases de apnea más o menos prolongadas, sequedad de las mucosas orales, etc.
- *Afectación sensorial*: visión borrosa, que dificulta la distinción de imágenes, alteración del gusto y del olfato. Algunos pacientes pueden estar despiertos, pero por lo general están adormilados, estuporosos o comatosos. La audición, junto con el tacto, son los últimos sentidos a través de los cuales el paciente permanece en contacto con el medio; de aquí surge la importancia de cuidar los comentarios ante pacientes agónicos y prodigar el contacto físico afectuoso a través de las manos.

Hallazgos físicos de muerte inminente

- Pupilas dilatadas y fijas.
- Incapacidad para moverse.
- Pérdida de reflejos.
- Pulso rápido y débil.
- Descenso de la presión arterial.
- Respiración de Cheyne-Stokes (distres respiratorio).
- Respiración ruidosa (estertores de la muerte). Muy importante por el impacto emocional negativo que provoca.

Comunicación y soporte en los últimos días

La manera de ayudar al enfermo será intentando que exprese todo lo que siente y los miedos que pasa, que pueda llegar a llorar si lo desea y así se desahogue. Al final, la prueba puede ser muy dura. No tiene ganas de visitas, comienza a aislarse. Está inmóvil en la cama. Se niega a comer. Lo que en este estadio necesita más el enfermo es:

- Que dejemos de decirle: “esto irá mejor mañana”.
- Que reconozcamos sus penas como fundadas; su muerte inminente como una realidad; su tristeza como natural, válida y no culpable.
- Que le ayudemos a explorar sus fantasmas y sus angustias, sobre todo si le turban hasta el punto de impedirle descansar.
- Que estemos disponibles cuando tenga necesidad de alguien y sepamos dejarle solo cuando lo deseé.
- Que le aportemos toda la comodidad posible para que su cuerpo se le haga menos pesado.
- Que seamos al menos tan realistas como él: confía en que nosotros no le impondremos tratamientos interminables, que no tienen como finalidad aliviarle y en que tomare-

mos decisiones inteligentes en lo referente a su estado, con su participación cada vez que esto sea posible.

- Que sepamos, en fin, afrontar su no curación, que no es lo más fácil.

Los medios técnicos que permiten favorecer el acompañamiento de los moribundos existen y son aplicables en casi todos los casos. La muerte es la experiencia universal menos compartida en el mundo. No se puede llegar hasta el final, porque en ella hay siempre uno que se queda y otro que parte. Pero si se puede llegar hasta la puerta y decir adiós. Es una exigencia muy fuerte, pero hasta allí llega el respeto por lo humano en el hombre. Y se necesita luchar para que la medicina llegue a ser el arte de ayudar a los hombres, pese a las vicisitudes de su cuerpo, a vivir humanamente hasta la hora de la muerte.

En el advenimiento de una buena muerte, la aventura de morir se convierte en un acontecimiento interesante, inédito e importante por el mero hecho de su carácter relevante, irreversible. Se presenta como un arrojarse a la aventura del no ser, un asomarse al inaudito cercano tiempo de dejar de existir. Morir no es una circunstancia cualquiera de su vida, ni una crisis más en su camino. Se trata de la crisis vital por anotoniasia.

Será labor de los profesionales de salud también enseñar a las familias a desasirse del familiar para que le permitan a él llegar a una aceptación tranquila. (*Si es verdad que hay muertes apacibles, hay también formas de resignación cercanas a una rebeldía impotente*).

Al llegar a esta fase de su enfermedad, el paciente necesita morir. Al final de sus días la muerte le resulta necesaria, aunque cueste mucho admitirlo. En esa instancia, morir deviene una necesidad en los niveles físicos, mental, emocional y espiritual, aún cuando puedan presentarse contradicciones entre esos planos. Sólo hay que estar próximo a morir para comprenderlo cabalmente. Por eso el paciente lo percibe mejor y antes que la familia. Para él la lucha terminó aunque siempre mantenga alguna esperanza. En realidad, terminó la primera parte: su lucha contra la enfermedad. Todavía le resta morir. Necesita y desea, aunque con miedo, dejarse llevar hacia la muerte. Pocas veces esta verdadera necesidad del ser humano es reconocida y aceptada. Nadie parece advertirla.

La familia se angustia y comienza una etapa de forcejeo. Presumiendo que el paciente está deprimido lo apremian, le insisten. Esto suele volverse una tortura para él; “tiene que” poner más voluntad, no tiene que aflojar, “tiene que” comer más y una larga lista de exigencias inútiles. La cercanía de la muerte se torna una situación difícil de asimilar. Éste es el dilema para una familia no preparada para la muerte, que la enfrenta con miedo, aun cuando ésta acontezca como suceso natural en la vejez.

Es muy frecuente este conflicto entre enfermo y familiares en el momento de morir. La familia tiene que “autorizar” al enfermo para que pueda partir y, a su vez, el enfermo tiene que aprender a desasirse de las personas, los roles y las cosas. La participación inteligente y madura de la familia puede facilitar mucho el trance. Los familiares deberán aceptar la muerte del enfermo; de otro modo, su deseo de alargarle la vida chocará con la aceptación que él ya tiene elaborada, y el conflicto se agudizará y las heridas se

reabrirán. Y aun los visitantes tendrán que estar advertidos para que no coloquen imprudentemente una y otra vez al enfermo ante la esperanza de sanar, cuando ya él ha manejado el proceso de aceptación.

La codicia, las envidias, el deseo de apropiarse de lo que el que está por morir va a dejar, es decir, de sus bienes terrenales que permanecerán en herencia de los vivos, estalla muchas veces. A la hora de la cercanía de la muerte, el por morir continúa aprendiendo. A veces, el cuerpo del cadáver es sede de fantasmas familiares que se materializan, el "cuerpo del dinero". Como si el mismo cadáver y su carga transgeneracional se repartiesen en los pedazos de bienes, en la forma que adopta la imagen de la sucesión y lo que habrá de corresponderle a cada deudo.

A veces el moribundo protege al que continuará vivo. No sólo le da consejos y mensajes de consuelo y de buenos deseos para su vida futura cuando él ya no esté vivo, sino que también se preocupa de que su muerte le resulte lo menos dolorosa posible. En este caso trabaja no sólo para sí en la aceptación de su muerte, sino para sus amados, fortaleciéndolos, ironizando a veces acerca de sus flaquezas, cortándole el paso a los movimientos melancólicos, haciendo gala de humor y de un sentido de realidad impactante, el cual cobra en el filo de la navaja entre vida y muerte una dimensión energética extraordinaria. Por ende, el más débil no es forzosamente el que está muriendo.

A medida que se acerca el final, y en opinión de los enfermos, parece ser que los problemas físicos van perdiendo relevancia en favor de los problemas psicosociales. Ya hemos comentado la importancia que para el enfermo tiene la situación de sus seres queridos y debemos, antes que nada, garantizar su presencia constante al lado del enfermo. El enfermo moribundo necesita saber que no lo hemos abandonado. Por eso exige nuestra presencia física y no sólo la moral. Según la experiencia de muchas enfermeras, es notable el hecho de que la mayoría de los pacientes mueren cuando están acompañados. Esto puede significar que el moribundo prefiere morirse en presencia de otro ser humano. Hay enfermos que temen irse a dormir porque temen morir solos. El calor humano vivifica al que se muere, mientras que la soledad acentúa el dolor de despedirse de la vida. Al acercarse su final decía D. Quijote:

"Y mirando a todos los del jardín tiernamente y con lágrimas, dijo que le ayudasen en aquel trance con sendos paternosters y sendas avemárias porque Dios deparase quien por ellos los dijese cuando en semejantes trances se viesen".

Debemos asegurarnos que, siempre que sea posible, estén alrededor de la cama las personas que ama el que está muriendo. Él necesita de sus seres queridos. También es verdad, lo hemos dicho, que cada uno se muere solo, que morir, como decía Montaigne, es un drama con un solo personaje, pero la compañía de aquellos a quienes amamos puede ser la mayor ayuda en ese momento.

Desde el punto de vista práctico, se pueden dar las siguientes orientaciones:

1. Redefinición de objetivos, que estarán obviamente dirigidos aún más si cabe a proporcionar un confort óptimo al paciente y a la familia.

2. Aumentar el número y/o duración de las visitas.
3. Intensificar los cuidados del enfermo: cuidados de la boca, cuidados de la piel, posición en semidecúbito lateral que disminuye la respiración estertorosa.
4. Incluso pocas horas antes de morir, es frecuente que algunos familiares todavía manifiesten su preocupación porque el enfermo no come, solicitando la administración de sueros. Reforzaremos el hecho de que la falta de ingesta es una consecuencia y no la causa de la situación y que con unos cuidados de la boca adecuados, no tendrá sensación de sed, por lo que las medidas más agresivas (sueros, sondas nasogástricas, etc.) son más perjudiciales que beneficiosas.
5. Instrucciones concretas (fármacos a administrar, aparición de complicaciones, como hemorragias, vómitos, agitación, coma, etc.). La aparición de estos problemas puede provocar fácilmente una crisis de claudicación emocional de la familia, que acabará con el enfermo agónico en un Servicio de Urgencias.
6. En esta fase es muy probable que el enfermo ya no sea capaz de tragar los medicamentos que tomaba hasta ahora para controlar los síntomas. En esta situación es muy frecuente tener que administrar la medicación por vía rectal o por vía subcutánea (inyecciones repetidas o dispositivos de infusión continua).
7. Aunque el enfermo esté obnubilado o en coma, puede tener percepciones por lo que seremos muy cautos con lo que hablemos delante de él. Si es preciso, salir de la habitación para hablar, pero procurar no cuchichear a su lado. Como quiera que el paciente puede tener todavía percepciones, nos interesaremos por su grado de bienestar (¿le duele algo?, ¿se encuentra bien?, ¿tiene alguna duda?) y recordar la importancia de la comunicación no verbal (caricias, darle la mano, etc.).
8. Algunos enfermos manifiestan haber visto a alguna persona o hablan con una persona que no está presente. Casi siempre se trata de una persona querida que murió hace tiempo: "Mi padre ha estado aquí". Este tipo de situaciones desconciertan sobremanera a la familia, que puede echar la culpa a los fármacos (e inducirnos a suprimirlos, aun siendo necesarios) o a que se está volviendo loco (lo que provoca un tremendo impacto emocional), etc. "¡Pero si su padre murió hace 10 años!". No discuta si es real o no. Diga sólo la verdad, pero no trate de persuadir a nadie de que lo que él o ella está viendo no es una cosa real. No dé una negativa tajante sobre la imposibilidad de que su padre haya estado en la habitación. Esto no hará más que desconcertar al moribundo, que tal vez intente dejar de comunicarse con usted. Otras veces dicen ver un ángel o a Jesucristo. Sin ser excesivamente frecuentes, estas manifestaciones de algunos enfermos tampoco son excepcionales, ocurren de vez en cuando. Aunque pueden suceder días, incluso semanas antes de morir, la mayoría de las veces son presagio de una muerte muy próxima. Debemos explicar a los familiares que esto sucede a veces y que no es culpa de la medicación, ni quiere decir que el enfermo se esté volviendo loco (casi siempre suelen estar serenos cuando sucede esto). Les explicaremos que ni ellos ni nosotros sabemos qué sucede al morirse y que debemos aceptar lo que nos cuenta el enfermo.

- (“De cuantos emprendieron la larga marcha, ni uno volvió para aclararnos el gran secreto”). En la historia y en la vida, hay fronteras que nadie puede franquear porque las ha trazado la muerte.
9. A veces, familiares y amigos molestan al paciente con muchas preguntas. Peor, todavía, cuando le dicen: “¿me reconoces?”. El enfermo, sacudido en su torpeza, siente más sus dolores y las preguntas le hacen entender que lo consideran en estado de inconciencia. El sufrimiento es más doloroso cuando no puede expresarse.
 10. Interesarse por las necesidades espirituales y religiosas del enfermo y su familia, poniéndoles en contacto con un sacerdote si lo requieren.
 11. Dar consejos prácticos para el momento en que llegue la muerte (papeles, funeraria, traslados, etc.) y no dejarlo precisamente para el doloroso momento en que ésta se produzca.

Acompañar y cuidar enfermos terminales es una tarea dura, a veces muy dura, porque nos coloca de frente a nuestra propia muerte. El trabajo cotidiano entre el dolor, el sufrimiento, la decrepitud y la muerte puede llegar a ser emocionalmente agotador. Y sin embargo puede llegar a ser extraordinariamente gratificante. Los enfermos nos dan la oportunidad, si estamos atentos, de aprender muchas y muy importantes cosas a su lado. Como dijera Evely “*Si alguna vez habéis cuidado enfermos, velado moribundos, tratado a minusválidos, visitado ancianos, habréis descubierto qué tesoros de humanidad hay en ellos. Todos esos seres a los que habíamos orillado en nuestro empeño por querer ser inmortales, son quienes pueden devolvernos el gusto, el sabor de amistad, de la ternura, de la compasión, de las alegrías sencillas dadas y recibidas*”.

No debe haber otra cosa más triste que morir solo o, como dijo Luis Cernuda, el temor de “*irnos solos a la sombra del tiempo*”. Final terrible es el de aquel que muere sin ser llorado, sin alguien que le despida y le deseé el descanso. La soledad de esa hora pesa sobre el que muere más allá de la vida. No ha tenido a quien encoméndarsela o en quien depositar su última mirada. Es el encuentro absolutamente a solas con la muerte. Algún estudio revela que el 6% de los enfermos mueren solos.

En algunas ocasiones, y gracias precisamente a los voluntarios, se conseguirá que el enfermo pueda estar en su casa. Ésta es, sin duda, una de las ocasiones en que los voluntarios van a dar una medida exacta de su importancia.

El “síndrome del hijo de Bilbao”

Se trata de los problemas, a veces importantes, que se crean pocos días u horas antes de morir un enfermo cuando hace su aparición un familiar -generalmente un hijo- que vive fuera de la ciudad. Con frecuencia este hijo hace tiempo que no venía por su casa y, desde luego, no ha visto a su familiar desde que éste cayó enfermo. Ha estado más o menos informado por teléfono a través de sus hermanos y ha dejado órdenes estrictas de que le avisen “cuando el padre esté realmente mal”, es decir agonizante. No puede acudir antes generalmente por problemas laborales o, más raramente, familiares.

En estos últimos momentos hace su aparición este familiar viendo problemas y denunciando deficiencias por todos los sitios: “Papá tenía que estar ingresado”. “¿No os da vergüenza tenerle en casa en estas condiciones?”. “¿Cómo es que por lo menos no se le ha puesto algún suero?”, etc. Ha habido un período de tiempo en el que los miembros del equipo han trabajado mucho con el resto de los familiares, les han ido retirando fantasmas y tabúes de la cabeza, les han enseñado a cuidar al familiar enfermo, les han dado apoyo y soporte, etc. Por eso es comprensible la actitud del familiar de fuera, que no ha hecho todo este recorrido. Habría que añadir, en algunas ocasiones por lo menos, un cierto sentimiento de culpa con respecto a sus hermanos que han estado todo este tiempo cuidando, por ejemplo, al padre.

Cuando esto sucede, se crea una situación muy frustrante para los profesionales, que tienen que hacer un derroche de esfuerzos muy importante con este familiar, en unas circunstancias en las que casi nunca hay ya tiempo para ello.

El momento de la muerte

La orientación básica de los profesionales que estén presentes en el momento de la muerte es la de dar apoyo moral a los familiares y resolverles los problemas concretos:

- En el momento de la muerte es muy frecuente una explosión emocional de la familia. En esos instantes, quizás nuestra única ayuda puede ser nuestra presencia confortante.
- Ante todo, evitar frases o comentarios impertinentes. Antaño existían “frases hechas” que existían precisamente para ayudar a salir del paso en situaciones muy comprometidas: “*Te acompaño en el sentimiento*”. Hoy parecen estar prohibidas o, por lo menos, mal visto su uso. Como consecuencia es muy frecuente la sensación de embarazo que no siempre se resuelve de forma aceptable. Decirle a una persona (viuda desde hace 5 min) que “hay más hombres”, “te quedan tus hijos”, etc. no deja de ser una impertinencia. Pero además de ser una impertinencia, decir frases de este tipo a una persona que ha perdido recientemente a un ser querido, tienen el mismo efecto calmante que explicar a un fóbico a los aviones las estadísticas de riesgo en los distintos tipos de transporte.
- Adoptar una actitud contenida, de escucha y afecto. Y casi siempre lo mejor es el silencio. Así escribía León Felipe:
¡Silencio!... ¡Silencio!
Ante la muerte
sólo vale el silencio.
- En todos los casos, respetar las manifestaciones de duelo de los familiares.
- Nos podemos ofrecer para realizar tareas, que por simples que pudieran parecer, la familia no estará en condiciones de llevar a cabo (telefonear a otros familiares y amigos, gestiones de funeraria, enterarse de costes, etc.).
- Si la muerte sucede en el hospital, apoyar a los demás enfermos y familiares relacionados o próximos.

Avances en el tratamiento del dolor crónico

Manuel Jiménez Rodríguez

Médico de Familia y Psicólogo, Unidad del Dolor de Badajoz, Coordinador Regional del Programa del Dolor de Extremadura, Badajoz, España

Objetivo general

Mejorar el abordaje del dolor, tanto en la evaluación de los diferentes tipos de dolor, como en los planes de tratamiento específicos para cada uno.

Objetivos específicos

- Evaluación del dolor, incorporando la misma como uno de los exponentes de la calidad del sistema sanitario.
- Registro, control y seguimiento del dolor, incorporándolos como otro de los exponentes de calidad del sistema.
- Diferenciar estrategias de actuación para el dolor agudo y para el dolor crónico.
- Incorporar como mejora en la calidad en el abordaje del dolor crónico la multidisciplinariedad necesaria para su correcto tratamiento.

Justificación

- El dolor es el síntoma más frecuente que presentan los pacientes que solicitan asistencia en el sistema sanitario.
- El dolor agudo y el dolor crónico son 2 entidades diferentes, tanto en su etiopatogenia como en su tratamiento, por lo que es adecuado trabajar con objetivos y estrategias diferenciadas en ambos.
- El dolor crónico requiere para su correcto abordaje de una adecuada multidisciplinariedad en la que participen todos los profesionales implicados.

Contenido

El taller se monta sobre un caso clínico que permitirá abordar, en el desarrollo del mismo, los siguientes contenidos:

1. Evaluación del dolor. Criterios de calidad en la evaluación del dolor agudo. Criterios de calidad en la evaluación del dolor crónico.
2. Multidisciplinariedad en el abordaje del dolor crónico. Profesionales y agentes implicados.
3. Abordaje farmacológico de los diferentes tipos de dolor.
4. Abordaje no farmacológico del dolor crónico. Ejercicio físico. Psicoterapia.
5. Relevancia de la enfermera en el manejo del dolor crónico. Experiencias de trabajo en grupo con pacientes con dolor crónico.
6. Dolor y sufrimiento: 2 realidades con 2 abordajes específicos.
7. Formación en el paciente con dolor. Docencia y asesoría a personal sanitario.

Avances en el tratamiento del dolor crónico

Feliciano Sánchez Domínguez

Médico, Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios, AECC-SACYL, Salamanca, España. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de Salamanca, Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN

Tratamiento del dolor oncológico

Siempre hay que valorar la posibilidad de realizar tratamiento etiológico. La quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y cirugía paliativa, competen al nivel especializado. La respuesta al tratamiento está condicionada por la tolerancia a la analgesia y la toxicidad de los opioides. El dolor oncológico puede ser tratado con éxito en atención primaria en la gran mayoría de casos, utilizando medidas farmacológicas y no farmacológicas. No obstante, de un 5 a un 15% de los pacientes tendrán una respuesta insuficiente y deberán ser remitidos a las unidades especializadas del dolor.

Medidas farmacológicas

Consiste en la administración de medicamentos según las recomendaciones de la escalera analgésica de la OMS. Se compone de 3 peldaños, secuenciales según la intensidad del dolor y la respuesta del paciente. Se utilizan analgésicos, coanalgésicos y/o coadyuvantes y fármacos que previenen y tratan los efectos secundarios de los opiáceos. Algunos autores proponen sustituir el concepto de "escalera analgésica" por el de "ascensor analgésico", utilizando los fármacos atendiendo al grado de dolor y a su etiología, empleando directamente opiáceos potentes si el dolor es severo o métodos invasivos si es insoportable.

Hay que elegir una vía de administración que logre el máximo efecto analgésico y reduzca al mínimo los efectos secundarios. Se utilizan las siguientes:

- *Vía oral*: es de elección y por ella se pueden administrar la mayoría de fármacos.
- *Vía subcutánea*: es simple y fácil para su empleo en el domicilio. El fármaco analgésico de elección por esta vía es la morfina. Los medicamentos que pueden ser utilizados son los siguientes:
 - En combinación con morfina: metoclopropamida, haloperidol, hioscina o escopolamina y midazolán, todos ellos pueden asociarse.

- Preferiblemente solos y ocasionalmente: dexametasona, diclofenaco, ketorolaco y levomepromacina.
- *Vía transdérmica*: el fármaco más utilizado por esta vía es el fentanilo. Es muy cómoda para el paciente. Recientemente se ha introducido la buprenorfina.
- *Vía transmucosa*: se utiliza el citrato de fentanilo, de reciente comercialización en nuestro país.
- *Vía sublingual*, la buprenorfina y el piroxicán pueden utilizarse por esta vía.
- *Vía rectal*: se puede administrar el diclofenaco y la morfina.
- *Otras vías*: intravenosa o intramuscular; esta última debe ser excepcional en el paciente terminal.

Es importante la administración pautada de analgésicos a intervalos regulares, anticipándose siempre a la aparición del dolor y combinar adecuadamente los fármacos, intentando conseguir analgesia aditiva, con mínimos efectos secundarios. En el dolor “fin de dosis” debemos ajustar la cantidad que estamos administrando, porque hay una infardosificación. En el dolor irruptivo se dará dosis de rescate. Siempre debe disponer el paciente de medicación para utilizar en caso de necesidad. Por ejemplo, cuando el paciente está tratado con morfina de liberación retardada dispondrá de comprimidos de liberación inmediata, y si es parche de fentanilo, si bien se utilizaba la morfina de liberación rápida, ya es posible emplear el citrato de fentanilo para rescate por vía transmucosa.

Fármacos del primer escalón: AINE

Son útiles en el dolor leve-moderado, sobre todo en el dolor somático. Son muy eficaces en el dolor óseo metastásico. Pueden producir efectos adversos importantes de tipo digestivo. Esta toxicidad puede ser menor con los nuevos inhibidores selectivos y preferenciales de la COX-2 (rofecoxib, celecoxib y meloxicam).

Los más utilizados son los siguientes:

- Paracetamol, analgésico sin acción antiinflamatoria y con buena tolerancia gastrointestinal.
- AAS, preferentemente en dosis analgésicas.
- Metamizol, analgésico con cierta acción espasmolítica y buena tolerancia gastrointestinal. Es empleado también en el dolor visceral.
- Otros AINE, como piroxicán, ibuprofeno o diclofenaco, con distinta acción analgésica y antiinflamatoria.

Fármacos del segundo escalón: opioides débiles

Pueden ser asociados a los AINE y a los coanalgésicos y/o coadyuvantes. La combinación de una dosis terapéutica óptima de un AINE con un opiáceo proporciona una eficaz analgesia aditiva. No se deben utilizar 2 fármacos opiáceos conjuntamente. Los más utilizados son los siguientes:

- Codeína: 30-60 mg cada 4/6 h. Provoca vómitos, estreñimiento, vértigo y somnolencia. Es muy recomendable su

asociación con paracetamol en el dolor leve-moderado. Es rara la depresión respiratoria y no produce tolerancia y farmacodependencia.

- Dihidrocodeína: 60 mg cada 12 h, con perfil similar al anterior, mayor potencia analgésica y cómoda administración. Puede provocar alucinaciones en ancianos y está contraindicada en pacientes con hiperreactividad bronquial.
- Tramadol: 50-100 mg cada 6 h (formulación retardada: 50-100-150-200 mg cada 12 h). Tiene mayor potencia analgésica que la codeína, poco riesgo de desarrollo de tolerancia y dependencia y además es factible su uso por vía subcutánea. Existe la presentación en gotas de 2,5 mg, que puede mezclarse con líquidos. Es posible realizar una analgesia controlada por el paciente manteniendo la pauta retardada cada 12 h y permitiendo el tratamiento con gotas en caso de dolor episódico. El mareo, las náuseas y los vómitos son sus efectos adversos más frecuentes.

Fármacos del tercer escalón: opioides potentes

Pueden ser también asociados a AINE y a coanalgésicos y/o coadyuvantes. Son útiles en el dolor moderado y severo. Los más usados y disponibles en atención primaria son:

- *Morfina*: las recomendaciones del consenso de la “Sociedad Europea de Cuidados Paliativos” para el uso de la morfina son las siguientes:
 1. La vía oral es la de elección.
 2. El ajuste de las dosis debe realizarse con comprimidos de liberación inmediata cada 4 h, con dosis doble nocturna.
 3. El tratamiento de continuación se realizará con comprimidos de liberación retardada, administrados cada 12 h, enteros y sin triturar. Existe también la presentación en cápsulas de microgránulos que además de poder ser ingeridas enteras pueden abrirse y su contenido ser mezclado con alimentos semisólidos, líquidos o ser introducido a través de sonda nasogástrica. Se aumentará la dosis en un 50% si la respuesta es insuficiente. En caso de necesidad se administrará una dosis de rescate que será de un 10 a un 15% de la dosis total diaria, pudiendo darse incluso a intervalos de 2 a 4 h. Esta medicación debe ser facilitada previamente.
 4. La vía alternativa de elección es la subcutánea, con dosis de un 50% de la oral. Útil sobre todo en la situación de agonía y en la intolerancia oral. Su administración será en bolus cada 4 h o en perfusión continua. La utilización de infusores subcutáneos permite su administración mezclada con fármacos como metoclopramida, haloperidol, hioscina o escopolamina o midazolán. La administración de morfina por vía rectal ha demostrado ser igual de efectiva que la vía oral. Esta presentación no está disponible comercialmente. La relación oral/rectal es 1/1.
- *Fentanilo transdérmico*: disponible en parches de 25, 50 y 100 µg.h-1. Es cómodo y fácil de aplicar. Está indicado

en el dolor crónico relativamente estable, en los tumores de cabeza y cuello y en los casos de intolerancia a la vía oral. Al iniciar el tratamiento, suele ser necesario emplear dosis de rescate de morfina de liberación rápida o subcutánea. Cuando el paciente ya estaba utilizando morfina, es necesario convertir las dosis. El parche se aplica cada 3 días. Ya está disponible en forma de citrato absorbible a través de mucosa oral (Actiq), habiéndose mostrado eficaz por esta vía en el tratamiento del dolor irruptivo. Existen en el mercado las presentaciones de 200, 400, 800, 1.200 y 1.600 µg en comprimidos para chupar con aplicador bucofaríngeo integrado. Antes de ser empleado, el paciente debe estar controlado con opiáceos de larga duración y no tener más de cuatro episodios de dolor irruptivo al día. La dosis inicial será de 200 µg ajustándose la dosis de manera individual hasta conseguir la analgesia adecuada. Los efectos adversos del fentanilo son menores y la calidad de vida de los pacientes que lo utilizan mayor que con otros opioides.

– *Buprenorfina transdérmica*: de reciente comercialización en nuestro país, aun con escasa experiencia de uso. Los parches son de 35, 52,5 y 70 µg.h-1 y se aplican cada 72 h. Su equivalencia es de 0,8, 1,2 y 1,6 mg/día en comprimidos sublinguales respectivamente. Como rescate se utilizaría la vía sublingual, comercializada en comprimidos de 0,2, 0,4, 2 y 8 mg.

Hay circunstancias en las que hay que cambiar a un opioide distinto al que se estaba utilizando. Puede ser por toxicidad o tolerancia excesiva. Es lo que se conoce como rotación de opioides. Para ello es preciso conocer las equivalencias analgésicas entre los disponibles.

Procederá la derivación del paciente a la *Unidad de Tratamiento del Dolor* de referencia cuando sea insuficiente la respuesta terapéutica o aparezcan signos de toxicidad. Los tratamientos utilizados en estas unidades dependerán de la expectativa de vida del paciente. Si es superior a 3 meses, administración espinal de opioides u otros tratamientos invasivos. En caso de una expectativa menor, son preferibles las vías de administración subcutánea, con bombas de infusión y analgesia controlada por el paciente (PCA). Este tipo de tratamiento puede ser hoy día realizado en el domicilio del paciente por profesionales de atención primaria entrenados en el manejo de estos dispositivos o en colaboración con Unidades de Cuidados Paliativos.

Los efectos secundarios más frecuentes de los opioides son el estreñimiento, las náuseas y/o vómitos, la sedación, y la boca seca. Hay que prevenir la aparición del estreñimiento desde el inicio del tratamiento, utilizando laxantes, preferiblemente mezcla de estimulantes y blandadores de heces: senosídos (12 a 72 mg/día), lactulosa (20 a 90 cc/día) y parafina líquida 15 a 45 mg/día). Los vómitos pueden ser tratados con metoclopramida (10-20 mg c/6-8 horas oral o subcutánea) o haloperidol (3-15 mg/día, vía oral o subcutánea).

Los fármacos coanalgésicos son medicamentos que se utilizan para el alivio del dolor, solos o asociados con analgésicos, pero no clasificados como tales. Son importantes en el dolor neuropático. Los fármacos coadyuvantes tratan síntomas que acompañan al dolor, como el insomnio, la ansiedad y la depresión.

Los más utilizados son los siguientes:

- *Antidepresivos*: el fármaco de elección es la amitriptilina, 25 mg cada 24 h de inicio, preferentemente en dosis nocturna. Las dosis se incrementarán progresivamente hasta un máximo de 150 mg/día. Se emplea en dolor neuropático disestésico y en el tratamiento de la depresión. El efecto analgésico ocurre en dosis más bajas que las antidepresivas. Entre sus efectos secundarios aparecen estreñimiento y boca seca. También retención de orina, visión borrosa y confusión. Otros antidepresivos como la maprotilina pueden ser también de utilidad. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son fármacos válidos en el tratamiento de la depresión asociada a la enfermedad cancerosa, sin embargo no hay todavía estudios concluyentes sobre su indicación en el tratamiento del dolor neuropático oncológico.
- *Anticonvulsivantes*: son eficaces en el dolor neuropático, preferiblemente paroxístico y lancinante. Los más empleados son la carbamacepina y la gabapentina. Sus efectos secundarios, aunque escasos, son la somnolencia, las náuseas y la sensación de inestabilidad. La gabapentina tiene la ventaja de no precisar monitorización periódica. En la terapia del dolor neuropático se emplea también el clonacepán, anticonvulsivante benzodiacepílico.
- *Corticoides*: son utilizados en dolor neuropático o mixto (metástasis vertebrales y radiculopatías, compresión medular). Puede usarse la dexametasona, la metilprednisolona o la prednisona, preferentemente a dosis bajas, excepto en la compresión medular.
- *Benzodiacepinas*: son utilizadas para el tratamiento de la ansiedad (diacepán) y el insomnio (diacepán, loracepán). También se emplean para eliminar los espasmos musculares (diacepán). Para la sedación es útil el midazolán. El diacepán se utiliza por vías oral y rectal, el loracepán por vías oral y sublingual y el midazolán por vía subcutánea. Sus efectos adversos son ataxia, disartria, dificultad para la coordinación y la excesiva sedación. La supresión brusca produce síndrome de abstinencia.
- *Neurolépticos*: tienen indicación en la agitación, vómitos y dolor neuropático. La levopromacina supone una alternativa a los antidepresivos en el dolor por tenesmo rectal, la clorpromacina es útil en el hipo persistente, y el haloperidol, es adyuvante en el síndrome de compresión gástrica por hepatomegalia o masas tumorales. Es también el neuroléptico de elección en los vómitos. Entre sus efectos indeseables figuran las alteraciones psíquicas, la hipotensión ortostática, el extrapiramidalismo y el síndrome hipertérmico maligno.
- *Bifosfonatos*: clodronato y pamidronato están indicados en el dolor refractario por metástasis óseas.

Control del dolor en el paciente agónico

La agonía es el estado que precede a la muerte en aquellas situaciones en las que la vida se extingue gradualmente. La morfina por vía oral es el opioide potente de elección en el tratamiento del dolor. Es muy útil la vía transdérmica. La vía alternativa es la subcutánea. La dosis inicial será la mi-

tad de la dosis total diaria por vía oral, y el intervalo de administración de 4 h. La forma más sencilla de empleo es la colocación en el tejido subcutáneo de una palomita para administrar la medicación en “bolus” o la colocación de un infusor. Un sistema “mariposa” n.º 25 puede durar implantado hasta 1 semana.

Los medicamentos coadyuvantes, y en general cualquier medicación innecesaria, deben suspenderse, excepc-

to en la cefalea por hipertensión intracranal (corticoides) y en el tratamiento del dolor óseo con AINE. En este caso se pueden utilizar las vías rectal (diclofenaco) o subcutánea (ketorolaco). Pueden utilizarse, si son necesarios, por vía subcutánea, la metoclopropamida, la hioscina o escopolamina, el midazolán y el tramadol. Ocasionalmente, la dexametasona, el diclofenaco y la levomepro-macina.

Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la EPOC

Seguimiento de la EPOC. Aplicación del cuestionario CAT

Antonio Hidalgo Requena

Médico de Atención Primaria, Centro de Salud de Lucena, Córdoba, España

El seguimiento del paciente con EPOC es una parte crucial en el manejo del paciente EPOC. Para ello se deben establecer programas coordinados entre atención primaria, especializada, otros centros y residencias para facilitar el manejo integral de la persona con EPOC. Es conveniente la utilización de protocolos consensuados en donde, además del médico, esté implicado el personal de enfermería, participando con los planes de cuidados, para conseguir que se cumplan los objetivos del tratamiento de la EPOC.

El seguimiento clínico del paciente con EPOC leve puede efectuarse correctamente en atención primaria, siendo recomendable consultar con el neumólogo para excluir otras patologías u optimizar el tratamiento o para indicar tratamientos más complejos en pacientes con EPOC grave. Se recomienda realizar al menos una valoración clínica y funcional anual a todos los pacientes con EPOC con objeto de evaluar la progresión de la enfermedad y valorar posibles cambios de tratamiento. Estos controles deberán ser más estrechos conforme la enfermedad vaya avanzando y aparezca mayor limitación por síntomas, más agudizaciones y deterioro de la función pulmonar.

El impacto de la EPOC en las vidas de los pacientes es importante, el 80% de los pacientes padece disnea de esfuerzo, en la mitad el aumento de sus síntomas es origen de despertares nocturnos y se fatigan al lavarse y vestirse y una tercera parte se ahoga al hablar o en reposo. Los pacientes necesitan ayuda y apoyo para darse cuenta y comprender todo el impacto que les causa su enfermedad. Precisamos de medidas sencillas y fiables para evaluar la EPOC, como el nuevo cuestionario, el *COPD Assessment Test* (CAT), actualmente en proceso de validación en nuestro país, breve y sencillo, para usar por médicos y pacientes, que da una medida global del impacto de la EPOC, que persigue ayudar en la toma de decisiones y facilitar el manejo óptimo del paciente con EPOC.

¿Es factible el diagnóstico precoz de la EPOC?

José Antonio Quintano Jiménez

Médico de Familia, Centro de Salud Lucena I, Córdoba, España. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente, siendo un problema de salud pública por su alta prevalencia, morbilidad y coste sociosanitario¹.

El último estudio de prevalencia en España (EPI-SCAN) ha permitido estimar la prevalencia de EPOC en distintas poblaciones españolas en un 10,2% para 40-80 años de edad², que no ha variado mucho del estudio IBERPOC de hace 10 años³. La solución de la elevada carga sociosanitaria que representa la EPOC parte por realizar el diagnóstico temprano de la enfermedad, que nos permita adentrarnos pronto, actuar y modificar su historia natural, comorbilidades y la mortalidad.

La EPOC continúa con el paso de los años siendo una enfermedad infradiagnosticada, actualmente sólo un 27% de la población adulta que la padece en España tiene realizado el diagnóstico². Las razones del infradiagnóstico se sustentan en 3 pilares fundamentalmente: la enfermedad, el paciente y el profesional sanitario. La EPOC es una enfermedad con un curso silente, que no se manifiesta hasta la quinta o sexta década de la vida con la aparición de los síntomas y hasta este momento los pacientes no consultan al médico de familia, es decir cuando la EPOC está ya avanzada⁴.

Existe un desconocimiento por parte de los pacientes y de la población sobre la enfermedad; encuestas realizadas en nuestro país demuestran que las personas no conocen el término EPOC y la consideran una enfermedad poco frecuente, no grave y curable⁵.

Existe una falta de concienciación por parte del profesional sanitario ante el problema, expresado por un bajo índice de sospecha de la enfermedad⁶, a pesar de que en la última década se han dado a conocer y divulgado normativas y consensos a nivel nacional e internacional sobre el manejo de la EPOC⁷⁻⁹. La espirometría es poco empleada por los

médicos de familia, se usaba poco la pasada década10 y continúa siendo infrautilizada en la actualidad; la mitad de los médicos de atención primaria (MAP), o no disponen de ella o no la utilizan^{11,12}.

Después de lo referido cabe preguntarse: ¿es factible el diagnóstico precoz de la EPOC? Pues sí. A pesar de ser una enfermedad silente el MAP conoce a sus pacientes, los fumadores, que consultan por otros motivos y ahí radica el primer paso ante el infradiagnóstico, sospechar la enfermedad, recordar que la EPOC puede estar presente. El primer paso ante el infradiagnóstico es sospechar la enfermedad ante todo paciente fumador mayor de 40 años que tenga factores de riesgo, como una historia de tabaquismo de más de 10 paquetes/año y que presenten síntomas compatibles con la enfermedad (tos, expectoración y disnea)¹³. Habitualmente el paciente con EPOC es o ha sido un fumador de una cantidad importante de tabaco, durante un tiempo prolongado y con inicio de síntomas sobre los 45-50 años¹⁴. De cualquier modo, los pacientes con EPOC leve pueden tener pocos síntomas o incluso ninguno, por lo que es necesario un alto grado de sospecha.

Ante la sospecha de EPOC la confirmación se basa en la práctica de la espirometría. El cribado de la EPOC mediante espirometría en todas las personas de riesgo sería, en muchas ocasiones, impracticable, por lo que hay herramientas para identificar un subgrupo de pacientes en los que este cribado mediante espirometría fuera más coste-efectivo. Hay cuestionarios que podemos utilizar que, pasados en la consulta del paciente, pueden orientar al cribado y diagnóstico de la EPOC^{15,16}.

Si hiciéramos un cribaje de la población fumadora mediante espirometría en las consultas de AP podríamos hacer un diagnóstico temprano de la enfermedad^{17,18}. Aunque estas campañas para la detección precoz mediante el uso de la espirometría en pacientes fumadores con síntomas respiratorios han dado un buen rendimiento, los programas de cribado masivo en la población en busca de pacientes con EPOC resultan caros y no siempre se obtienen los resultados deseados. La alternativa más coste-efectiva pasa por seleccionar la población de riesgo y emplear pruebas diagnósticas con alta sensibilidad y especificidad como la espirometría. La Estrategia Nacional EPOC recoge como objetivo la detección precoz dirigida a mayores de 40 años y con historia de tabaquismo de más de 10 paquetes/año y recomienda la realización de experiencias piloto para evaluar la eficiencia de los programas de detección precoz en fumadores sin síntomas respiratorios¹³.

La espirometría en la EPOC es imprescindible para el diagnóstico, permite cuantificar su gravedad, estimar el pronóstico y guiar en el seguimiento y durante las exacerbaciones¹⁹. Siendo un procedimiento en teoría fácil de hacer, en la práctica es difícil de realizar correctamente; sólo si se cumple de forma escrupulosa una serie de requisitos técnicos de calidad, será posible disponer de una espirometría válida que resulte útil en la práctica médica²⁰. El diagnóstico de EPOC se establece por una relación FEV₁/CVF menor a 0,7 tras prueba broncodilatadora, en un contexto clínico adecuado, en situación de estabilidad clínica⁹.

La utilización de la espirometría en los centros de salud es pobre. En un 40% de los centros de atención primaria no se realizan espirometrías y en más de un tercio de los cen-

etros donde se realizan, el personal de enfermería no ha recibido formación específica. Hay un escaso seguimiento de las normativas respecto a su calibración diaria, mantenimiento de los aparatos, controles de calidad^{12,21,22}. Con todo, la espirometría es una prueba diagnóstica al alcance de los MAP, llegando a alcanzar concordancias diagnósticas hasta en un 80% de los casos con diagnóstico en consultas de Neumología, tras la adecuada formación de los equipos de atención primaria^{23,24}.

La disponibilidad actual de espirómetros portátiles de pequeño tamaño está facilitando un uso más generalizado de los mismos en la medicina primaria, pero siempre debe realizarse con un adecuado entrenamiento del personal y con un seguimiento estricto de las recomendaciones de estandarización.

El medidor de flujo espiratorio máximo (PEF), al contrario que en el asma, no tiene utilidad en la EPOC. Sin embargo, en la actualidad existen en el mercado medidores electrónicos del PEF y a la vez del volumen espirado en el primer segundo (FEV₁), de pequeño tamaño (PIKO 1), con registro automático de los datos, con memoria, fáciles de usar y que tienen una buena reproducibilidad y concordancia con la espirometría, que pueden ser útiles en el seguimiento de los pacientes con EPOC²⁵, pero no hay estudios de su uso en el screening de pacientes con EPOC.

Hay evidencias que demuestran la utilidad del cociente FEV₁/FEV₆ -FEV₆ (volumen espirado forzado durante los 6 primeros segundos de la espirometría)- para el diagnóstico de la obstrucción de la vía aérea, dada su buena correlación con el FEV₁/FVC. La aparición de sencillos dispositivos que calculan el cociente FEV₁/FEV₆ (COPD-6) permite su uso en AP como alternativa de screening de pacientes de alto riesgo por su alto valor predictivo negativo como paso previo a la práctica de una espirometría, o en aquellos centros que no dispongan de espirometría²⁶, pero su lugar en el planteamiento diagnóstico aún no está claro²⁷. El empleo del FEV₆ es un método de cribado, por lo que la confirmación diagnóstica debe realizarse siempre mediante una espirometría forzada.

En el mercado existe un espirómetro el MultiFEV, como alternativa a la espirometría convencional, que utiliza como variables la capacidad vital lenta (CV), el FEV₁, y su cociente. Tiene la ventaja de su facilidad de uso y no necesitar de grandes esfuerzos por el paciente, por lo que puede tener utilidad en los pacientes más graves con más atrapamiento aéreo y así viene recogido en normativas internacionales sobre espirometría²⁸.

Como conclusión podemos decir que el infradiagnóstico de la EPOC es factible si el MAP tiene un alto índice de sospecha, hace uso de herramientas de cribado como el COPD-6 y de una forma clara apuesta por incluir la espirometría de calidad como prueba básica de la historia clínica del enfermo EPOC y solicitarla en la fase poco sintomática de la enfermedad.

Bibliografía

1. López AD, Murray CCJL. The global burden of disease, 1990-2020. Nature Med. 1999;4:1241-3.
2. Miravitles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of

- undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009;64:863-8.
3. Villasante Fernández-Montes C. IBERPOC: valoración de resultados. *Arch Bronconeumol*. 1999;35 Supl. 3:40-3.
 4. Miravittles M et al. Tratamiento de la Bronquitis crónica y la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 1999;35:173-8.
 5. Opinión pública y patología Respiratoria y Cirugía Torácica. Información de resultados por SEPAR. Demoscopia, Marzo 1999.
 6. Miravittles M, De la Roza C, Naberan K, Lambán M, Gobart E, Martín A, et al. Problemas con el diagnóstico de la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:3-8.
 7. Quintano JA. EPOC. SEMERGEN DoC. Documentos Clínicos SEMERGEN. Área aparato respiratorio. EPOC y Asma. Madrid: Edicomplet; 2009:7-32.
 8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD. Updated 2009. Disponible en: <http://www.goldcopd.org/>
 9. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. SEPAR-ALAT, 2009. www.separ.es. Último acceso: 16/11/07.
 10. Naberán Toña C. Encuesta de la actitud terapéutica y de control de los médicos generales de la ABS de Barcelona respecto a enfermedades obstructivas crónicas. *Aten Primaria* (Barc). 1994;13:112-5.
 11. Muñoz Cabrera L, Jurado Gámez B, Alcázar Lanagrán B, León Jiménez A, Márquez Pérez FL, Feu Collado N, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria. Estudio descriptivo en las comunidades de Extremadura y Andalucía. *Neumosur*. 2001;13:183-91.
 12. De Miguel J, Izquierdo JL, Molina J Rodríguez JM, De Lucas P, Gaspar G. Fiabilidad del diagnóstico de la EPOC en atención primaria y neumología en España. Factores predictivos. *Arch Bronconeumol*. 2003;39:203-8.
 13. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio Sanidad y Política Social. 2009 <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSNS.pdf>
 14. Barberà A, Peces-Barba G, Agustí AGN, Izquierdo JL, Monsó E, Montemayor T, et al. Normativa SEPAR: Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:297-316.
 15. Price DB, Tinkelman DG, Halbert RJ, et al. Symptom-based questionnaire for identifying COPD in smokers. *Respiration*. 2006;3:285-95.
 16. Van Schayck CP, Loozen JM, Wagena E, et al. Detecting patients at a high risk of developing chronic obstructive pulmonary disease in general practice: cross sectional case finding study. *Br Med J*. 2002;324:1370.
 17. Miravittles M, Fernández I, Guerrero T, Murio C. Desarrollo y resultados de un programa de cribado de la EPOC en atención primaria. El proyecto PADO. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:500-5.
 18. Clotet J, Gómez-Arbonés X, Ciria C, Albalad JM. La espirometría es un buen método para la detección y el seguimiento de la EPOC en fumadores de alto riesgo en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:155.
 19. Levy M, Quanjer PH, Booker R, Cooper BG, Holmes S, Small IR. Diagnostic spirometry in primary care. Proposed standards for general practice compliant with American Thoracic Society and European Respiratory Society recommendations. *Prim Care Resp J*. 2009;18:130-47.
 20. Álvarez Gutiérrez FJ, Barchilón Cohen V, Casas Maldonado F, Compán Bueno MV, Entrenas Costa LM, Fernández Guerra J, et al. Documento de Consenso sobre la espirometría en Andalucía SEMERGEN. 2009;35:457-68.
 21. Hueto J, Cebollero P, Pascal I, Cascante JA, Eguía M, Teruel F, Carpintero M. La espirometría en atención primaria en Navarra. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:326-31.
 22. Naberán K, De la Roza C, Lambán M, Gobart E, Martín A, Miravittles M. Utilización de la espirometría en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:638-44.
 23. Walker PP, Mitcheli P, Diamantéa F, Warburton CJ, Davies L. effect of primary-care spirometry on the diagnosis and management of COPD. *Eur Respir J*. 2006;28:945-92.
 24. Yawn B, Enright PL, Lemanske F, Israel E, Pace W, Wollan P, et al. Spirometry can be done in family physicians' offices and alters clinical decisions in management of asthma and COPD. *Chest*. 2007;132:1162-8.
 25. Viejo-Bañuelos JL, Pueyo-Bastida A, Fueyo-Rodríguez A. Characteristics of outpatients with COPD in daily practice: The E4 Spanish project. *Respir Med*. 2006;100:2137-43. Epub 2006 Jul 10.
 26. Vollmer WM, Gislason T, Burney P, Enright PL, Gulsvik A, Kocabas A, et al. Comparison of spirometry criteria for the diagnosis of COPD: results from the BOLD study. *Eur Respir J*. 2009;34:588-97.
 27. Levy M, Quanjer PH, Booker R, Cooper BG, Holmes S, Small IR. Diagnostic spirometry in primary care. Proposed standards for general practice compliant with American Thoracic Society and European Respiratory Society recommendations. *Prim Care Resp J*. 2009;18:130-47.
 28. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, et al. ATS-ERS taskforce: Standardisation of Lung Function Testing. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J*. 2005;26:319-38.

Documentos médico-legales

Antonio Hidalgo Carballal^a, Julia González Pernía^b y José Francisco Díaz Ruiz^c

^aMédico Forense Titular, Máster en Bioética y Bioderecho, Coordinador Nacional de la Sección de Medicina Legal del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN

^bJurista, Criminóloga, Colaboradora Externa del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN

^cMédico de Familia, Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN

La constatación material de la asistencia prestada al paciente resulta de trascendencia incuestionable en la adecuada y correcta peritación forense de no pocos casos en las distintas ramas del derecho.

Siendo el escrito el formato más frecuentemente utilizado en nuestro ámbito, a pesar de la cada vez también más habitual incorporación de las nuevas tecnologías a la sanidad, resulta imprescindible conocer las bases deontológicas

y legales del manejo de la *historia clínica, el informe de alta médica, el certificado y el parte judicial de lesiones*.

Abordaje que ha de incluir aspectos tan variados y comprometidos como los referentes a su emisor, el receptor final, el acceso o la custodia.

La norma básica, aunque no la única y exclusiva, recopilatoria de todas estas cuestiones no es otra que la propia Ley 41/2002, de 14 de noviembre, *Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica*, que matiza de manera meridianamente clara el derecho del paciente-usuario de los servicios sanitarios, tanto públicos como privados, a la información derivada de la atención recibida y a la consignación de la misma por escrito o en otro soporte, fundamentándose de esta manera el recíproco deber del médico en relación a su consignación.

Más cuestionable resulta la dilucidación de las mencionadas referencias al responsable de emitir el informe, el derecho a obtenerlo por el paciente y sus allegados, o su archivo y reserva al conocimiento ajeno, debiendo entonces

acudir a otros textos tanto legales como deontológicos aplicables a este tema.

Retomando nuestra afirmación inicial, ante el incremento de denuncias y demandas presentadas contra el colectivo médico, una vez más, queda del todo demostrado lo imprescindible de exponer, conocer y comprender las premisas que el facultativo ha de seguir en su comunicación documental con la Administración de Justicia.

La evacuación de estos documentos se considera como un verdadero acto médico en sí mismo (sometido a todas las premisas legales y deontológicas que lo regulan), siendo el facultativo el experto único en la valoración del estado clínico del paciente.

En definitiva, el buen funcionamiento de la comunidad requiere que los documentos en los cuales los médicos exponen sus observaciones asistenciales, reúnan unos criterios de calidad, no mínimos, sino máximos, es decir de excelencia, teniendo en cuenta las consecuencias que de los mismos pueden derivarse para el enfermo, para la sociedad, para la justicia... y para el propio autor... el médico.

Ética de la prescripción. Atención sanitaria, economía, administración e industria

Antonio Hidalgo Carballal^a, Julia González Pernía^b y José Francisco Díaz Ruiz^c

^aMédico Forense Titular, Máster en Bioética y Bioderecho, Coordinador Nacional de la Sección de Medicina Legal del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN

^bJurista, Criminóloga, Colaboradora Externa del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN

^cMédico de Familia, Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN

Siendo por todos conocido que la medicina está al servicio del hombre y la sociedad, olvidado por algunos sectores (tanto públicos como privados) encontramos la innegable realidad referente al derecho reconocido a todo paciente a recibir una atención médica de *calidad humana y científica*, siendo responsabilidad del propio facultativo prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional, con el compromiso de emplear los recursos de la ciencia de manera adecuada al caso, según el parte médico, los conocimientos científicos vigentes y las posibilidades a su alcance.

Este último aspecto incluye, evidentemente, la *libertad de prescripción facultativa* que se constituye en sí misma como una de las bases del correcto proceder profesional, en equilibrio con la optimización de recursos en cuanto a la mejor gestión de los disponibles.

Es aquí donde la cuestión del *uso racional del medicamento* adquiere especial importancia, habiendo sido objeto de regulación concreta en las siguientes normas:

- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 1338/2006, de 21 de noviembre, por el que se desarrollan determinados aspectos del artículo 93 de

la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en el marco del sistema de precios de referencia.

– Real Decreto-Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud.

A lo largo de los últimos años, en el seno de la comunidad y de las profesiones médica y farmacéutica, se ha debatido intensamente el urgente problema de reducir el gasto sanitario.

El constante incremento de la inversión en medicamentos sigue originando la necesidad de adoptar medidas tendentes a su control y junto a las restricciones presupuestarias en esta materia ha sido necesario impulsar su uso racional.

Con las medidas correctoras aplicadas podría conseguirse la tan deseada disminución del gasto, pero es aventurado predecir que sólo con ello se consiga hacer una buena utilización de este especial recurso sanitario.

Es por ello por lo que se estima del todo indicado concienciar al médico de su más que relevante papel en esta cuestión, con respeto y observancia de su innegable libertad de actuación profesional.

La mencionada *autonomía médica*, encuentra su sustento deontológico en el Artcl. 20 del *Código de Ética y Deontología Médica de 1999*: "...disponer de libertad de prescripción y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con *independencia* y garantía de *calidad*", sin olvidar la también ya referida responsabilidad la asistencia aparejada a este planteamiento en lo tocante a que en el caso de que no se cumplan esas condiciones se deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente, llamando la atención de la comunidad sobre las deficiencias que impidieren el correcto ejercicio de su profesión, bien fuere individualmente o por mediación de sus organizaciones.

Es la propia *Constitución de 1978* la norma legal en la cual se reconoce la *libertad de ejercicio de profesión* (Artículo 35.1: "Todos los españoles tienen el... derecho al trabajo... y a la libre elección de profesión u oficio").

El problema surge ante los condicionantes de la libertad decisoria del médico, dentro de la propia organización sanitaria en la que presta su servicio, así como en la industria farmacéutica, siendo la política de incentivos de uno y otro ámbito cuestión que requiere estudio ético y legal más por menorizado.

No se trata de que la Administración Sanitaria no controle e inspeccione la labor del médico a través de los organismos competentes, pero sí podemos afirmar que no resulta indicado que sea posible ordenar y dirigir la actuación facultativa mediante la valoración de la idoneidad de la prescripción, dado que esta cualidad para diagnosticar y fijar el tratamiento del enfermo constituye el aspecto básico y fundamental de su derecho a ejercer libremente su profesión.

Carece así de justificación científica la discriminación del paciente, en cuanto a la coartación de la libertad de prescripción por razones exclusivamente presupuestarias, debiendo la justificación ética de la actuación prevalecer sobre las mismas

La propia jurisprudencia del Tribunal Supremo (STS 29/05/2001 Sala de lo Contencioso Administrativo), afirma

que "no se puede imponer al médico una determinada forma de actuación o de ejercicio profesional, desde el momento en que usando de su ciencia y prudencia puede actuar como estime conveniente, incluso aunque no coincida en su solución con otro u otros facultativos".

En la misma línea doctrinal, la STS 8/02/2006 Sala de lo Civil estima que "el médico en su ejercicio profesional es libre para escoger la solución más beneficiosa para el bienestar del paciente, poniendo a su alcance los recursos que le parezcan más eficaces al caso que deba tratar, siempre y cuando sean generalmente aceptados por la ciencia médica o susceptibles de discusión científica, de acuerdo con los riesgos inherentes al acto médico que practica, que tiene como destinatario la vida, la integridad humana y la preservación de la salud. El médico es, por tanto, el encargado de señalar el tratamiento individualizado en función de la respuesta del paciente y de prescribir el uso o consumo de un medicamento y de su control, proporcionándole una adecuada información sobre su utilización".

En conclusión y como reflexión, sirva la cita tomada precisamente de los *Principios Generales (Artcl. 1) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias*: "Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión".

"El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena *autonomía técnica y científica*, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico".

Nuestro objetivo será colmado si logramos adquirir conocimientos y habilidades para gestionar mejor la prescripción.

Fiebre de presentación poco frecuente

José Luis Cañada Merino

Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de SEMERGEN

Definición de fiebre

La fiebre se define como la elevación de la temperatura por encima de la variación diaria normal, cuyo mecanismo consiste en un reajuste al alza del centro termorregulador, y se reserva para la temperatura mayor de 38º C; febrícula define la temperatura entre 37-38º C. La temperatura resulta del balance entre la producción y la pérdida de calor, controlado por el centro termorregulador situado en el hipotálamo anterior. El calor se genera a través de la producción endógena en los procesos metabólicos y cuando la temperatura ambiente supera a la corporal, y se pierde a través de

las superficies corporales (piel y pulmones). El mecanismo fisiopatológico fundamental de la fiebre es el reajuste hipotalámico de regulación de la temperatura a un nivel más elevado que el normal, debido a algún proceso patológico. El factor desencadenante del aumento de la temperatura podría ser la liberación de prostaglandinas, sobre todo las de clase E, por las células endoteliales de los microvasos cerebrales próximos al área hipotalámica termorreguladora. Este mecanismo es estimulado por 2 tipos de sustancias circulantes: pirógenos exógenos y endógenos.

Los pirógenos exógenos están constituidos por diversos agentes, como bacterias y sus endotoxinas, virus, hongos,

protozoos, reacciones inmunológicas, tumores, fármacos y otros. Además, pueden desencadenar la liberación de pirógenos endógenos por macrófagos y otras fuentes.

Los principales pirógenos endógenos son la interleucina 1, la caquectina o factor de necrosis tumoral y los interferones. Estos últimos producen la activación de los macrófagos y pueden incrementar la producción de interleucina 1 y el factor de necrosis tumoral.

La patogénesis de la fiebre tiene el mismo mecanismo fisiopatológico para procesos de muy diferentes etiologías, lo que la convierte en un signo totalmente inespecífico. Sólo es la expresión de la ruptura del equilibrio entre los sistemas termogénico y termolítico, y puede ser producida por enfermedades infecciosas y no infecciosas. Habitualmente, la fiebre es causada por patologías banales y suele ser de corta duración, resolviéndose con o sin tratamiento. Cuando el síndrome febril se prolonga más de 3 semanas sin llegar a un diagnóstico etiológico, se habla de fiebre de origen desconocido.

Fiebre tifoidea

Fiebre tifoidea (o entérica), una infección hematógena que afecta a múltiples órganos y se inicia con estreñimiento, hecho insólito para patógenos intestinales. *Salmonella typhi* invade células M en el intestino delgado, es transportada hasta los linfáticos y alcanza la sangre. Es fagocitada y prolifera en los macrófagos del hígado, bazo y otros órganos. La fiebre tifoidea se desarrolla cuando la salmonela es liberada de los macrófagos lisados y reintroducida en la sangre. Algunos pacientes se convierten en portadores y albergan la bacteria en sus tejidos sin experimentar síntomas, excretándola por las heces durante años. Las respuestas de Ac a los Ag O (lipopolisacáridos) pueden ser protectoras y limitar su diseminación a la sangre. Transmisión de persona a persona. Una fuente habitual es el agua contaminada por las heces, en especial durante desastres naturales como huracanes y terremotos (compromiso de la calidad del agua).

Diagnóstico:

- a) Muestra de heces o sangre sembrada en un medio sólido.
- b) Características bioquímicas.
- c) Ac de referencia frente a Ag O, H y Vi (polisacárido capsular).

Control:

- a) Medidas adecuadas de higiene (lavado de manos).
- b) Tratamiento de las aguas.
- c) Antibióticos para erradicar la causa y el estado de portador.
- d) Disponible vacuna oral de cepas vivas para los que viajan a áreas endémicas.

Fiebre Q

La fiebre Q es una enfermedad infecciosa aguda rara, causada por *Coxiella burnetii*, una bacteria del género *Rickettsia*, que produce neumonía (infección pulmonar) y hepatitis

(enfermedad inflamatoria del hígado) en la fase inicial y endocarditis si la enfermedad se cronifica.

Coxiella burnetii es un microorganismo intracelular estricto que habitualmente se desarrolla en los lisosomas (estructura celular que funciona como unidad digestiva elemental) de las células del huésped. Se diferencia de otras rickettsias por su filtrabilidad, gran estabilidad y resistencia a agentes físicos y químicos y transmitirse sin necesidad de vectores. Pueden alcanzar altas concentraciones en algunos tejidos animales.

La fiebre Q es una zoonosis (enfermedad que afecta particularmente a los animales y que puede ser trasmisible al hombre) de distribución mundial. El reservorio natural de la enfermedad incluye el ganado bovino, ovino y caprino; aves; otros mamíferos tanto domésticos como salvajes: gatos, perros, conejos, cerdos, caballos, camellos, búfalos de agua, ratas, ratones, y más de 40 especies de artrópodos. El hombre se contagia por lo general por diseminación aérea de las rickettsias tras la inhalación de aerosoles, en establecimientos donde se manejan animales, a través del polvo contaminado por tejidos placentarios, líquidos del parto y excretas de animales infectados, así como las salas de autopsia. Otras formas de contagio son por contacto directo con animales infectados, o a través de sus productos contaminados: lana, paja, fertilizantes y ropa sucia, leche cruda de vacas infectadas; transfusión de sangre o médula. No parece existir diseminación de persona a persona, pero sí está demostrada la infección fetal durante el embarazo.

La fiebre Q rara vez afecta a menores de 10 años y es más severa en mayores de 40 años. Se distinguen 2 formas clínicas, una forma aguda y una crónica:

a) Forma aguda: El período de incubación máximo es de 3-4 semanas, dura por lo general entre 3 y 6 días, en los primeros de ellos no suele haber afectación respiratoria, la principal característica de la fiebre Q aguda es su gran variabilidad clínica, en general se presenta como un cuadro febril de origen desconocido en forma de casos esporádicos o en brotes, pudiendo ser asintomático en ocasiones. Suele tener un comienzo repentino con síntomas inespecíficos similares a una gripe que por lo general se resuelve espontáneamente en unas 3 semanas, caracterizado por: sensación de escalofrío, dolor retro orbital, cefalea (dolores de cabeza), fiebre alta que es remitente y dura entre 9 y 14 días, frialdades, mialgias (dolores musculares), sensación de malestar general, debilidad, anorexia (disminución del apetito) y sudoración profusa; es característico el hecho de que no curse con exantema (erupción cutánea, de color rojizo) cutáneo como las otras infecciones por Rickettsia. Acabada esta primera fase "gripal" se sigue de un cuadro de neumonía, en alrededor de una tercera parte de los pacientes, acompañada de hepatitis, que se puede presentar sola o simultáneamente.

b) Forma crónica: aparece en pacientes que han estado infectados durante más de 6 meses y su característica principal es la afección del sistema cardiovascular, pudiendo producir endocarditis (inflamación de la membrana que tapiza el interior de las cavidades cardíacas, llamada endocardio) crónica que se asienta sobre válvulas anormales o prótesis valvulares, sobre todo en válvulas aórtica y

mitral, e insuficiencia (fracaso funcional) cardíaca en la mayoría de los casos. Menos frecuentemente aparecen infección de aneurismas (bolsa formada por la dilatación o rotura de las paredes de una arteria o vena), disfunción hepática, cirrosis (fibrosis, proliferación del tejido conectivo fibroso, hepática) y fibrosis intersticial pulmonar (formación de cicatrices y engrosamiento de los tejidos pulmonares). El diagnóstico de sospecha de la fiebre Q es clínico; debe sospecharse en fiebres de origen desconocido o en endocarditis con hemocultivos (siembra de un medio de cultivo con una pequeña cantidad de sangre) negativos, especialmente en personas que viven en el medio rural o tienen un estrecho contacto con animales. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante la serología, detectando anticuerpos específicos para *Coxiella burnetii* en sangre. Es importante realizar investigación de contactos y fuentes de infección: animales, consumo de leche cruda, etc.

La profilaxis (prevención) consiste en la pasteurización de la leche, control del polvo en las industrias ganaderas, incineración de placetas, pautas adecuadas de control y desinfección de los productos animales potencialmente infecciosos: secreciones, esputo, heces, orina, sangre y artículos contaminados de animales infectados, con hipoclorito de sodio al 0,05%, peróxido de hidrógeno al 5%, o solución de lisol al 1:100.

Existen vacunas específicas que se usan sólo en trabajadores en situación de riesgo.

El tratamiento de la neumonía por fiebre Q consiste en la administración de doxiciclina o eritromicina. En endocarditis crónica, es útil el uso combinado de tetraciclina y rifampicina durante meses, debiéndose controlar mediante evaluación serológica periódica.

La mortalidad de los casos agudos no tratados está entre el 1-2,5%.

Fiebre de Malta

La brucelosis es una infección zoonótica del SRE asociada a síntomas inespecíficos. Los microorganismos a partir de un animal infectado (p. ej., cerdo) infectan al ser humano a través de una herida, por vía conjuntival, inhalación o ingestión (lácteos no pasteurizados). *Brucella* produce invasión local, es opsonizada por anticuerpos y fagocitada por PMN. Los productos bacterianos que suprimen la destrucción oxidativa facilitan el crecimiento intracelular. La diseminación acontece por vía linfática y hemática y *Brucella* prolifera en los macrófagos del SRE de muchos órganos formando granulomas. El LPS es esencial para la virulencia. A las 2-4 semanas de la infección inicial: fiebre, sudoración y fatiga. Para eliminar la *Brucella* a través de los macrófagos activados se requiere una respuesta de linfocitos T Th1 e IC. TNF-alfa, gamma, IL-1 y 12 son importantes mediadores. Diferentes biotipos causan infección en cabras, ovejas, cerdos, etc., en función del área geográfica. El ser humano es un huésped accidental, típicamente como riesgo profesional (p. ej., matarifes). *Brucella abortus* y *Brucella melitensis* también pueden causar brucelosis.

Diagnóstico:

- a) Historia clínica de exposición.
- b) Muestras de sangre o biopsia para:
 - 1) Cultivo en agar de *Brucella* > 4 semanas para visualizar.
 - 2) Bacilos cortos gramnegativos, aeróbicos, catalasa+.
- c) Serología de suero: fase aguda y convalecencia.

Control:

- a) Reducción de la exposición a animales infectados.
- b) Sacrificio del rebaño infectado.
- c) Tetraciclina oral durante 6 semanas + estreptomicina IM.
- d) Vacuna de cepas vivas o atenuadas para individuos con riesgo profesional.

Tuberculosis extrapulmonar

La tuberculosis extrapulmonar supone el 10-20% del total de TB que padecen los enfermos inmunocompetentes, aunque esta frecuencia de presentación se incrementa notablemente en las personas portadoras de algún grado de inmunodeficiencia. Los enfermos con TB y sida severamente inmunodeprimidos pueden presentar localizaciones extrapulmonares hasta en un 60% de los casos. Si exceptuamos la afectación pleural, la localización más frecuente es la ganglionar, seguida de la urogenital y la osteoarticular, siendo el resto de localizaciones muy infrecuentes. En la práctica totalidad de los casos de TB extrapulmonar existe un foco primario en el pulmón, que puede ser visible o no en la radiografía de tórax. Se admite que desde este foco primario pulmonar se puede producir una diseminación, bien por contigüidad, bien por vía linfática o por vía hematogena, siendo esta última vía la causante de la mayoría de las TB extrapulmonares a excepción de la pleural y la linfática.

La casi totalidad de las TB extrapulmonares tienen baciloscopía negativa, por lo que su capacidad de contagio es, prácticamente, nula. La afectación pleural por la TB es relativamente frecuente y, dado que sus aspectos clínicos y radiológicos se exponen en otro capítulo de este monográfico y que su tratamiento es similar al de la TB pulmonar, este trabajo se va a centrar en el resto de formas extrapulmonares de la tuberculosis.

La TB extrapulmonar, en su conjunto, supone el 10-20% del total de TB que padecen los enfermos inmunocompetentes. Su presencia se incrementa en las personas portadoras de algún grado de inmunodeficiencia. Si exceptuamos la afectación pleural, la TB ganglionar es la forma más frecuente. La casi totalidad de las TB extrapulmonares tiene baciloscopía negativa. En un alto porcentaje de casos existe un foco primario en el pulmón. Salvo escasas excepciones, el tratamiento de la TB extrapulmonar es similar al indicado en la TB pulmonar.

Fiebre botonosa mediterránea

Las rickettsias pertenecientes al grupo de las fiebres manchadas muestran una distribución mundial. La mayoría se transmiten por garrapatas y están muy relacionadas serológicamente. La rickettsiosis más frecuente en nuestra área es la fiebre botonosa (FB), también llamada fiebre exantemática

mediterránea, cuyo agente causal es *R. conorii*. La enfermedad fue descrita por primera vez en Túnez en 1910, aunque hasta 1932 no se conoció el papel de *R. sanguineus* como vector. La distribución de la FB abarca el norte de África y el sureste de Europa, aunque se han descrito casos en el norte y centro de Europa y en Turquía. Un dato de interés epidemiológico reside en que los casos suelen concentrarse en primavera y verano, correspondiendo al período de máxima actividad del vector. Tradicionalmente, *R. conorii* se considera menos patógena que *R. rickettsii*, aunque recientemente se ha constatado que las formas severas de la fiebre botónica alcanzan a un 6% de los pacientes, con una tasa de mortalidad del 2,5%. En general, la aparición de los síntomas tiene lugar tras un período de 6 días de incubación. Los pacientes muestran fiebre alta, exantema y una escara en el punto de inoculación. En los casos severos se puede observar erupción petequial y problemas neurológicos, renales y cardíacos.

Fiebre recurrente

La fiebre recurrente está producida por *Borrelia recurrentis* y es transmitida por piojos y está asociada a cefalea intensa, mialgia, exantema y hemorragia cerebral (puede ser mortal), insuficiencia hepática y miocarditis. Al picar a un individuo infectado el piojo ingiere borrelias y, al picar a otro sano, la infección se transmite tras aplastamiento del piojo con el rascado. Las borrelias penetran en las membranas mucosas y en la piel alcanzando la sangre y multiplicándose (106 microorganismos/ml) antes de ser eliminadas. Pueden invadir órganos y causar septicemia y fiebre. El único huésped es el ser humano. El vector es el piojo (*Pediculus humanus*). Epidemias durante la guerra o condiciones de hacinamiento. Endémica en África oriental y central y los Andes.

Diagnóstico:

- a) Frotis de sangre para visualizar espiroquetas.
- b) La serología es de valor cuestionable porque no están disponibles marcadores antigenicos específicos.

Control:

- a) Eliminar las condiciones ambientales favorecedoras.
- b) Tetraciclina o eritromicina. La penicilina es eficaz, pero puede causar reacción de Jarish-Herxheimer (hipoten-

sión, fiebre y leucopenia) debida a la liberación de endotoxina a partir de las espiroquetas destruidas.

Enfermedad de Lyme

La enfermedad de Lyme es una infección de articulaciones, sistema nervioso y piel, desarrollada en 3 estadios, transmitida por garrapatas y producida por una espiroqueta llamada *Borrelia burgdorferi*. Las larvas infectadas de la garrapata se adquieren en áreas endémicas. La garrapata transmite la espiroqueta que prolifera en la piel en el lugar de la picadura. Estadio 1: eritema migratorio (EM) característico que alcanza hasta 15 cm de diámetro en 3-32 días. Invasión de las células y diseminación por medio de proteínas de la membrana externa y supresión de la respuesta inmune. Estadio 2: tras varios días, se desarrollan lesiones similares al EM inicial, junto con cefaleas, fiebre y fatiga intermitentes. Estadio 3: infección persistente con artritis dolorosa periódica (p. ej., rodillas). Los anticuerpos y complemento pueden lisar el microorganismo, que evita la destrucción intracelularmente o en nichos protegidos en piel, articulaciones o SN, incluso con inmunidad celular (IC). Garrapatas del género *Ixodes* portadoras de *B. burgdorferi* en climas cálidos del hemisferio norte. *B. burgdorferi* se reproduce en la garrapata y por vía transovárica la transmite a la descendencia. Reservorios: ratones y otros roedores. En Estados Unidos se está expandiendo (10.000 casos anuales).

Diagnóstico:

- a) Signos clínicos (EM) en áreas endémicas.
- b) Muestra de piel:
 - 1) Cultivo en caldo.
 - 2) Observación de espiroquetas.
- c) RCP de líquido sinovial o LCR.
- d) ELISA del suero según criterios CDC.

Control:

- a) Prevención exposición:
 - 1) Usar pantalón largo y jersey de manga larga.
 - 2) Inspección en busca de garrapatas tras excursiones a áreas endémicas (mayo a septiembre).
- b) Doxiciclina o amoxicilina.
- c) Vacuna recombinante para individuos de riesgo.

Gestión de la incapacidad temporal

La IT en la atención primaria: prestación sanitaria

Paula Alonso Jerez y Antonio Alemán Artiles

Inspectores Médicos, Servicio de Salud Laboral, Servicio Canario de la Salud, España

El peso económico y la relevancia social de la incapacidad temporal (IT) son de conocida importancia, más en el ac-

tual contexto económico que plantea reducción de prestaciones sociales. El inicio de las actuaciones para el reconocimiento de la IT se hace en atención primaria y es ésta la que, durante el proceso, dedica tiempo y recursos a su gestión. No debemos olvidar que esencialmente es una prestación sanitaria y así lo trataremos. Las inspecciones médicas de los servicios públicos de salud son las deben apoyar a los médicos en esta tarea como responsables últimas de su gestión. En los últimos años la legislación ha dado un giro importante en el control de esta prestación que el médico de atención primaria debe conocer y manejar. Durante el desarrollo del taller pretendemos tratar la gestión eficiente de

la incapacidad temporal desde la atención primaria abordando de manera práctica las situaciones que a diario se presentan en una consulta: las relaciones con los diferentes intervinientes en la IT (trabajador, mutuas, inspección,

INSS, etc.); gestión y control de las contingencias comunes; papel del médico de AP en las contingencias profesionales y en la incapacidad permanente; contenido y límites de la información clínica en la IT, etc.

Importancia de la investigación cualitativa en atención primaria

Vinita Mahtani Chugani

Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Servicio Canario de Salud, CIBER de Epidemiología y Salud Pública, España

La investigación cualitativa se origina en las ciencias sociales y humanidades. Incluye la colección, análisis e interpretación de datos que no se pueden reducir fácilmente a números. Se realiza en el contexto real/natural, mediante un proceso predominantemente inductivo. Incluye datos, sobre todo en forma de texto, obtenidos mediante una recogida sistemática, y organizada del diálogo y la observación. Principalmente estudia hechos, opiniones, percepciones e interpretaciones.

En ocasiones se tiende a definir la investigación cualitativa en relación a la investigación cuantitativa, creando una falsa visión de metodología antítesis de la cuantitativa, incluso definido a veces como la metodología “no cuantitativa”. Sin embargo, la distinción no debería ser de antítesis sino de diferenciación y complementariedad.

Los métodos cualitativos tienden, esencialmente, a averiguar lo que la gente hace, piensa y sabe y, es útil para responder al ¿qué? ¿cómo? y al ¿por qué? sobre los diferentes fenómenos que podemos encontrar en el ámbito de la salud y la enfermedad. Las aportaciones principales de la investigación cualitativa son el estudio del contexto, la posibilidad de incluir las “voz” de los actores implicados en el problema a estudio, la realización de la investigación en el mundo real, la generación de teorías y la detección de fenómenos.

Lo que debe quedar claro es aquello que no es investigación cualitativa y que con frecuencia se confunde: no es una investigación sobre la “calidad de vida”, o sobre la “calidad” de los programas; no es un conjunto de trozos de transcripciones de una entrevista; no es una anécdota o historia periodística; ni el análisis de respuestas a un cuestionario estructurado de preguntas abiertas.

Por tanto, cada método tiene su indicación en la investigación y dependiendo de lo que queramos saber debemos usar una u otra o, como está ocurriendo cada vez más, usar ambas para estudiar diferentes aspectos de un mismo problema.

En la actualidad, la producción científica y la aplicabilidad de los resultados de los estudios cualitativos en general, y en salud pública y atención primaria en particular, no dejan ninguna duda sobre su importancia en la investigación sanitaria. El reto se encuentra en situarlo en el lugar que le corresponde y en aprender a utilizar los criterios apropiados para su evaluación.

Importancia de la investigación cualitativa en atención primaria: luces y sombras de la investigación en atención primaria: la experiencia en diversidad cultural y salud del Centro de Salud de Guanarteme

Francisco Navarro Vázquez

Servicio Canario de la Salud, Gerencia de Atención Primaria, Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública/Área Técnica, Área de Salud de Gran Canaria, Gran Canaria, España

Enfoque

La identificación de una situación problemática e insatisfactoria dentro del equipo de atención primaria (EAP) del Centro de Salud de Guanarteme (Área de Salud de Gran Canaria) a la hora de abordar unos cuidados de calidad ante la rápida transformación demográfica, social y cultural de la población usuaria y demandante de prestaciones sociosanitarias de dicho centro, es el punto de partida para profundizar en el análisis de las características de la investigación en atención primaria que determina una creciente diversidad dentro de la misma.

Con la intención de transformar dicha situación generando resultados científicamente válidos y socialmente útiles en la búsqueda permanente de mejorar la calidad de los servicios y la práctica profesional, se establecieron diferentes intervenciones basadas en los principios de la investigación-acción: la experiencia del EAP de Guanarteme pretendía tratar de forma simultánea conocimientos y cambios sociales, de manera que se unan la teoría y la práctica.

De manera secuencial se establecieron estrategias de investigación cualitativa (*análisis de las percepciones de los profesionales del EAP sobre barreras y dificultades en la provisión de atención a población inmigrante*), investigación

cuantitativa (hábitos alimentarios en población inmigrante) y de participación ciudadana en diversidad cultural y salud.

A través de la experiencia del EAP de Guanarteme, nuestro objetivo es reflexionar sobre los logros y las ba-

rreras para la implantación y seguimiento de este tipo de proyectos de manera a abordar un debate necesario sobre el papel de la investigación en atención primaria.

Manejo de fármacos en el paciente terminal

Rosa Díez Cagigal

Médico de Familia, Equipo de Cuidados Paliativos, Hospital de Laredo, Cantabria, España

Los cuidados paliativos nos acercan al tema de la muerte, nos proporcionan la oportunidad de cuidar de forma activa y global al paciente terminal, controlando sus síntomas, acompañándolo en el proceso de morir, permaneciendo a su lado y al lado de su familia hasta el final.

Así, tratan de conseguir el mayor bienestar posible del enfermo y su familia, entendiéndolos como una unidad a tratar.

La SECPAL define a los cuidados paliativos como: "un tipo especial de cuidados, diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los enfermos y a sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal".

Son 3 los pilares en los que se apoyan los cuidados paliativos: el control de síntomas, la comunicación eficaz y el apoyo a la familia.

El desarrollo del presente seminario pretende hacer un repaso de los principales fármacos que utilizamos en medicina paliativa para el control de los síntomas más frecuentes.

Desarrollaremos el esquema siguiente:

- Fármacos para el control del dolor.
- Opioides de tercer escalón.
- Rotación de opioides.
- Coadyuvantes.
- Fármacos para el control de los síntomas respiratorios.
- Fármacos para el control de los síntomas neurológicos.
- Fármacos para el control de los síntomas digestivos.
- Fármacos por vía subcutánea.

Fármacos para el control del dolor

Algunos principios y consejos a la hora de tratar el dolor en las enfermedades avanzadas son:

- Identificar la causa del dolor.
- Pautar la medicación a horas fijas.
- Pautar rescates.
- Adiestrar al enfermo y a la familia en el manejo del dolor.
- Monitorización y revisión periódica.
- Registrar los fármacos en una hoja para dejar en el domicilio del paciente.

Opioides de tercer escalón:

- Morfina.

- Fentanilo.
- Buprenorfina.
- Oxicodona.
- Metadona.

No tienen techo terapéutico, salvo la buprenorfina, que es agonista parcial pero a las dosis que se manejan en cuidados paliativos para el control del dolor se comporta como un agonista puro.

Titulación es el cálculo de la dosis individualizada de fármaco que precisa cada paciente.

Dosis de rescate es la dosis extra que se precisa añadir al tratamiento habitual para mantener el dolor controlado ante una exacerbación del mismo. Se calcula como un 10% de la dosis total diaria.

Se deben prevenir los efectos secundarios como el estreñimiento y los vómitos.

Estar alerta a síntomas compatibles con neurotoxicidad inducida por opioides. Sospecharla ante deterioro cognitivo de inicio súbito, confusión, alucinaciones, temblores.

Son especialmente vulnerables los ancianos, los pacientes con insuficiencia renal, aquellos en los que se hace una rápida escalada de dosis y polimedidos, especialmente si asocian benzodiacepinas.

Morfina

Presentaciones:

- Comprimidos de liberación retardada administración oral cada 12 h.
- Comprimidos de liberación rápida administración oral cada 4 h.
- Ampollas para administración subcutánea.

Ajustar la dosis en insuficiencia renal o aumentar el intervalo de administración.

Fentanilo

Presentaciones:

- Fentanilo transdérmico, especialmente indicado en pacientes con dificultad para la deglución, episodios de oclusión/suboclusión intestinal, dolor controlado con dosis estables. Tarda 15-17 h en iniciar su efecto, por lo que

hay que mantener analgesia hasta pasadas esas horas. Se recomienda rotar las zonas de aplicación. La fiebre, el sol o el calor local aumentan su absorción. Hay pacientes que precisan un intervalo de dosis de 48 h por ser metabolizadores rápidos.

- Citrato de fentanilo oral transmucoso, indicado en dolor irruptivo. Su inicio de acción es en 5-10 min. Es un comprimido con aplicador que se chupa desplazándose por la mucosa de las mejillas. No se debe masticar. No debe utilizarse en caso de mucositis.
- Citrato de fentanilo sublingual.
- Citrato de fentanilo.

Oxicodona

Es 1,5-2 veces más potente que la morfina. Menor NIO. Presentaciones:

- Liberación retardada cada 12 h.
- Liberación rápida duración del efecto 4 h.

Buprenorfina

Agonista parcial. Presentación: buprenorfina transdérmica. El intervalo de administración es de 84 h, por lo que se recomienda cambiarlo 2 días fijos a la semana (p. ej., lunes mañana y jueves tarde).

Hidromorfona

Es 5 veces más potente que la morfina. Presentación: comprimidos de liberación retardada para administración cada 24 h.

Metadona

Requiere 3 días de ajuste y generalmente ingreso hospitalario.

Rotación de opioides

- Cambio de opioide o de vía de administración del mismo.
- Indicado en mal control del dolor neurotoxicidad, desarrollo de tolerancia.
- Se calcula la dosis total diaria del antiguo opioide y en función de las dosis equianalgésicas (tabla 1).

Tabla 1 Dosis equianalgésicas

Morfina oral	1/3 morfina sc
Morfina oral	1/2 morfina sc
Morfina oral 45-60 mg	Fentanilo parche de 25
Morfina oral 45-60 mg	Buprenorfina parche de 35
Morfina oral 40 mg	Oxicodona oral 20 mg

Coadyuvantes

Son los fármacos que, aunque tienen otra indicación, asociados conjuntamente con los analgésicos presentan efecto analgésico.

Indicaciones

1) Dolor neuropático:

- Dexametasona.
- Amitriptilina.
- Duloxetina.
- Carbamacepina.
- Gabapentina.
- Pregabalina.

2) Dolor visceral:

- Dexametasona.

3) Espasmos vesicales:

- Amitriptilina.
- Buscapina.

4) Tenesmo rectal:

- Clorpromacina.

5) Dolor por metástasis óseas:

- Bifosfonatos e.v. mensuales.

Fármacos para el control de los síntomas respiratorios

Disnea

- Responde a dosis bajas de morfina 2,5-5 mg.
- En pacientes que ya estaban tratados con morfina aumentar un 30-50%.
- En caso de linfangitis carcinomatosa corticoides.
- En caso de hipoxemia valorar oxigenoterapia.

Tos

- Dextrometorfano y opioides.

Hemoptisis

- Leve-moderada < 200 ml a las 24 h.
- Masiva > 200 ml a las 24 h (es una urgencia paliativa).

Tratar la tos

Antifibrinolíticos

- Ácido aminocaproico 5-10 mg/4-6 h vía oral o 16-24 mg/24 h e.v. Presentación en ampollas de 4 g/10 ml.
- Ácido tranexámico 1g/6-8 h vía oral Presentación de ampollas de 500 mg/5 ml y comprimidos de 500 mg.
- Radioterapia con fines hemostáticos.

Hipo

- Utilizar el fármaco más adecuado en función de la causa.

– Inhibidores centrales:

- Antagonistas dopaminérgicos:
 - Clorpromacina 10-25 mg/6-8 h.
 - Haloperidol 1,5-3 mg/24 h.
 - Metoclopramida 10 mg/6-8 h.
- Antagonistas GABA:
 - Baclofeno 5-20 mg/8 h.

Reducción de la distensión gástrica

- Metoclopramida.

Disminución de la hipertensión intracraneal

- Dexametasona.

Estertores

- N-metil bromuro de hioscina 20 mg/6-8 h.

Fármacos para el control de los síntomas neurológicos**Delirium**

- Su sospecha y abordaje precoz es la clave para su resolución.
- Aparece hasta en un 80% de los pacientes en las últimas semanas de vida.
- Si es posible, el tratamiento ha de ser etiológico.
- Descartar siempre retención urinaria e impactación fecal.
- De elección, haloperidol 1,5-2,5 mg/8 h por vía oral o subcutánea.
- Se deben administrar dosis de recate incluso hasta 3 dosis con intervalos de 15-20 min antes de considerar otro neuroléptico.
- Risperidona a dosis de 1-3 mg/24 h es una buena alternativa vía oral.
- Clorpromacina 15-75 mg/24 h repartido en 3 dosis.
- Levomepromacina 10-25 mg/24 h repartido en 2 dosis.
- Metilfenidato se utiliza para el tratamiento del delirio hipoactivo 15-30 mg/24 h repartidos en 2 dosis.
- En caso de que la agitación no responda a neurolépticos se utilizaran benzodiacepinas siendo de elección midazolam.
- Midazolam 2,5-5 mg subcutáneo cada 5-10 min cada control de agitación. Posteriormente esa dosis se repartirá en infusión subcutánea o en bolos cada 4 h.

Insomnio

- El insomnio de conciliación traduce ansiedad de fondo y puede responder a una benzodiacepina de vida intermedia-corta durante el día e hipnóticos no benzodiacepínicos tipo zolpidem o zopiclona.
- El insomnio de mantenimiento responde a lormetacepam 1-2 mg o loracepam 1 mg vía oral.
- El insomnio final o despertar precoz es un síntoma de depresión y puede responder a antidepresivos sedantes tipo amitriptilina 25-125 mg, trazodona 50-100 mg o mirtazapina 15-30 mg.

Depresión

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):
 - Sertralina 50-200 mg. Se puede administrar por la mañana o por la noche.
 - Fluvoxamina 50-300 mg. Administrar por la noche.
 - Paroxetina 10-40 mg. Administrar por la mañana.
 - Fluoxetina 10-40 mg. Administrar por la mañana.
 - Citalopram 20-40 mg.
- Antidepresivos duales:
 - Venlafaxina 37,5-150 mg.
 - Mirtazapina 15-45 mg. Administrar por la noche.

Ansiedad

- Las benzodiacepinas de elección en pacientes terminales son:
 - Lorazepam 0,5-1 mg/8 h por vía oral o por vía sublingual si se quiere mayor rapidez de acción.
 - Alprazolam 0,25-1 mg/8 h por vía oral
 - Midazolam 7,5 mg/24 h por vía oral. En dosis única es 2-3 veces más potente que diazepam.
- El bromazepam es una benzodiacepina de uso muy extendido, pero se desaconseja en pacientes terminales y ancianos por su toxicidad hepática.
- La insuficiencia respiratoria y el uso de opioides no contraindican el uso de benzodiacepinas.

Fármacos para el control de los síntomas digestivos**Cuidados de la boca****Boca seca**

- Hidratación de los labios.
- Medidas para estimular la producción de saliva, enjuagues con manzanilla y gotitas de limón, trocitos de piña natural, saliva artificial.

Boca con hongos

- Nistatina tópica limpiar bien la boca después de las comidas y administrar una dosis de 5-10 ml/6 h manteniendo en la boca y luego tragándolo de 7-14 días.
- Fluconazol oral en caso de no responder al tratamiento tópico.

Boca sangrante

- Enjuagues con ácido tranexámico.

Náuseas-vómitos

- Importancia de las medidas no farmacológicas.
- No forzar la ingesta.
- Valorar ajuste de dosis.
- Valorar cambio de vía oral a la subcutánea en caso de vómitos instaurados y continuos.
- Valorar asociación de fármacos antieméticos con diferente mecanismo de acción para que se potencien.
- En vómitos inducidos por estimulación vagal, metoclopramida 10-20 mg/6-8 h vía oral o subcutánea. Pautar dosis de rescate de 10 mg incluso cada hora.

- Estimulación área quimiorreceptora, haloperidol 1,5-3 mg en dosis única nocturna. Puede ser necesario 0,5-2 mg/8 h vía oral o subcutánea.
- Estimulación del centro del vómito dexametasona 4-8 mg/6 h vía oral o subcutánea.

Estreñimiento

- Imprescindible la prevención, instaurar fármacos laxantes profilácticos al mismo tiempo que se receta un opioide.
- De elección la vía oral.
- Laxantes osmóticos: lactulosa o lactitol 15-30 cc/24 h. En caso de heces duras aumentar la dosis.
- Laxantes estimulantes: senósido 15-30 mg/24 h en caso de que las heces sean blandas pero el paciente tenga dificultad para la defecación.
- En caso de que lleve 3 días sin hacer deposición laxante de acción local:
 - Supositorios de glicerina o supositorios de bisacodilo, pueden utilizarse en estomas.
 - Canuletas de citrato sódico.
 - Enemas de fosfato sódico.
- En caso de impactación fecal:
 - Si heces blandas, enema de limpieza.
 - Si heces duras, extracción manual y enema.

Caquexia-anorexia

De entrada hemos de aportar tranquilidad informando que en su situación el gasto energético es muy escaso y precisan muy poca cantidad de alimento y repartido en 4-5 comidas al día.

Tratamiento

- Metoclopramida 10 mg 20 min antes de las comidas, útil en caso de saciedad precoz.
- Dexametasona 4 mg vía oral. Por sus efectos secundarios no utilizar en períodos muy prolongados de tiempo.
- Acetato de megestrol 160-480 mg/día repartidos en 3 tomas.

Obstrucción intestinal

Si se decide tratamiento paliativo exclusivamente los objetivos son: el control de síntomas, permitir la ingesta, aunque sea mínima, de líquidos y evitar el uso de sonda nasogástrica y sueroterapia. Reducir el tiempo de ingreso hospitalario, favoreciendo el manejo de los síntomas en el domicilio. Las dosis e intervalos de administración varían en función de la intensidad y de la respuesta.

- Analgésicos: morfina subcutánea, fentanilo transcutáneo.
- Antieméticos: haloperidol, metoclopramida en caso de obstrucción funcional, y ondansetrón, pues el aumento de la presión digestiva favorece la liberación de serotonina.
- Antisecretores: anticolinérgicos butilbromuro de hioscina y octeótride.
- Corticoides: potencian la acción antiemética y reducen el edema intersticial.

Fármacos por vía subcutánea

Es la mejor alternativa cuando la vía oral no es posible. Indicada en:

- Vómitos incoercibles.
- Disfagia severa.
- Obstrucción intestinal.
- Agonía.
- Necesidad de hidratación.

Formas de administración:

- En bolos. Se administra la medicación en los intervalos de tiempo y las dosis pautadas. Ofrece como ventajas que la familia puede ser entrenada a manejarla y que en caso necesario se pueden poner dosis extras.
- En infusión continua (infusores). Los más usados son los desechables.

Los fármacos que pueden ser utilizados por vía subcutánea son: cloruro mórfito, oxicodona, metadona, tramadol, midazolam, hioscina, haloperidol, levomepromazina, metoclopramida, dexametasona, furosemida, ketorolaco, diclofenaco, ondansetrón y octeótride.

Manejo del enfermo con Parkinson en atención primaria y diagnóstico diferencial de los diversos trastornos del movimiento

M. Carmen Martínez Altarriba

Médico de Familia, Centro de Atención Primaria Horta, Barcelona, España

Trastornos del movimiento

- En los trastornos del movimiento, como en el resto de la mayor parte de patología neurológica, la anamnesis y la exploración son muy importantes porque nos diagnostican un 80%.

- En la anamnesis destacaremos preguntas como dificultades en las tareas rutinarias, en las faenas del hogar, etc., síntomas actuales, cuándo han comenzado, cómo han comenzado, localización e irradiación, evolución y progresión, factores agravantes, factores atenuantes, pérdida de fuerza, etc.

- En la exploración, se debe realizar una exploración neurológica completa (mental, lenguaje, pares craneales, reflejos, pruebas de coordinación, fuerza y sensibilidad), pero se debe realizar más amplia investigando temblor, dismetría, marcha, inestabilidad postural, hipertonia, bradicinesia, micrografía.
- Entre los trastornos del movimiento más frecuentes en AP hablaremos de temblor, corea, distonía, tics, mioclonías, balismo, acatisia, etc.
- Los tics se definen como movimientos carentes de propósito que pueden ser simples o complejos, que interrumpen de manera súbita la actividad motora normal. Frecuentemente existe una sensación de urgencia para ejecutar el tic.
- Características: precedidos por sensaciones o sentimientos premonitorios. Pueden suprimirse voluntariamente (en general, con gran esfuerzo mental). Diversos factores pueden exacerbarlos o disminuirlos. Pueden ser de varios tipos: motores, fónicos, etc. También se realiza la clasificación en primarios y secundarios. Entre todos hay que destacar por su importancia el síndrome Gilles de la Tourette, autosómico dominante, más frecuente en varones, relación entre los tics y las alteraciones del comportamiento
- La corea: movimiento involuntario hipercinético irregular, de duración breve, que cambia de una zona corporal a otra sin secuencia definida. Predominio distal, de baja amplitud e incorporado a los movimientos voluntarios.
- Las distonías: síndrome en el que existen contracciones musculares involuntarias sostenidas, que causan movimientos de torsión repetidos, o posturas anormales que pueden acompañarse de dolor.
- El temblor: movimiento involuntario que se observa con más frecuencia en medicina de familia. Movimiento rítmico y oscilatorio de una o varias partes del cuerpo. Puede ser de reposo, como el Parkinson, o de actitud, como el esencial, o cinético, como el cerebeloso.

Diagnóstico del Parkinson

- El comienzo es entre los 50 y 70 años. Es muy importante, si ocurre antes de los 50 años, un amplio y profundo diagnóstico diferencial.
- Son características sintomáticas del Parkinson: postura encorvada, rigidez, lentitud de movimientos, inexpresividad facial, temblor rítmico que remite con los movimientos voluntarios.
- Expresión facial ausente, voz monótona, lentitud general, disminución de la actividad motora, ausencia de los pequeños movimientos espontáneos de ajuste postural, marcha acelerada con pasos rápidos y torpes.
- Para el diagnóstico son necesarios 2 criterios fundamentales o 1 síntoma fundamental y 2 secundarios.
- Los síntomas fundamentales son: acinesia, temblor, rigidez, trastornos posturales, bloqueos motores, distonías, trastornos de la marcha, cinesias paradójicas.
- Síntomas secundarios son: hipomimia, disminución del parpadeo, disartria, disfagia, disfonía, trastornos vegetativos, sialorrea, seborrea, estreñimiento, trastornos esfinterianos, trastornos sexuales, hipotensión ortostática, dolores musculares y articulares, osteoporosis, conjuntivitis, demencia, alteraciones psíquicas.

- Se debe realizar diagnóstico diferencial con: depresión, temblor esencial, parálisis supranuclear progresiva, hidrocefalia, hipoparatiroidismo, lesiones vasculares, enfermedad de Segawa, hipocinesia de otras causas (hipotiroidismo, etc.), temblor psicógeno, demencia con cuerpos de Lewy, temblor ortostático primario.

Muy importante es el diagnóstico diferencial con:

- Parkinsonismo secundario.
- Postencefalítico.
- Metabólico.
- Vascular.
- Estructural.
- Tóxico.
- Inducido por fármacos.
- Síndromes Parkinson "plus".
- Parálisis supranuclear progresiva.
- Atrofia multisistémica.
- Degeneración córtico-basal.
- OPCA esporádica.
- Enfermedad por cuerpos de Lewy.
- Enfermedades hereditarias (Huntington, Machado-Joseph, Hallervorden-Spatz).

Tratamiento del Parkinson

Las premisas principales en el tratamiento del Parkinson son:

- Mantener al paciente funcionalmente independiente tanto tiempo como sea posible.
- Individualizar el tratamiento según la edad, estado mental, grado de alteración funcional, expectativas/condicionantes laborales/sociales, respuesta inicial al tratamiento.
- Mantener al paciente activo, móvil, apoyo psicosocial, tratar síntomas.
- Tratamiento no farmacológico.
- Los grupos de soporte ofrecen una ayuda importante, no sólo al paciente sino también a las familias.
- Es importante mantener un buen estado nutricional, recomendar una dieta rica en fibra, equilibrada y una adecuada hidratación, sin necesidad de restringir las proteínas salvo en pacientes con EP en estadio avanzado que precisen control de los efectos secundarios de la levodopa.
- Tratamiento farmacológico.
- Parkinson de nuevo diagnóstico.
- ¿Inicio del tratamiento con AD o con LD?
- En un seguimiento de 3 años, existe mayor riesgo de padecer discinesias en los pacientes tratados con l-dopa que en los tratados con AD.
- Perfil de efectos adversos y abandonos, similar con ambos fármacos.
- Mayor eficacia clínica de la LD.

Esquemas terapéuticos: inicio del tratamiento en la EP

- Si el paciente tiene menos de 75 años, no presenta patología psiquiátrica y su deterioro funcional es leve-moderado.

- Iniciar el tratamiento con un agonista dopamínérgico como primera opción.
- Si el paciente es mayor de 75 años o edad biológica avanzada, deterioro cognitivo leve, patología psiquiátrica, o paciente más joven pero con incapacidad funcional severa, iniciar L-dopa.

Esquema terapéutico: PK fluctuador leve-moderado

- Fraccionamiento dosis de levodopa.
- Añadir DA si no los lleva.
- Añadir ICOMT.
- Cambiar AD.
- Terapia triple.
- Apomorfina subcutánea.

Esquema terapéutico: PK con discinesias

- Reducción de l-dopa.
- Reducción l-dopa + incremento agonistas.
- Reducción agonistas.
- Eliminación ICOMT.
- Amantadina.
- Benzodiacepinas.

Esquema terapéutico: PK avanzado

- Derivación a un centro especializado.
- Apomorfina en bomba de perfusión s.c.
- Cirugía subtalámica.

Tratamiento quirúrgico

Cuanto más adecuada sea la selección del paciente, los resultados clínicos serán más evidentes. Esta selección debe ser lo más individualizada posible y, entre otros factores, se han de valorar la calidad de vida del paciente y la fase evolutiva de la EP.

Rehabilitación

En la PET se ha demostrado la evidencia de los beneficios que aporta la estimulación auditiva en la actividad motora

de los enfermos con Parkinson, se reduce la variabilidad de los movimientos al andar y en los dedos, asociado a la captación de glucosa en varias áreas.

Fisioterapia

- Mejora la marcha, el habla, la memoria e incluso aspectos psicológicos. Principalmente se mejora la función motora según recientes estudios.
- Importante el control del peso, tipo de comidas, el ritmo ayuda a caminar.

Pronóstico

La EP es una enfermedad lentamente progresiva con una supervivencia media de 10-15 años desde su diagnóstico, aunque con una amplia variabilidad en los diferentes estudios. Los pacientes que la padecen presentan un aumento de la mortalidad de 2 a 4 veces mayor que la población general (Prodigy Guidance, 2005; Clarke, 2005), lo cual está relacionado en gran parte con sus complicaciones más frecuentes.

Complicaciones

- Infecciones.
- Neumonía por aspiración.
- Úlceras por presión.
- Alteraciones nutricionales.
- Traumatismos y complicaciones de caídas.
- Incontinencia urinaria, fecal e impacto fecal.
- Complicaciones relacionadas con los diferentes trastornos.

Escala de Hoehn y Yahr

- Estadio 1: afectación unilateral.
- Estadio 2: afectación bilateral sin alteraciones posturales.
- Estadio 3: afectación bilateral con desequilibrio postural.
- Estadio 4: requiere ayuda.
- Estadio 5: totalmente incapacitado.

Nuevo código deontológico

Mariano Casado Blanco

Vocal de la Comisión Central de Deontología, OMC/Sección de Medicina Legal, Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN. Doctor en Medicina, Instituto de Medicina Legal de Badajoz, Badajoz, España

La medicina es una profesión que ha dispuesto desde siempre de unas normas éticas consustanciales a su ejercicio que, aunque con unos principios básicos totalmente vigentes, han tenido que irse desarrollando, adaptando y actualizando con el paso de los años.

El ejercicio de las profesiones exige dos requisitos imprescindibles: unos conocimientos expertos y una ética específica. En el caso de la profesión médica en España, esta normativa se plasma en el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial.

La deontología hace referencia a las reglas y normas que regulan el ejercicio de la profesión. En el caso de los médicos se refiere a la relación entre un médico con sus enfermos, con la sociedad y con sus colegas. Estas normas no se discuten, deben respetarse en el ejercicio, y la falta de acatamiento se sanciona, ya que estas normas constituyen la garantía básica para ejercer la profesión.

La ética va más allá de la deontología. Son aspectos estrictamente personales, difieren de profesional a profesional ya que admiten tantas visiones diferentes como personas diferentes existen. Pueden ser propuestas mediante códigos que se podrán aceptar o no (códigos de ética) pero no impuestas como normas o reglas.

La ética médica y la bioética, aunque con numerosas coincidencias, son 2 cosas distintas. La deontología médica fundamentalmente es una ética hecha por médicos y para los médicos, cuyos principios tienen carácter impositivo para la profesión médica. La bioética es una ética multidisciplinar, aplicada al ámbito de las ciencias de la salud, que pretende llegar a otras muchas profesiones, algunas relacionadas con la salud, pero también con otras que no lo están. La ética médica se centra especialmente en la relación médico-paciente y médico-médico. La bioética se centra en la investigación y en el progreso biomédico.

Las primeras formulaciones modernas de la deontología han sido el resultado de comprobar qué normas ayudaban más a resolver las complejas relaciones de los médicos con sus enfermos y entre ellos mismos, qué requisitos de conocimiento, competencia y rectitud deberían reunir los colegas. En nuestros días, la deontología presenta 3 dimensiones: individual, corporativa y pública.

El Código de Ética y Deontología Médica no trata sólo de los deberes del médico hacia los pacientes, sino también de las obligaciones que la corporación y cada uno de sus miembros tienen contraídas con la sociedad entera. El Código de Ética y Deontología Médica incrementa la función garantista del Estado sobre la calidad mínima de los servicios profesionales, pues los códigos establecen requisitos de competencia y calidad más exigentes que los mínimos impuestos por

la ley. Nunca una ley podrá imponer, ni siquiera sugerir, la práctica asidua de ciertos valores, virtudes, actitudes y deberes que son esenciales a la práctica médica y que, sin embargo, tienen su sitio natural en el código deontológico.

Los códigos requieren ser actualizados periódicamente, utilizando terminología moderna, para incorporar los aspectos éticos que surgen en debates públicos y profesionales.

Deben tenerse en cuenta los cambios en las condiciones de trabajo y en los requerimientos sociales, incluso aquellos que surjan por desarrollos políticos y sociales en las sociedades; las demandas sobre las utilidades, el mejoramiento continuo de la calidad y la transparencia; la globalización de la economía mundial y la liberalización de los mercados internacionales; el desarrollo técnico y la introducción de la tecnología de la información, como un elemento integral de la producción y los servicios. Todos estos aspectos repercuten en el contexto que rodea a la práctica de la medicina y, por tanto, influyen sobre las normas profesionales de conducta y sobre la ética de quienes la practican.

¿Cuáles son las carencias del vigente Código de Ética y Deontología Médica de 1999 teniendo en cuenta los cambios que se han producido en la medicina y en la sociedad desde entonces? El tema es importante debido al desfase que existe actualmente entre la normativa deontológica y las nuevas y desafiantes situaciones que se encuentran los médicos en su labor diaria.

Objetivos del seminario

1. Identificar aquellos conflictos actuales de índole médica, más habituales, con repercusión deontológica, y los no contemplados o insuficientemente tratados en el Código de Ética y Deontología Médica.
2. Identificar y analizar las actitudes de los colegiados ante la ética institucional.
3. Seleccionar los temas que hayan sido abordados por la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico.