

Ponencias

XVI Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad Aten Primaria
Ano 2011
Volume 18
Páx. 190-198

MESA REDONDA: MORTE DIGNA

MORTE COÑECIDA, MORTE ELIXIDA, MORTE EN PAZ

José Antonio Seoane | (jaseoane@udc.es)

Universidade da Coruña

I

Cómpre prepararse para morrer, tendo presente que a morte é certamente o final, pero non a finalidade da vida. É o seu termo, o seu extremo; mais non o seu obxectivo. A vida debe terse a si mesma como punto de mira, como propósito (Montaigne, Essais III, XII).

II

A morte, que non é tanto un feito natural ou biolóxico coma un fenómeno cultural, varía o seu significado no tempo e no espazo, de xeito que cada sociedade dispón de cadansúa noción ou nocións de morte.

Existen, polo tanto, moitas formas de declinar a morte digna. Porén, é posible identificarmos un ideal normativo común da dignidade no proceso da morte, que pode resumirse en tres trazos.

1. Morte coñecida. Un proceso do morrer no que a persoa reciba información sobre o seu estado de saúde e poda coñecer –ou rexeitar coñecer– o seu diagnóstico, prognóstico e posibilidades de tratamento, de xeito que lle permita tomar decisións acaídas sobre a súa vida. Un proceso do morrer no que poda compartir esa información cos seus familiares e achegados, se así o decide. Un proceso do morrer sen “conspiración de silencio” (aquela situación na que a información é compartida polos profesionais e familiares sen que o paciente participe nese proceso, malia acabar sabendo, de forma tácita, incompleta e ferinte, que algo lle ocorre).

2. Morte elixida. Un proceso do morrer acorde cos valores e as decisións persoais do paciente que reflecta a derradeira etapa da súa vida biográfica. Un proceso do morrer no que as actuacións asistenciais sexan autorizadas polo paciente mediante o seu consentimento informado ou previstas nun proceso de planificación anticipada da atención e tal vez expresadas nun documento de instrucións previas. Un proceso do morrer no que os profesionais exerciten a súa competencia técnica e ética, respecten as decisións e os valores do paciente e non conciban a vida –biolóxica– como deber.

3. Morte en paz. Un proceso do morrer sereno e apracible, no que os pro-

fesionais curen ata onde sexa posible e coiden sempre; onde existan atencións e coidados mesmo non sendo posible a curación; onde sexan tratados oportunamente a dor e o sufrimento, físicos e emocionais (coidados paliativos, sedación,...); onde profesionais e familiares podan acompañar ao paciente.

III

O proceso da morte e do morrer coñece a intervención humana (do paciente, da súa familia e achegados, dos profesionais asistenciais e tamén da sociedade) e esixe tomar decisións individuais (sobre a propia morte) e sociais ou colectivas (sobre as condicións e límites das decisións e accións no proceso do morrer).

Estas intervencións e decisións teñen límites, pois non se pode coñecer, elixir e facer todo no proceso da morte. Na nosa sociedade dúas actuacións rebordan o permitido: a eutanasia e o suicidio medicamente asistido. Así, a elección do paciente debe ter lugar dentro do marco do ordenamento xurídico: non existe liberdade plena para elixir sobre a propia vida, pois a súa autodeterminación actúa en relación coa integridade física e moral, e a actuación dos profesionais debe evitar o contraindicado, o delictivo, a mala praxe.

IV

No principal capítulo de saber vivir figura o saber morrer, lémbra-nos Montaigne. A miña resposta é procurarmos unha morte coñecida, unha morte elixida e unha morte en paz, isto é unha morte digna como etapa final do proceso vital e como cumio de cadansúa vida.

ACOMPANHAR EL SUFRIMIENTO

Dra . Arancha García Martínez

H.U. Lucus Augusti. Lugo

En una mesa de *Muerte digna* un capítulo esencial es el tema del *Sufrimiento*. No voy a hablar de Eutanasia, ni de Suicidio Asistido, conceptos que, por no formar parte de nuestro panorama legal, no tienen cabida actualmente en nuestra práctica diaria. Por otra parte, los debates sobre *Muerte digna* están demasiado focalizados en el tema de la eutanasia, como si no hubiera otra manera de morir dignamente. O como si en nuestro país no hubiera marco legal suficiente para poder morir dignamente. Tal vez podría mejorarse, para que más personas pudieran morir dignamente según sus valores. Pero ese es otro tema.

Voy a hablar de todo aquello que sí podemos hacer como profesionales de la

salud para procurar una *Muerte digna* a los pacientes.

CONCEPTO DE PERSONA: *CON-VIVIR Y CON-MORIR*

Tal y como afirmó E. Cassell, "el cuerpo experimenta nocicepción; la persona sufre". Por ello vamos a empezar conceptualizando la persona. El ser humano, cuando nace, es un ser in-forme, está por hacer. Tiene potencialidades genéticas, pero su personalidad y su biografía se va constituyendo en la relación con las personas que le rodean. Ya Aristóteles afirmaba que el hombre es un *zoon politikón* o ser social. Según Heidegger el ser humano es un ser que se comprende a sí mismo desde la perspectiva de lo que ha sido y de lo que quiere llegar a ser. En esta experiencia, el hombre se sabe finito, sabe que su vida tendrá fin, que la muerte llegará tarde o temprano.

Ese ser que se va haciendo siempre es *con-los-demás*, no es un ser aislado. Estamos vinculados unos a otros, nos pertenecemos, vivimos en una mutua apertura existencial. Podemos referirnos a nosotros mismos como un "yo" en interacción con los otros.

Si nuestra vida es el *con-vivir*, el vivir con los otros, comprenderemos fácilmente que cuando un ser querido muere, con-muere con nosotros o para alguien; y que cuando nosotros muramos, con-moriremos para alguien (A. Cortina, J.C. Siurana, J. Conill).

Ramón y Cajal comparaba la muerte de un ser querido con la pérdida de una parte de nosotros mismos: "Al llorar a un hijo muerto prematuramente, ¿no nos lloramos un poco a nosotros mismos? Diríase que el muerto adorado representa un brazo que se nos amputa o una víscera que se nos arranca". Julián Marías lo expresaba así: "Nos sentimos afectados, heridos, quizás mutilados; nuestro equilibrio se altera"... "hacíamos con ella -con esa persona-, acaso sin saberlo, una parcela de nuestra vida". Miguel Hernández en *Elegía a Ramón Sijé* dice: "en Orihuela, su pueblo y el mío, se me ha muerto como el rayo Ramón Sijé, con quien tanto quería". Y Unamuno, en *Niebla*, dice: "se han ido muriendo, se me han muerto los que me hacían y me soñaban mejor".

El *con-morir* es muy doloroso para la persona que queda viva. Y también para el que está muriendo, que se da cuenta de ello. Sufre el que está muriendo por sí mismo y por los que quedan, sufre el que queda por el que está muriendo y por sí mismo, que pierde una parte de sí.

Y aquí llegamos al concepto de sufrimiento.

SUFRIIMIENTO

E. Cassell lo ha definido como "El estado de malestar inducido por la amenaza de la pérdida de integridad o desintegración de la persona con independencia de su causa". Es un concepto más amplio que el de dolor físico o dolor espiritual, similar al concepto de C. Saunders, que introdujo la idea de "dolor total". Loeser y Melzack dicen: "respuesta negativa inducida tanto por el dolor como por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de objetos queridos, y otros estados psicológicos". Advierten de que no todo sufrimiento es causado por el dolor físico.

Chapman y Gavrin definen el sufrimiento como: "complejo estado afectivo, cognitivo y negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla". Estos autores definen el sufrimiento en términos de balance entre la amenaza o percepción de amenaza y los recursos para hacer frente a esa amenaza que ya se van agotando.

Sufrimiento ante la muerte, responsabilidad moral y cuidados paliativos

La experiencia de sufrimiento es consustancial al ser humano. Puesto que, según lo dicho anteriormente, el ser humano es un *ser-en-relación*, cualquier experiencia de pérdidas, abandonos, reales o percibidos, con escasos recursos para afrontarlos, van a ser experiencias de sufrimiento. Pese a que el hombre conoce su finitud las pérdidas a las que se enfrentará a lo largo de su vida supondrán una pérdida de una parte de sí, y enfrentarse a su propia muerte supone por un lado el sufrimiento por enfrentarse a lo desconocido pero también el sufrimiento por los otros, por lo que de sí pierden al perdemos a nosotros. Toda la enfermedad terminal, como proceso, está impregnada de sufrimiento, desde la incertidumbre ante el diagnóstico, las malas noticias que puedan suponer el diagnóstico, los tratamientos, el malestar físico, la dependencia, el malestar emocional y psíquico, etc.

Ante este panorama de sufrimiento al final de la vida, en la enfermedad terminal y en el proceso de morir, todos los profesionales implicados tenemos la responsabilidad moral, primero, de **aceptarlo** y después de **afrontarlo**. La historia de la medicina es una historia de lucha contra la enfermedad y la muerte y esto nos podría llevar a una lucha indefinida (que lleva a la "obstinación terapéutica") contra ellas. Se han conseguido muchas cosas. Pero siempre se llegará a un punto en el que hay que aceptar que la muerte llega y eso no significa que no haya nada más que hacer. Nada más alejado de esa postura nihilista. Se trata de redefinir objetivos. El objetivo ya no será luchar contra la enfermedad y la muerte sino, aceptando que es un hecho ineludible que ya ha llegado, conseguir que los pacientes mueran de la mejor manera posible y si es posible, conseguir una "muerte en paz".

MORIR EN PAZ

D. Callahan (N.E.J.M, 2000) propone dos objetivos fundamentales para la medicina del s. XXI: "El primero, que la ha caracterizado desde su nacimiento como ciencia y profesión, prevenir y curar enfermedades. El segundo, ayudar a los seres humanos a morir en paz. Así, con pioneros como C. Saunders, E. Kübler-Ross y E. Cassell, surgen los Cuidados Paliativos, como respuesta al sufrimiento que el proceso de morir puede engendrar.

La OMS ha definido los Cuidados Paliativos del siguiente modo: "Cuidado global y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. La percepción de control por parte del enfermo de los síntomas somáticos y aspectos psicológicos, sociales y espirituales que le preocupan adquiere en ellos una importancia primordial. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la máxima calidad de vida posible en los pacientes y sus familias, con un especial énfasis en proporcionar a cada enfermo los recursos que más pueden favorecer su acceso al proceso de una muerte en paz".

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en junio de 1999 en su recomendación 1418, insta a los Estados miembros del Consejo de Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en todos los aspectos.

¿Y qué es morir en paz? R. Bayés y cols. en un (Med. Clín, 2000) revisan la literatura existente hasta el momento y elaboraron un cuestionario de 11 ítems que fue administrado a profesionales sanitarios españoles; estos los priorizaron del siguiente modo:

1. Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar vínculos afectivos con mis personas queridas.
2. Pensar que mi vida ha tenido algún sentido.

3. Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar.
4. Pensar que mi muerte o mi desaparición no supondrán una carga insoportable (económica, afectiva o de otro tipo) para mis personas queridas.
5. Pensar que podré controlar hasta el final mis pensamientos y funciones fisiológicas.
6. Pensar que si no tengo una esperanza real de recuperación no se prolongará artificialmente mi vida en una unidad de cuidados intensivos.
7. No sentirme culpable (o sentirme perdonado) por conflictos personales del pasado.
8. Pensar que si la situación se me hace insoportable podré disponer de ayuda para morir con rapidez.
9. Pensar que mi proceso de morir, si me produce sufrimiento, será corto
10. Pensar que podré morir en mi casa.
11. Creer en otra vida después de la muerte.

En otros artículos de la literatura (ej. Singer et al) estos aspectos o similares aparecen priorizados de diferente manera, probablemente por diferencias socioculturales en parte, pero debemos tener en cuenta que cada persona que contestó el cuestionario lo hizo según sus valores, que varían de una persona a otra. De ahí la importancia de individualizar el proceso de morir, de considerar los valores de cada persona en función del principio de autonomía, porque lo que para unos es buena muerte para otros no lo es tanto y lo importante es ayudar a cada uno según sus valores.

En los ítems anteriores observamos que los dos primeros se refieren a aspectos emocionales y espirituales siendo el tercero referido a aspectos de dolor y síntomas físicos. Al revisar todos estos aspectos como profesionales podemos pensar en lo difícil que pueden resultar aspectos como el 1, 2, 4, 7; otros, como el 3, nos parecen más sencillos.

Y es que ¿podemos controlar todo el sufrimiento?

SUFRIMIENTO EVITABLE Y SUFRIMIENTO INEVITABLE

Quizás la palabra control no es la más adecuada. El control supone omnipotencia por parte del profesional, dirección, que priva al paciente de su propio protagonismo. El concepto control de síntomas de que hablamos muchas veces en cuidados paliativos deberíamos sustituirlo por otro término que incluya el concepto de percepción por parte del paciente por un lado, y la intención por parte del profesional de conseguir la máxima calidad de vida por otro.

Tras esta consideración acerca del control y volviendo a los aspectos priorizados anteriormente observamos que algunos de ellos pueden ser fácilmente **evitables**: podemos intentar controlar el dolor, la disnea, el estreñimiento, la ansiedad; podemos complacer al enfermo en que muera en el lugar que desea morir, ya sea su casa o el hospital; podemos, si se encuentra en un momento que consideramos irreversible, ayudarlo para que el proceso de morir sea rápido, procurando el menor sufrimiento posible; podemos "limitar el esfuerzo terapéutico" cuando no vemos una esperanza real de recuperación. Pero siempre nos encontraremos con aspectos de sufrimiento **inevitables**: la culpa, el sentido, las creencias de una vida después de la muerte, el miedo a lo desconocido, incluso la carga que puede suponer su desaparición para sus

seres queridos. En estos aspectos del sufrimiento, en los aspectos espirituales, que el profesional encuentra como inevitables, es donde nos sentimos más pequeños, más incapaces, más angustiados incluso porque también nos pone en situación de aceptar y afrontar nuestra propia muerte. ¿Qué podemos hacer aquí? ¿Caer en el abandono? ¿Huir? ¿Dejar que otro haga nuestro trabajo? ¿Diferenciar muy bien lo que es físico o somático de lo que no lo es? Volviendo a las palabras de E. Cassell, "el cuerpo experimenta dolor, la persona sufre". ¿Dónde ponemos los límites si es que hay que ponerlos?

ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL

La OMS en 1990 afirma que lo espiritual se refiere a "aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales".

El grupo de espiritualidad de la SECPAL propone, en función de la literatura, las siguientes necesidades espirituales:

- Necesidad de ser reconocido como persona
- Necesidad de volver a leer su vida
- Necesidad de encontrar sentido a la existencia y el devenir
- Necesidad de liberarse de la culpa, de perdonarse
- Necesidad de reconciliación, de sentirse perdonado
- Necesidad de establecer su vida más allá de sí mismo
- Necesidad de continuidad, de un más allá
- Necesidad de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas
- Necesidad de expresar sentimientos y vivencias religiosos
- Necesidad de amar y ser amado

¿Y qué entendemos por Acompañamiento espiritual? Es la práctica de reconocer, acoger y dar espacio al diálogo interior de aquel que sufre, para que él mismo pueda dar voz a sus preguntas y dar vida a sus respuestas. El modelo de acompañamiento propuesto por la SECPAL desarrollado por H. Nowen es el modelo del "Sanador Herido": tanto en acompañante como el acompañado están en condiciones de simetría desde la perspectiva espiritual. El acompañante sabe de sus capacidades y recursos, pero también de sus heridas y por eso no las proyecta en el otro sino que le sirve para reconocer su propia fragilidad, lo que le va a hacer mucho más tolerante con la que presenta el otro. Además, cree profundamente en los recursos del otro sin negar por ello sus dificultades. Se trata de basar la relación desde lo común de la condición humana, no desde el dominio. El proceso intenta conectar con las necesidades y con las posibilidades de satisfacción.

Los ingredientes esenciales en el acompañamiento espiritual van a ser:

- Vínculo basado en la confianza
- Presencia y atención activas
- Escucha activa/counselling
- Compasión, grado más alto de empatía: acogemos y entendemos el problema del otro, y además nos sentimos espontáneamente movidos a ayudarlo.
- Importancia de la historia personal de cada sujeto
- Sostener el miedo

RESUMEN

- La persona se constituye en la relación con los otros por lo que igual que nos constituimos conviviendo al final de la vida con-morimos

- La enfermedad terminal y el final de la vida es una fuente importante de sufrimiento
- Como profesionales de la salud tenemos el imperativo moral de ayudar a morir en paz, de ayudar a conseguir una muerte digna. Este es el objetivo principal de los cuidados paliativos.
- Ante el sufrimiento evitable tenemos el imperativo moral de deber de conocimiento de la ciencia y la técnica y deber de saber ponerlo en práctica.
- Ante el sufrimiento inevitable, que tiene probablemente mucho que ver con las necesidades espirituales, tenemos el deber de buscar modelos de acompañamiento. No caer nunca en el abandono.

Todo esto es muerte digna; nada más y nada menos.

BIBLIOGRAFÍA

- Barbero J. Sufrimiento, cuidados paliativos y responsabilidad moral. En: *Ética en Cuidados Paliativos*. A. Couceiro (ed.). Ed. Triacastela, Madrid, 2004.
- Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arranz P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Med. Clin. (Barc)* 2000; 115: 579-82.
- Bayés R. *Psicología del sufrimiento y la muerte*. Barcelona, Martínez Roca, 2001.
- Bayés R. Morir en paz: evaluación de los factores implicados. *Med. Clin. (Barc)* 2004; 122: 539-41.
- Benito E, Barbero J, Payás A. El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos: una introducción y una propuesta. Arán, Madrid 2008.
- Cortina A. Morir en paz. En: *Ética en Cuidados Paliativos*. A. Couceiro (ed.). Ed. Triacastela Madrid, 2004.
- Siurana JC, Conill J. Con-vivir y con-morir. En: *Ética en Cuidados Paliativos*. A. Couceiro (ed.). Ed. Triacastela, Madrid, 2004.

SIMPOSIO: SUPERANDO BARRERAS NO CONTROL DE RISCO CARDIOVASCULAR

¿PODEMOS REDUCIR O RISCO CARDIOVASCULAR NO DOENTE CON ERC?

Dra. Pilar Mazón Ramos

C.H.U. de Santiago

Desde hace tiempo sabemos que los pacientes con enfermedad renal crónica presentan un riesgo cardiovascular elevado. El análisis de Alan Go y colaboradores, publicado en 2004, en más de 1.000.000 de pacientes demostró una asociación independiente y gradual entre la reducción de la tasa del filtrado glomerular y el riesgo de muerte, hospitalización y eventos cardiovasculares, corroborando resultados previos de otros registros. El pronóstico empeora a medida que avanza la insuficiencia renal hasta la situación terminal en que se requiere diálisis, existiendo datos tan preocupantes como que el riesgo de mortalidad de causa cardiovascular en un individuo >75 años en diálisis es 5 veces superior a la población general, y entre 25 y 35 años el riesgo se multiplica por 375 comparado con las personas sanas de la misma edad. La esperanza de vida al comienzo de la diálisis es igual, si no peor, que la de muchos tipos de cáncer en el momento del diagnóstico.

Aunque existe amplia evidencia de la reducción de riesgo cardiovascular en relación al tratamiento hipolipemiente, fundamentalmente con estatinas, hasta la fecha había escasos datos en pacientes con enfermedad renal crónica. Se realizaron algunos estudios con estatinas en pacientes en diálisis, se analizaron datos de subgrupos de grandes ensayos de prevención cardiovascular primaria

y secundaria y también se diseñaron estudios para evaluar el efecto de las estatinas en la evolución de la insuficiencia renal.

En los ensayos diseñados específicamente en pacientes en diálisis, a pesar del efecto en la reducción de los niveles de LDL-colesterol, no hubo disminución significativa de los eventos cardiovasculares; pero se evaluaban también complicaciones no relacionadas con la mejoría del perfil lipídico, como insuficiencia cardíaca o muerte súbita. Al analizar subgrupos de pacientes con afectación de la función renal en algunos grandes estudios de prevención cardiovascular, sí se observó reducción de eventos, como en TNT y Jupiter, entre otros, aunque no se incluían casos de insuficiencia renal severa. En cuanto al deterioro de la función renal los hallazgos han sido menos consistentes; pero por ejemplo si se demostró nefroprotección en el estudio TNT con altas dosis de atorvastatina.

En base a los datos previos, el estudio SHARP se diseñó para valorar si el tratamiento hipolipemiente con la combinación de Ezetimibe + Simvastatina en pacientes con diversos grados de insuficiencia renal se acompañaba de una reducción proporcional del riesgo de eventos isquémicos, es decir, aquéllos que se relacionan directamente con el descenso de las cifras de LDL-colesterol. Se incluyeron 9270 pacientes (3023 en diálisis), que fueron aleatorizados a Ezetimibe (10 mg) + Simvastatina (20 mg) o placebo. Durante el 1º año hubo un tercer grupo que solo recibió Simvastatina, y después se randomizó a uno de los otros dos grupos; con esto se demostró la seguridad y la eficacia de la combinación comparada con la estatina en monoterapia tras el análisis realizado al finalizar un año. Tras una mediana de seguimiento de 4.9 años, se demostró una reducción de riesgo relativo de 17% en el objetivo primario: muerte coronaria, Infarto de miocardio, Ictus no-hemorrágico, o revascularización, proporcional al descenso medio del nivel de LDL-colesterol de 32 mg/dl; en la FIGURA se refleja la posición que tendría el estudio SHARP respecto a la mayoría de los ensayos con estatinas, según lo publicado por Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. El tratamiento fue muy bien tolerado sin diferencias significativas en la aparición de eventos adversos musculares, hepáticos ni biliopancreáticos. Tampoco hubo mayor incidencia de cáncer en el grupo que recibió Ezetimibe + Simvastatina, despejándose así las dudas que habían surgido tiempo atrás.

El estudio SHARP es el primer gran ensayo clínico que demuestra que la reducción de LDL-colesterol, en este caso con la combinación Ezetimibe + Simvastatina, se acompaña de una reducción significativa de eventos cardiovasculares ateroscleróticos en pacientes con enfermedad renal crónica.

En las recientemente publicadas Guías para el tratamiento de la dislipemia de la Sociedad Europea de Cardiología y de la Sociedad Europea de Aterosclerosis (ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias) se incorpora un apartado específico sobre el tratamiento de la dislipemia en estos pacientes. Por su elevado riesgo cardiovascular, se reconoce a la insuficiencia renal crónica como un equivalente de enfermedad coronaria, por lo que los objetivos lipídicos han de ser los mismos. En la TABLA se reproducen las recomendaciones de las guías.

Es muy importante tener en cuenta el elevado riesgo cardiovascular de los pacientes con enfermedad renal crónica, aunque no tengan otros factores de riesgo ni hayan presentado eventos clínicos. Las clásicas escalas de riesgo no lo contemplaban pero ahora ha quedado claramente establecido, así como la indicación de reducir el nivel de LDL-colesterol en la misma medida que se

recomienda en prevención secundaria cardiovascular.

CTT: Efectos sobre los eventos isquémicos

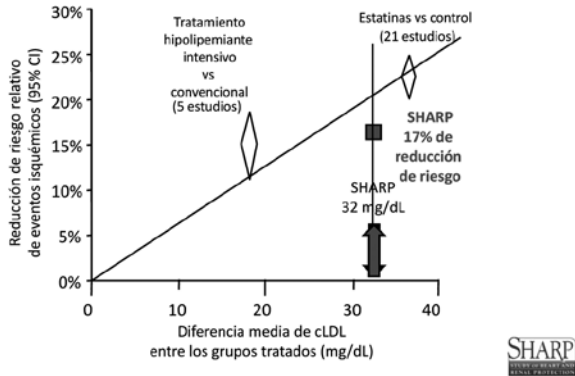


FIGURA 1

CTT: Efectos sobre los eventos isquémicos

TABLA 3

TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN IRC 2-4 (FGE 15-89 ml/min/1.73 m2)		
Recomendaciones	Clase recomendación	Nivel evidencia
La IRC se considera equivalente de enfermedad coronaria, el objetivo primario del tratamiento es la reducción de LDL-colesterol	I	A
La reducción de LDL-col disminuye el riesgo cardiovascular y debe tenerse en cuenta	Ila	B
Las estatinas pueden considerarse para retardar modestamente la pérdida de función renal y proteger frente a la enfermedad terminal que requiera diálisis	Ila	C
Como las estatinas tienen efecto beneficioso en la proteinuria patológica (> 300 mg/día) pueden considerarse en pacientes con IRC 2-4	Ila	B
En IRC moderada a severa las estatinas en monoterapia o en combinación con otras drogas deben considerarse para LDL-Col < 70 mg/dl	Ila	C

IRC: insuficiencia renal crónica

BIBLIOGRAFÍA

- Go A, Chertow G, Fan D, McCulloch Ch, Hsu Ch. Chronic Kidney Disease and the Risks of Death, Cardiovascular Events, and Hospitalization . N Engl J Med 2004;351:1296-305.
- Baigent C, Landray MJ, Reith C, Emberson J, Wheeler DC, Tomson C et al; SHARP Investigators. The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (Study of Heart and Renal Protection): a randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2011; 377: 2181-92.
- Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhalra N, Peto R, Barnes EH, Keech A, Simes J, Collins R. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. Lancet. 2010 ;376:1670-81.
- Reiner Z, Catapano A, De Backer G, Graham I, Taskinen M, Wiklund O et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J 2011; 32, 1769–1818.

SIMPOSIO: ACTUALIZACIONES NA DOR NEUROPÁTICA PARA A ATENCIÓN PRIMARIA

DIAGNÓSTICO Y GUÍAS CLÍNICAS DE DOLOR NEUROPÁTICO

Luz Cánovas Martínez

Servicio de Anestesia, Reanimación y Dolor. CHUO.

1. DEFINICIÓN: La primera definición de dolor neuropático es publicada por la IASP en 1994, como aquel dolor secundario a una lesión primaria o disfunción del SN. Esta definición ha sido actualizada recientemente, por el Grupo de Interés del Dolor Neuropático de la IASP, y así el dolor neuropático queda definido como aquel que se produce como consecuencia de una Lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial (NeuPSIG). Esta definición incluye el término enfermedad y no disfunción, y también lesión, que engloba lesiones tanto primarias como secundarias.

Esta nueva definición va unida a una Escala de Gradación, en cuanto al diagnóstico. Los criterios diagnósticos son los siguientes:

1. Dolor anatómicamente concordante con la lesión.
2. Lesión en tiempo y espacio del sistema sómato-sensorial.
3. Comprobación del 1 con test clínico o exploración neurológica.
4. Comprobación del 2, con alguna prueba diagnóstica (RM, TAC, Biopsia, Electrofisiología).

Quando se cumplen los criterios 1 y 2, estamos ante un diagnóstico Posible de dolor neuropático.

Quando se cumplen el 1 y 2, y uno de los otros (3 ó 4), estaremos ante un diagnóstico Probable de dolor neuropático.

Quando se cumplen los 4 criterios diagnósticos, estamos ante un diagnóstico Definitivo de dolor neuropático.

FIGURA 1

DN4

2. **DIAGNÓSTICO:** Los test diagnósticos más utilizados son: la escala de LANSS, DN4 y Pain-Detect. El DN4 es una escala simple, de rápida y fácil aplicación que nos permite diagnosticar un cuadro de dolor con componente neuropático, si el resultado de la puntuación es $\geq 3/10$ (fig. 1), valora alodinia, hiperalgesia e hipoestesia, síntomas típicos de dolor neuropático.

3. GUÍAS CLÍNICAS

Recomendaciones para la prescripción de fármacos de primera línea en el Dolor Neuropático

TABLA 1

TIPO DE FÁRMACOS
Aminas secundarias ADT
Amitriptilina, nortriptilina, desipramina ^a (usar una amina terciaria, si la secundaria no está disponible).
ISRNS
Duloxetina, Venlafaxina.
Ligandos de la proteína $\alpha 2\text{-}\delta$ de los canales de Calcio
Gabapentina ^a , Pregabalina ^a .

^aEn pacientes ancianos, comienzo con dosis bajas y titulaciones lentas.

Nivel de recomendación A (IASP Neurophatic Pain Special Interest Group// NPI).

TABLA 1

TIPO DE FÁRMACOS
Lidocaína tópica
Parches de lidocaína 5%
Agonistas opiáceos ^b
Morfina, oxycodona, oxycodona-naloxona, metadona, hidromorfona, fentanilo transdérmico, fentanilo transmucosa oral, fentanilo nasal, Tapentadol.
Tramadol ^a

^aPrimera línea por su doble mecanismo de acción.

^bPrimera línea en determinadas circunstancias.

Nivel de recomendación A (IASP Neurophatic Pain Special Interest Group// NPI).

BIBLIOGRAFÍA

- Dworkin R et al. Recommendations for the Pharmacological Management of Neuropathic Pain: An Overview and Literature Update. Mayo clinic proceedings 2010; 85; S3-S14.
- Sherwyn Schwartz, et al. Safety and Efficacy of Tapentadol ER in Patients with Painful Diabetic Peripheral Neuropathy: Results of a Randomized-Withdrawal, Placebo-Controlled Trial. CMRO 2011; 27: 151-162.

ABORDAJE DEL DOLOR NEUROPÁTICO DESDE LA PERSPECTIVA DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Francisco Pardo-Sobrino López

FEA Unidad de Dolor

Jefe de Servicio de Anestesiología-Reanimación y Terapéutica del Dolor

Hospital Universitario Lucus-Augusti. Lugo.

1. INTRODUCCIÓN: DEFINICIÓN DOLOR NEUROPÁTICO (DN). INCIDENCIA. ETIOLOGÍAS.

El dolor neuropático (DN) fue definido en 1994 por el comité de taxonomía

de la I.A.S.P. (International Association for Study of Pain) como el "dolor iniciado o causado por una lesión o disfunción primaria del sistema nervioso: central o periférico"². Esta definición ha sido modificada en el año 2005 por un Grupo de Interés Especial en el Dolor Neuropático (NeuPSIG) definiéndolo como "dolor causado como consecuencia directa de una lesión o condición que afecta al sistema somatosensorial"⁶. Ambas definiciones no precisan una etiología específica, permitiendo que una gran variedad de procesos nosológicos puedan ser considerados o englobados bajo el término de dolor neuropático. Este pequeño gran universo, no restringido a una o unas pocas etiologías nosológicas, hace que el DN sea una incógnita desde un punto de vista epidemiológico, pues no se conoce a ciencia cierta su prevalencia real en la población en general. El estudio "Pain in Europe" realizado en 15 países de la CEE (incluido España), y con la participación de Israel, desarrollado entre los años 2002-2003 nos ofrece cierta información al respecto¹. Según los datos de este estudio, España tiene una prevalencia de dolor crónico de un 11%, la más baja de la CEE, pero que en términos de población supone aproximadamente unos 4,5 millones de personas. De ellas, en la encuesta, un 24% de los afectados empleó descriptores de DN, lo que representaría aproximadamente un millón de personas, equivaliendo a una prevalencia de 1,5-2 % de la población en general, cifra similar a la obtenida en otros países de nuestro entorno: Francia, Reino Unido. También reveló la encuesta que el dolor es el motivo de consulta más frecuente en Atención Primaria y que sólo una cuarta parte de "TODOS" estos pacientes son remitidos a unidades de dolor¹.

Un estudio más específico sobre DN conocido por Estudio REC (Registro Etiológico y de Costes del Dolor Neuropático 2004, Rodríguez y cols⁵). desarrollado en las unidades de dolor de España nos ofrece una perspectiva inestimable de los principales etiologías de este tipo de dolor en nuestro país: Radiculopatías 43,8%, Neuralgias 21,8%, Neuropatías 10,5 %, Síndromes de Atrapamiento Nervioso 7%, SDRC (síndrome de dolor regional complejo) 5%, dolor central 4%. Dentro de las radiculopatías la zona lumbosacra con un 35% es la más frecuente, seguida de la cervical con un 8,6%. Entre las neuralgias destaca la N. Postherpética con un 11,3% de todas ellas; seguida por la N. del Trigémino con un 6,9%. De las neuropatías, la más frecuente es la polineuropatía diabética que supuso un 4,5 % del "total" de dolor neuropático⁵. Llama la atención, sin embargo, la muy baja o nula participación de procesos neoplásicos en este estudio, lo que puede ser debido a que la inmensa mayoría de los pacientes oncológicos son tratados de su dolor por los oncólogos y en contadas ocasiones remitidos a las unidades de dolor. Otro aspecto que evidenció el estudio REC era la "preponderante" administración de fármacos analgésicos convencionales tipo AINEs (48%) seguidos de opioides (38%) como tratamiento inicial de los pacientes con DN remitidos a las Unidades de Dolor por el especialista correspondiente.

2. DIAGNÓSTICO DEL DN: PAPEL ESENCIAL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Hoy sabemos que la generalidad de los dolores no son ni puramente nociceptivos/neuropáticos, sino que en la inmensa mayoría de los casos exhiben un componente mixto, y por ello el reconocimiento de los síntomas de DN referidos por el paciente y la búsqueda de los signos exploratorios que lo corroboren debe de ser una norma a la hora de enfrentarse con los pacientes que tienen dolor. Sin duda una buena Anamnesis y una mínima Exploración Física, esencialmente neurológica, permitirán el diagnóstico correcto de DN en más del 95% de los pacientes afectados, no siendo necesarias complejas o costosas pruebas de laboratorio o técnicas complementarias, salvo para el diagnóstico etiológico en un reducido número de afectados.

La Anamnesis es, sin duda, la parte más importante de la valoración del paciente con DN^{2,7}. El hecho de que el DN sea un síntoma neurológico y no una enfermedad per se, la difícil descripción del dolor por parte del enfermo,

el que la exploración física pueda ser normal, subjetiva o discordante con sus quejas, determinan que en muchas ocasiones la mejor prueba complementaria sea una nueva historia clínica⁷. La anamnesis persigue cuatro objetivos fundamentales:

1. Establecer una adecuada relación médico-paciente-familia.
2. Obtener un diagnóstico preciso del dolor y sus características: etiología, evolución cronológica, localización y distribución, intensidad, duración y periodicidad, factores desencadenantes y aliviadores.
3. Conocer y explorar los factores psicológicos y ambientales que coexisten y contribuyen a la prolongación y amplificación del dolor.
4. Conocer tratamientos previos e identificar las causas probables de fracasos del mismo (diagnósticos incorrectos, errores de posología, efectos secundarios, etc...) y proponer unos objetivos realistas de curación⁷. Es importante que la entrevista permita que el paciente exprese con libertad sus experiencias dolorosas, así aflorarán los síntomas negativos o deficitarios (anestesia, hipoalgesia, parálisis, parestia, ...) o los síntomas positivos o irritativos (hiperalgesia, alodinia, fasciculaciones, mioclonías, parestias, disestesias, ...). En aquellos casos donde el enfermo presente una dificultad a la expresión de las mismas deberemos sugerirle aquellas vivencias más habituales de los pacientes aquejados de DN: "quemadura", "helador", "corriente", "descarga eléctrica", "pincha", "corta", "sensación de hormigas", "sin sentido", "muy sensible"... y que nos diga con cual/cuales se siente más identificado. Los términos utilizados por el paciente de modo espontáneo o inducido permiten en muchas ocasiones no sólo diferenciar el DN de otro tipo de dolor sino que incluso, se ha sugerido por diversos autores, que podrían reflejar los mecanismos subyacentes del dolor y una vez identificados éstos planificar el tratamiento más correcto en cada caso y medir o evaluar su eficacia en el tiempo^{2,7}. La exploración física fundamentalmente dirigida a la esfera sensorial tratará de identificar y localizar los síntomas negativos y/o positivos evocados durante la anamnesis con una exploración neurológica básica: sensibilidad táctil epicrítica y propioceptiva, térmica, vibratoria, fuerza y tono, reflejos osteotendinosos, etc...

3. EVOLUCIÓN, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DN: Una vez establecido el diagnóstico de DN y si la etiología del mismo se desconoce es probable tener que derivar al paciente en función de la sospecha clínica al especialista correspondiente: traumatología (síndromes de atrapamiento nerviosos, problemas de columna...), neurocirugía (hernia discal, atrapamientos nerviosos,...), neurología (neuralgia trigémino, neuralgia facial, dolor central,...), etc. En otras ocasiones el diagnóstico etiológico será evidente o ya estará establecido: amputaciones, síndrome regional complejo, paciente con lumbalgia crónica, estenosis de canal lumbar, neuralgia postherpética, polineuropatía diabética, etc... Tanto en una situación como en la otra el inicio del tratamiento sintomático no debería de demorarse por varios motivos:

1. El dolor es el motivo de consulta del paciente y busca alivio.
2. El diagnóstico etiológico es factible a pesar del control sintomático del paciente.
3. El inicio precoz y adecuado del tratamiento analgésico disminuye la tendencia del DN a la perpetuación y amplificación del mismo.

Debemos de ser realistas al explicarles al paciente y sus allegados que en determinadas etiologías de DN lo que podemos ofrecer, en el momento actual, no es una curación completa sino un alivio, y en no pocas ocasiones, parcial de su sintomatología dolorosa^{2,6,7}. Un enfoque sincero de la evolución del proceso y de las expectativas reales del tratamiento reforzará, a pesar de la crueldad

inicial de nuestras palabras, la relación de confianza médico-paciente-familia evitando episodios de frustración posterior.

El tratamiento analgésico de los procesos de DN está fundamentado en la utilización principal de fármacos analgésicos no convencionales: siendo anti-epilépticos (gabapentina, pregabalina, carbamazepina, clonazepán,...) y anti-depresivos (amitriptilina, nortriptilina, imipramina, duloxetina, velafaxina,...) los fármacos habituales de primera línea según las guías de práctica clínica actual para la mayoría de estos pacientes^{2,3,4,8}. Ello se debe a los mecanismos fisiopatológicos que rigen el DN. Recordemos que el DN es debido a una alteración o disfunción primaria del sistema nervioso central o periférico. Los anti-epilépticos y anti-depresivos ejercen por distintos mecanismos: acción gabaérgica, bloqueo de las subunidades $\alpha 2\delta$ de los canales del calcio, bloqueo de los canales del sodio, acción noradrenérgica, etc... efectos "neuromoduladores" que disminuirán o atenuarán los síntomas negativos y positivos presentes en estos enfermos. Los analgésicos convencionales tipo AINEs no juegan ningún papel en el tratamiento del DN puro^{4,8}. Los fármacos Opioides se relegan a un segundo plano de tratamiento, empleándose en aquellos casos donde los fármacos anti-depresivos o anti-epilépticos no sean capaces de un control adecuado del dolor. Entre los fármacos opioides el Tramadol debido a su doble mecanismo de acción, opioide e inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina, ha sido muy empleado. Dentro de los opioides mayores la Oxiconona ha sido el que más éxito ha tenido hasta el momento para su utilización en el DN. Recientemente se ha comercializado un nuevo opioide el Tapentadol con mecanismo de acción mixto: opioide e inhibidor de la recaptación de noradrenalina (MOR-NRI) que parece pueda tener un papel principal dentro de los fármacos opioides para el tratamiento del DN.

Existen dos fármacos tópicos útiles para el tratamiento del DN, la Lidocaina (anestésico local) y la Capsaicina (derivado del pimiento) que son eficaces para paliar síntomas de zonas localizadas y no extensas de DN. La lidocaina está considerada como fármaco de primera línea en el tratamiento de la neuralgia postherpética.

A la hora del inicio del tratamiento analgésico de un paciente con DN debemos de regirnos por una serie de consideraciones prácticas:

1. Emplear los "fármacos de primera línea" con los que estemos más familiarizados.
2. Inicio gradual, titulando bien las dosis, con incrementos bajos, evitando los "secundarismos".
3. Vigilancia de las posibles interacciones medicamentosas, fundamentalmente en pacientes ancianos o polimedados.
4. Informar al paciente y familiares de que los tratamientos empleados precisan de semanas para poder valorar o cuestionar su eficacia.
5. Al inicio del tratamiento programar revisiones clínicas precoces, no más distante de dos meses.

Aquellos pacientes refractarios al tratamiento pautado, donde existan dudas en el diagnóstico de DN, o que creamos puedan beneficiarse de terapias específicas analgésicas (4º escalón) deberían ser derivados a una evaluación especializada por facultativos de una Unidad de Dolor. Para ello se remitirá al paciente mediante protocolo habitual con Hoja de Consulta, con un resumen de su Historia Clínica General y de la del proceso doloroso indicando comienzo, pruebas realizadas, evolución, tratamientos aplicados y respuesta obtenida.

RESUMEN: El dolor es la causa más frecuente de consulta en Atención Primaria¹. Hoy sabemos que la inmensa mayoría de procesos dolorosos tienen un componente mixto: nociceptivo y neuropático. Detectar a los pacientes con DN en forma temprana permitirá iniciar el tratamiento analgésico mediante fármacos analgésicos no convencionales, fundamentalmente antiepilépticos y antidepresivos, atenuando con ello la amplificación y perpetuación del DN. Los pacientes con difícil control se beneficiarán de una consulta especializada en una Unidad de Dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. **"Pain in Europe" A Report.**
www.paineurope.com / publicationfordownload/Pain in EuropeSurvey.
2. **"NeuropathicPain: Definition, Epidemiology, Classification and DiagnosticWork-up"Hansson P.**
"Pain 2005" A Update and Review". RefresherCourse. International AssociationforStudy of Pain.
3. **"Treatment of NeuropathicPain: PerspectiveonCurrentOptions". Rowbowtham MC.**
"Pain 2005" A Update and Review". RefresherCourse. International AssociationforStudy of Pain.
4. **"Empleo de los fármacos antiepilépticos y antidepresivos en el Dolor Neuropático".MV Ribera, A. Messas, Mora, L.et cols.**
"Abordaje Actual del Dolor Neuropático". Rafael Gálvez Mateos y cols. Editorial Master Line 2003.
5. **"Epidemiología del Dolor Neuropático". MJ. Rodriguez.**
"Dolor Neuropático",Editor: J.R. González Escalada. Editorial SED 2006.
6. **"Dolor Neuropático". JR González Escalada.**
"Dolor Neuropático". Editor: J.R. González Escalada. Editorial SED 2006.
7. **"Amamnesis del paciente con dolor neuropático" A. Martínez-Salio.**
"Tratado de Dolor Neuropático". Serra Catafau. J. Editorial Médica Panamericana 2006.
8. **"Principios básicos del tratamiento del dolor neuropático". R Gálvez.**
"Tratado de Dolor Neuropático". Serra Catafau. J. Editorial Médica Panamericana 2006.

Comunicacións Orais XVI Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Cad Aten Primaria
Ano 2011
Volume 18
Páx. 198-206

25 DE NOVIEMBRE. SALA A

SISTEMA DE SELECCIÓN DE TUTORES POR PARTE DE RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Zamora Ramírez, R.; Louro González, A.;

Centro de Saúde de Cambre

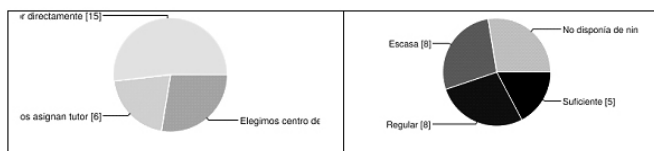
OBJETIVOS: Analizar el sistema de elección de tutor por parte de los residentes de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia, la información de la que disponían en el momento de la elección y las cualidades que más valoraron de los centros de salud y de los tutores.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseñamos una encuesta mediante una entrevista abierta a los residentes de primer año de nuestro centro de salud. Este primer formulario fue cumplimentado por los mismos residentes y tras revisar los problemas de comprensión y acuerdo (validación lógica) se elaboró el cuestionario definitivo con 11 ítems.

Este cuestionario se envió a los residentes de primer año de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de Coruña mediante la herramienta "Google Docs" para su cumplimentación en línea.

Tras 3 recordatorios por correo electrónico se recibieron 29 respuestas (%).

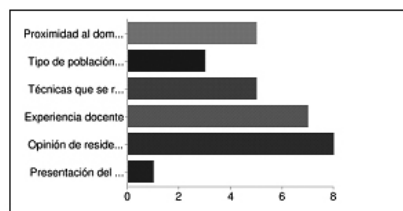
RESULTADOS: La mayoría de residentes tiene que elegir tutor directamente (52%) a pesar de que el 83% considera que la información disponible sobre los tutores no es suficiente y que el 28% no dispone de ninguna información previa sobre ellos.



La fuente de información más importante proviene de los residentes de otras promociones (59%) y las cualidades que declaran como más importantes para la selección son la experiencia docente del tutor (38%) y la opinión de residentes de otros años (31%). Ningún residente encuestado considera de importancia la producción científica (0%)



Del centro de salud las cualidades más valoradas son la opinión de residentes de otros años (28%), la proximidad al domicilio (17%) y las técnicas que se realizan en el centro (17%). La presentación del centro de salud es el elemento menos valorado.



CONCLUSIÓN: La mayoría de los residentes no dispone de la información suficiente para la selección con criterio de su tutor.

La fuente de información más influyente en la selección de tutores proviene de los residentes de promociones anteriores. Sería interesante profundizar en el estudio de esta variable.

Los criterios que declaran como más importantes para la selección son la experiencia docente del tutor y la opinión de residentes de otros años, ningún residente da valor a la capacidad de producción científica

COSTE EFECTIVIDAD DEL TEST RÁPIDO STREPTOCÓCICO EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

López Yunta, M; Romero Martínez, M; Suárez Prado, R; Simón Rodríguez, L; Guzmán Cortegoso, J; Elorduy Bilbao, O; Pérez Cachafeiro, S;

PAC Cambados, Xerencia Atención Primaria Pontevedra

OBJETIVO: Evaluar el coste-efectividad de dos abordajes diagnóstico-terapéuticos alternativos en pacientes que presentan dolor de garganta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se construye un árbol de decisión en el que los pacientes pueden o no recibir antibiótico en función de la clínica y/o del resultado de un test rápido streptocócico. Se sigue un modelo de Markov donde los pacientes pueden curarse (no volver a consulta) o no (vuelven por el mismo motivo antes de una semana, repitiéndose el ciclo). Se emplean distribuciones de probabilidad de un estudio previo de dolor de garganta en el PAC de Cambados; costes obtenidos de tarificación oficial (DOGA). Se emplea como utilidad el grado de dolor referido (EVA) por los pacientes en el estudio