



Los cuidados paliativos hay que separarlos del final, vamos a juntarlos más a la palabra “vida” que a la expresión “final de la vida”

*Con motivo de la regulación de la eutanasia en España, hemos empezado a mirar con más atención la situación de los cuidados paliativos en nuestro país, donde parece que aún hay mucho por hacer. El doctor **Carlos Centeno** es director de la [Unidad de Medicina Paliativa](#) en la Clínica Universitaria de Navarra.*

¿Es verdad que en España aún hay mucho que desarrollar en el ámbito de los cuidados paliativos?

Sí, es cierto. En España, aunque hemos dado pasos importantes, más hace unos años que recientemente, aunque hemos desarrollado equipos de cuidados paliativos y los hemos integrado de alguna manera en ciertas estructuras como la atención primaria, desde luego que queda muchísimo por hacer.

En su práctica médica, ¿qué pueden hacer unos cuidados paliativos para una persona que está en la fase final de su vida?

Primero, los cuidados paliativos hay que separarlos del final, vamos a

juntarlos más a la palabra vida que a la expresión “final de la vida”. Cuidados paliativos empieza a intervenir cuando ciertamente el horizonte de una persona se achica, disminuye, pero nos gusta poder trabajar, ayudar y acompañar -esa es una buena palabra- al paciente y a su familia -otra palabra clave- cuanto antes mejor, desde el momento en que en el horizonte se ve la incurabilidad, desde el momento en que la situación se torna más compleja, desde el momento en que podemos reconocer que no es posible curar la enfermedad pero es posible hacer muchísimas otras cosas.

¿Cuáles?

La primera y quizás más importante, digamos que la puerta de entrada, es aliviar el dolor. Quizá para muchos sería sorprendente saber que tampoco el dolor es uno de nuestros principales problemas. Cuando me avisan de que un paciente viene con dolor, yo en el fondo, como profesional, me alegro porque sé que ese paciente va a estar mejor, porque es difícil fallar en el dolor con las medicaciones, sé que vamos a tener éxito en un porcentaje enorme de los casos, y que ese paciente a corto plazo va a estar mejor. Esa es la puerta, si no la abrimos, si no dejamos al paciente libre de dolor, hay poco más que hablar, así que eso es lo primero que hay que trabajar.

Pero también es sorprendente cómo a veces lo más importante no es el dolor, que se suele controlar bien ya desde el principio, incluso desde el médico de familia porque son medicaciones disponibles para todos los especialistas, hay otras cosas más complejas que esa. A veces es mucho más complejo, por ejemplo, que un paciente descanse por la noche, o la sensación de náusea crónica que algunos enfermos tienen en distintas patologías, en enfermedades que afectan al tubo digestivo o que tienen que ver con tumores cerebrales. O que está bajo de ánimo, no es que tenga una depresión o no, cada uno vive la enfermedad como puede, el paciente hace lo que puede y nosotros tenemos que saber apoyar, dar soporte a esa situación, a veces con medicación pero otras veces con un apoyo clínico, médico que alivie esa sensación de tristeza infinita que algunos pacientes tienen.

El prolongamiento de ciertos tratamientos, a pesar de que ya se sabe que una persona es muy difícil que se cure, a veces puede servir para poco. ¿Ahí tenemos que aprender a dejar marchar, a suspender según qué tratamientos en según qué circunstancias?

Antes de dar ese paso tan largo de aprender a dejar marchar que a mí me resulta muy lírico, hay que dar otro paso más corto. Primero hay que aprender a escuchar al enfermo, saber qué quiere, cuáles son sus expectativas, cómo desea que le cuidemos, dónde quiere estar, ver si ha entendido el contexto, la situación, el horizonte...

¿Eso no es automático, no?

Claro que no. Eso es lo primero que tenemos que hacer. Y en España tenemos unos profesionales fantásticos que saben aplicar los tratamientos más avanzados. En España están disponibles nuevos tratamientos, por ejemplo en oncología, en neurología, cardiología, y tenemos magníficos expertos en esas patologías, pero ¿sabemos escuchar al paciente?, ¿sabemos entender qué quiere?, ¿esperamos a que él nos indique la dirección que tenemos que seguir?, ¿sabemos si el paciente quiere que usemos todas las cartas o solo aquellas en que su balance personal diga “hasta aquí”?

Eso es muy importante.

Esto es lo primero, creo yo. Antes que aprender a despedir al paciente vamos a aprender a recibirlo, a saber qué quiere. Yo no conozco un médico que quiera hacer sufrir a un paciente, pero a veces no sabemos manejar estas situaciones y de alguna manera provocamos el sufrimiento por no haber sabido manejar la situación antes. Y en esto es donde tenemos que poner el acento, no solo en que haya una disponibilidad, que debe haberla, de los mejores fármacos para tratar las enfermedades.

Hay que poner el acento en que los profesionales tengamos unas circunstancias en las que podamos hablar con el paciente, que haya expertos que en las situaciones más complejas también nos orienten sobre cómo hacer esa planificación anticipada de los cuidados, cómo se escucha lo que el paciente desea. Tal vez estamos poniendo el acento, quizás empujados por la presión de las empresas farmacéuticas, por el éxito que a todos nos gusta, o lo que nos parece un éxito, porque nos fascina el éxito de la curación y a veces tenemos que enseñar que el papel del médico está junto al paciente, lo cure o no. ¿Quién enseña eso, quién lo investiga, quién lo promueve, quién resuelve los problemas más complejos en este sentido?

Los especialistas en cuidados paliativos, que no tienen por qué tener la responsabilidad de todas esas circunstancias, de todos los pacientes que tengan un proceso avanzado de enfermedad, no hay especialistas para tratar a tantos enfermos, pero esos profesionales especializados en cuidados paliativos son los que tienen que enseñar a los futuros profesionales, los que tienen que resolver los casos más complejos, los que tienen que hacer la investigación para definir de qué manera podemos conseguir todos los médicos ese mayor bienestar para el paciente. Ahí es donde hacen falta equipos especializados en cuidados paliativos. El problema es que los cuidados paliativos en España son ilegales. Hay que legalizarlos.

¿En qué sentido?

Vayan ustedes a un hospital y pregunten por el servicio de cuidados paliativos, a ver si tienen suerte y lo encuentran. Los que tienen hijos estudiando medicina o enfermería, pregúntenles si les han enseñado cuidados paliativos, vayan a las universidades y pregunten si hay catedráticos de cuidados paliativos, a los centros de salud y pidan consulta con el especialista de cuidados paliativos. Y les dirán: ¿qué? Hay que legalizar los cuidados paliativos, eso es lo que hay que legalizar en España. Llevamos trabajando montones de años y seguimos siendo ilegales.

Fuente: paginasdigital.es.