Diario de Mallorca

ENTREVISTA. JOAN SANTAMARIA SEMIS I RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL GENERAL

"Utilizaré el cannabis cuando tenga la certeza de que ayuda"

"Puedo decir que todavía no me he encontrado con una situación donde me pidan practicar la eutanasia"

MIGUEL MANSO. PALMA.

Joan Santamaria Semis (Solsona, 1958) dirige la unidad de cuidados paliativos del Hospital General de Palma. Trata de hacer lo más amable posible el tramo final de los enfermos. Casi siempre logra aplacar el dolor. No siempre el sufrimiento. Santamaria resalta el trabajo en equipo -doctores, enfermeros y psicólogos-. "En ocasiones, la opinión de un auxiliar de enfermería es tan importante como la mía. Es como un cubo donde la misma situación se contempla desde caras distintas".

-Los médicos están formados para curar pero ésa no es su misión. ¿Es frustrante?

-Se puede hacer esa lectura. Cuando estudiamos nos hablan de cómo atender un nacimiento, a las enfermedades... Pero no explican nada de la muerte. Nos han hecho ver que la muerte es un fracaso para el médico. Sin embargo, llega un momento donde decides cambiar el objetivo: si tengo la certeza científica de que esto no lo puedo solucionar, mi obligación es ayudar a la persona a que llegue a ese momento en las condiciones más dignas posibles.

-¿Cuándo decide adoptar ese cambio de objetivo?

-Todo empezó en el hospital de la Cruz Roja, cuando se abrió una unidad para enfermos crónicos. Se morían los pacientes en unas condiciones analíticas muy buenas, pero a veces en un entorno de crispación que alcanzaba a uno mismo.

-En su labor, el componente psicológico debe resultar vital.

-Más importante es la actitud. Las personas que nos dedicamos a la sanidad tenemos una primera vocación. la de ayudar. Por otra parte, es malo centrarte en la muerte. Aquí, aunque nos llegan los pacientes diagnosticados como irrecuperables, probamos hacer radioterapia y tratamientos específicos, consultando con los oncólogos u otros servicios. Seguimos haciendo cosas para mejorar su estado. Somos muy activos intentando que la persona tome la última decisión.

-¿Los pacientes afrontan el dolor de la misma manera?

-No. El dolor también es un sentimiento. Se elabora en el cerebro. No puedo medir el dolor como el azúcar, la tensión o la temperatura. Tenemos pocas herramientas para cuantificarlo de forma firme. Utilizamos unas regletas donde el paciente expresa la cantidad de dolor de 0 al 10. Esto es muy relativo. A veces cuando uno está contento es menos sensible y todo lo contrario cuando está deprimido. A partir de esta escala inicias el tratamiento y a posteriori valoras sus efectos.

-La palabra ´dolor´ es un tabú en nuestra sociedad, donde sólo tiene cabida el ocio. Además, seguro que le exigen una solución inmediata a cualquier problema.

-Una cosa es el dolor y otra el sufrimiento. El dolor físico es más o menos fácil de arreglar. Pero se juntan otras situaciones que pueden modular su percepción y que son más difíciles de intervenir. Tenemos herramientas suficientes para controlar el dolor y pocas veces no lo logramos. Intentamos hacer un compromiso de tiempo con la persona. Le damos el máximo de información con el objeto de tranquilizarle. Es decir, este problema que usted tiene podemos solucionarlo en X días. Pero cuando solucionas el problema del dolor, el sufrimiento queda. Es la percepción de lo que te está pasando. Cuando tienes una persona joven con muchas cosas por hacer lo pasa muy mal. Los hijos, los negocios, los amigos... Las pérdidas tan rápidas en poco tiempo son difíciles de asumir. El sufrimiento es el contexto, la situación.

-Cataluña pondrá en marcha un plan piloto para dispensar cannabis para usos terapéuticos en hospitales y farmacias. ¿Usted está a favor de su uso?

-Hay poca información. Utilizaré el cannabis cuando tenga certeza de que eso me puede ayudar y de qué modo. Igual que con la morfina, necesito saber cuántos miligramos y hasta dónde puedo llegar. Necesito esa información. El cannabis se compone de 200 o 300 sustancias y hay algunas que parecen que van muy bien para los vómitos o el dolor.

-Es habitual que aparezcan en los medios de información pacientes que toman cannabis y dicen que les va fantástico. ¿Usted tiene experiencias de este tipo?

-En medicina antes existían los líderes de opinión. Ese líder decía ´esto va muy bien´. ¡Ah! Pues si lo dice Pepe vamos a darlo. Ahora eso no sirve. Nos basamos en estudios bien hechos.

-Pero, ¿y si el paciente dice que le sienta bien?

-Yo, si le va bien, no se lo quitaré. Es igual que si me dicen: ´Voy a un monje budista y cuando salgo me encuentro como nuevo´. Evidentemente, no le daré trankimazín mientras el monje le funcione.

-¿Qué técnicas terapéuticas utilizan contra el dolor?

-Los opioides, como la morfina, tienen una ventaja sobre los otros medicamentos: no tienen dosis máxima. Podemos ir escalándolos hasta que haga falta. Los dolores con estos medicamentos se controlan en un 95% de los casos. Y a veces hasta por vía oral. Aquí

tenemos la suerte de contar con una unidad del dolor; el doctor Salazar, que es anestesista, nos hace técnicas más específicas de analgesia espinal, como las epidurales, que son menos tóxicas y con muy buenos resultados.

-La tradición católica ha exaltado la parte bondadosa dolor. ¿Usted también ha encontrado esa cara amable?

-Por lo que he visto, el dolor no tiene nada de positivo porque provoca sufrimiento, salvo que te expliquen que sirve para algo. Como antes, cuando decían que el parto era bueno pasarlo con dolor hasta que alguien te hace ver que si lo pasas sin él también va bien. Es importante la información y la cultura. Yo cuando voy al dentista pido que no me haga daño.

-¿Qué enfermedad padece la mayoría de sus pacientes?

-Aquí un 90% son oncológicos. En Cruz Roja había pacientes de sida hasta 1996, hasta que comenzaron los tratamientos con antirretrovirales. Sólo tengo un paciente con sida y normalmente son personas con problemática sociales que no siguen los tratamientos.

-¿Qué opina de la eutanasia?

-A pesar de que mis pacientes mueren y parece que a veces puedes tener algo que ver en ello, la verdad es que fallecen por una enfermedad. Intentas que lleguen a esta situación con el menor sufrimiento posible. Hay muchas ocasiones donde se hace la sedación para que no sufran, y eso se pacta con el propio paciente y la familia, y entre nosotros hay dudas. La eutanasia en sí es un suicidio. Los modelos que se presentan corresponden a personas que no pueden ejecutar eso y piden ayuda. Puedo entender que una persona en ciertos momentos quiera dejar de vivir y lo respeto. Otra cosa es que yo le ayude. Puedo decir que no me he encontrado con esa situación. Sí he hallado a personas que no ven el sentido a la vida y quieren que termine. Te dicen: ´Acabe con esto doctor´. Pero luego comienzas a hablar. El sentido de supervivencia supera a todo en la mayoría de la gente. Nunca me he encontrado en compromiso. A veces el compromiso te lo encuentras con familiares, que no pueden aguantar más la situación y te piden que acabes con eso. Porque también sufren mucho.

-Rubén Bild Alexenicer, uno de los precursores de los cuidados paliativos en España, comenta que si el paciente terminal está bien atendido no pide que terminen con su vida.

-Cuando una persona llega con un dolor insoportable te dice, por favor, mátame. Pero cuando llegas a controlar el dolor, las cosas se ven de otra manera.

-¿Ha visto ´Mar adentro´?

-La tengo pendiente. Lo que me han dicho es que expresa las ganas de vivir de una persona. Todos tenemos ganas de vivir y puede que en algún momento también digas basta, y esto lo vemos en personas enfermas y sanas.

-¿Qué es una buena muerte?

-Hay muchos artículos sobre este asunto y entre las cosas que dicen los pacientes, y que suscribo, piden que no me hagan más cosas de las que no se deben hacer. No sufrir. Que la gente que me atienda esté para ello y sea experta. Que en los últimos momentos me encuentre rodeado de las personas queridas.

-Un estudio de la Universidad de Washington indica que este tipo de pacientes teme sobre todo perder la independencia.

-Es lo que se vive peor. Cuando te orinas y te haces las necesidades encima es muy duro. El hecho de perder autonomía de forma brusca es muy duro, y pasa mucho en las personas que padecen una embolia. De un día para otro se quedan en una silla paralizados. Es normal caer en una depresión. No quieren ser ninguneadas, que otros tomen decisiones por ellas. La mejor manera es promocionar la autonomía y hacerles intervenir en su proceso. Informar.

-La gente ya casi no muere en casa.

-Es por la dinámica de la sanidad. Hemos creado expectativas de que podemos solucionarlo todo, casi hasta la muerte. La gente acude de forma instintiva a los servicios sanitarios en seguida. Creen que donde mejor van a estar atendidos es en un centro sanitario. Quizá, puede que no sea así. Los equipos de atención a domicilio dan todas las posibilidades si desean morir en casa. Si se puede hacer, bastante gente se muere en su propio domicilio. En los pueblos todavía ocurre. En la ciudad es muy frecuente que las familias te digan que no quieren que esa persona fallezca en el hogar por el recuerdo que les puede dar, por la presencia de los niños... Tenemos una cultura donde vemos la muerte más que nunca. Eso sí, en la pantalla de la televisión, de una forma muy lejana. Cuando nos toca de cerca, no estamos preparados.