

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



Vol. 23 No. 3, 1994 [ver índice]

CUIDADOS PALIATIVOS

Dr. Jorge Dagnino S.
Profesor Adjunto de Anestesiología
Depto. de Anestesiología
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Mario Guerrero L.
Instructor de Anestesiología
Depto. de Anestesiología
Pontificia Universidad Católica de Chile

Primera paradoja: en países desarrollados, la mayoría (71%) de los pacientes mueren en instituciones, especialmente hospitales, y sólo 24% en la casa; sin embargo, al preguntarle a los pacientes terminales dónde preferirían morir, la gran mayoría eligió su casa.

Segunda paradoja: la mayor parte del último año de vida se hace en casa, pero la mayoría de los pacientes son ingresados al hospital para morir allí. Hay muchas razones para ello: los síntomas pueden ser de difícil control o sobreviene una crisis; por ejemplo, el inicio de un dolor intenso, vómitos, disnea, etcétera.

Definición

Saunders, en 1967, sentó las bases de lo que actualmente conocemos por Medicina Paliativa. El propósito (del cuidado de hospicio) es dar apoyo y cuidado a las personas en las últimas fases de su enfermedad, de modo que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. Existe la creencia y la esperanza de que a través de un cuidado personalizado y de una comunidad sensible a sus necesidades, los pacientes y sus familias pueden lograr la necesaria preparación para la muerte, en la forma que sea más satisfactoria para cada cual (U.S.National Hospice Organization, 1979).

Los derechos del paciente terminal, establecidos por la OMS en 1990, están de acuerdo al ejercicio de la Medicina Paliativa e incluyen, entre otros, el derecho a participar en las decisiones terapéuticas, a no morir solo o con dolor, a no ser engañado, a la asistencia de parte de y para la familia.

La Medicina Paliativa no es un conjunto de omisiones terapéuticas que buscan poner término a la brevedad posible un sufrimiento y por ningún motivo debe confundirse con la muerte asistida o la eutanasia. Por el contrario, ofrece al paciente una alternativa diferente a éstas, en una filosofía que encierra el concepto de morir con dignidad, considerando a la muerte como un fin inevitable, doloroso, pero normal; que debe ocurrir en su momento, sin acelerarla, pero tampoco posponerla inútil y cruelmente (distanasia) sobre la base de consideraciones muchas veces egoístas tanto de médicos tratantes como de familiares que creen estar así alejándose de la eutanasia. Las áreas de trabajo que cubren los objetivos de un programa de cuidados paliativos son cinco:

- 1.- Cuidado total
- 2.- Control de síntomas
- 3.- Control del dolor

- 4.- Apoyo emocional al paciente y a la familia
- 5.- Manejo del estrés y apoyo al equipo tratante.

El cuidado total corresponde al manejo de situaciones que pueden generar malestar al paciente (ajustado a las necesidades de éste y no a las del tratante). La magnitud de esta acción alcanza esferas espirituales, físicas, emocionales, intelectuales, sociales y económicas.

El control de síntomas implica prevenir y tratar los síntomas que aparecen en forma corriente en el proceso de la muerte y las variables impuestas por las características de la enfermedad. Síntomas frecuentes son: dolor, náuseas y vómitos y disnea.

Control del dolor

Con frecuencia, el dolor es el síntoma más relevante y el más temido por el paciente y su familia. El sufrimiento va más allá, agregando la percepción de un sentimiento de irrecuperabilidad o la imposibilidad de encontrar un sentido al proceso por el que se está muriendo. El alivio del sufrimiento requiere de técnicas psicológicas para lograr una sintonía con los sentimientos del paciente; esto expone al tratante a sufrir de modo semejante. El apoyo religioso, cuando es factible o pertinente, facilita la aceptación y la resignación frente a la enfermedad y la muerte, atenuando el sufrimiento. Siempre se deben pesquisar síntomas o signos que revelen angustia. El origen y naturaleza de los síntomas alarmantes deben ser explicados. Esto logra disminución de la angustia y la sensación de estar bajo el control de alguien.

Control de las náuseas y vómitos

Las náuseas pueden presentarse precediendo al vómito o aisladamente. Pueden desencadenarse por varios mecanismos (Feldman, 1985): emocionales, aumento de la presión intracraneana, estímulos sensoriales, alteración funcional o anatómica gastrointestinal, dolor acentuado, efecto colateral de fármacos, estímulo vestibular. Las causas de vómito pueden clasificarse en cinco grupos:

1. Origen en el SNC:

- a) Funcionales: psicógeno primario- el que no se relaciona a desencadenantes conocidos - y psicógeno secundario, el que acompaña a trastornos emocionales (estrés, miedo, depresión).
- b) Orgánico: vómito explosivo de la hipertensión intracraneana.

2. Tóxico: por estimulación de centros del vómito o por irritación de la mucosa gástrica. Entre los desencadenantes centrales destacan digitálicos, narcóticos, histamina, citostáticos y agonistas de la dopamina. Entre los irritantes locales metilxantinas, antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos. Los trastornos metabólicos, tales como el síndrome urémico, cetoacidosis diabética, coma hepático, pueden acompañarse de vómitos debido a la acumulación anormal de metabolitos.

3. Viscerales: por enfermedades orgánicas del tracto digestivo, con o sin obstrucción,

enfermedad bilio-hepática o trastornos cardiovasculares.

4. Metabólicas y nutricionales: hiper o avitaminosis, ayuno prolongado, desnutrición y algunos trastornos endocrinos, como el hipotiroidismo y la insuficiencia suprarrenal.

5. Vértigo postural: en cuadros que comprometen la función vestibular o en pacientes que están recibiendo narcóticos intratecales.

Para su manejo es necesario precisar el diagnóstico mediante una anamnesis y un examen físico dirigidos, existiendo síntomas y signos orientadores. Por ejemplo, vómito postprandial inmediato y sin compromiso del peso en los funcionales; sin náusea y de carácter explosivo en la hipertensión intracraneana; postprandial precoz (1 a 4 horas) en lesiones gastroduodenales. En conjunto con la evolución de la enfermedad de base y de las intercurrentes, así como con los efectos colaterales del tratamiento, es posible precisar el mecanismo causal y su tratamiento racional. Es mejor prevenir la aparición de estos síntomas, especialmente en pacientes terminales manejados en su domicilio.

Antieméticos

Se clasifican en tres tipos según los receptores en el SNC donde actúan. No existe una droga que lo haga en forma potente en los tres tipos: el 10% de los pacientes con cáncer requieren combinaciones de antieméticos.

1. Antidopaminérgicos

a) Fenotiazinas como la clorpromazina y la prometazina, son además ansiolíticos y sedantes; el efecto hipotensor limita su uso, particularmente en ancianos.

b) Butirofenonas: haloperidol, el antidopamínico más potente, es ansiolítico y antipsicótico. Es menos hipotensor que las fenotiazinas y es fácil de administrar, por vía oral o intravenosa. Es una muy buena alternativa para tratamiento domiciliario. Alternativamente se puede usar el droperidol.

c) Metoclopramida: en altas dosis es más potente que el haloperidol, pero puede producir síntomas distónicos que limitan su uso.

Los antidopamínicos, algunos más que otros, producen desde disquinesias y distonías hasta acatisia y signos extrapiramidales. Estos efectos se tratan mediante la reducción de la dosis, el empleo de un antiparkinsoniano o una benzodiazepina.

2. Anticolinérgicos antimuscarínicos: los más usados son los antidepresivos tricíclicos y los antiespasmódicos. Los primeros, actúan además como neurolepticos, lo que los hace de gran utilidad.

3. Corticoides (dexametasona, metilprednisolona): su mecanismo de acción es desconocido; en períodos cortos son útiles en la prevención de vómitos desencadenados por

la quimioterapia; además, potencian la respuesta clínica a otros antieméticos.

4. Benzodiazepinas: en pacientes ansiosos, en el manejo de distonías provocadas por otros antieméticos y en el vómito anticipatorio que se presenta antes de quimioterapia.

5. Antagonistas serotoninérgicos: la droga representativa es el ondansetron. Ha sido un aporte importante en el control de la emesis durante el curso de la quimioterapia. Su alto costo limita su uso masivo o por mucho tiempo.

Control de la disnea

En pacientes oncológicos se presenta en el 15% inicialmente y en el 70% de los casos avanzados o terminales. Algunos enfermos tienen un umbral de disnea disminuido: aquellos con enfermedad respiratoria, desnutridos, angustiados o deprimidos. El tratamiento debe ser orientado al problema primario (cirugía, quimio o radioterapia para el alivio de la obstrucción bronquial, punción y drenaje de derrames pleurales o de ascitis) o al manejo sintomático, el que puede requerir disminución de la demanda ventilatoria mediante reposo, antipiréticos, sedantes, psicoterapia o narcóticos. Otras medidas orientadas a controlar factores agravantes son:

a) Antibióticos: para el control de la infección y disminuir el caudal de secreción bronquial.

b) Transfusión de glóbulos rojos: Con hemoglobinemia menor de 7mg/dl. Esta indicación, al igual que la de antibióticos, puede ser distanásica.

c) Oxigenoterapia por naricera, es capaz de disminuir la disnea y la angustia.

d) Broncodilatadores: en aerosol o intravenosos, útiles en pacientes con obstrucción bronquial reversible.

e) Narcóticos: a nivel cortical aumentan el umbral de disnea; su acción analgésica permite controlar la ansiedad gatillada por dolor y su acción a nivel de centros respiratorios posibilita el soportar la hipoxemia e hipercapnia terminales.

f) Sedantes: controlando la ansiedad disminuyen la disnea; es importante recordar la potenciación de la depresión del centro respiratorio en la asociación con narcóticos.

g) Agonistas alfa: la clonidina puede ser útil por su efecto central analgésico y sedante. Puede provocar hipotensión arterial y agravar la disnea por alteración de la relación ventilación-perfusión.

h) Terapia de apoyo: la información adecuada sobre la naturaleza de la enfermedad, el cariño de sus terapeutas y familiares y la satisfacción de sus necesidades básicas son importantes para disminuir la percepción de disnea. Lo más importante y quizás lo más difícil es lograr el conocimiento íntimo del paciente, su enfermedad y su familia, para anticiparse a manejar angustias y ajustar la terapia médica lo más precisamente posible para asegurar confort y

dignidad sin acelerar o retardar innecesariamente la muerte para quedar en conciencia con la sensación que se ha hecho un bien y no un daño.

Referencias escogidas

- 1) Morris D. La cultura del dolor. Santiago: Andrés Bello, 1993.
- 2) Bejarano PF, De Jaramillo I. Morir con dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo. Bogotá: Amazonas, 1992.
- 3) Wall PD, Melzack R. Textbook of pain. London: Churchill Livingstone, 1984.
- 4) Thorpe G. Enabling more dying people to remain at home. Br MedJ 1993; 307: 915-918.