

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, 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>

Cuidados paliativos en geriatría

Dr. Pedro Marín L.
Jefe del Prog. De Geriatría y Gerontología
Depto. De Medicina Interna
Dir. Centro de Geriatría y Gerontología
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Hugo Verdejo P.
Medicina Interna, Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile

‘Cuidado paliativo es el cuidado activo y global del paciente y la familia, brindado por un equipo multidisciplinario cuando la enfermedad del paciente se considera no susceptible de tratamiento curativo’ (OMS, 1994).

El objetivo final de los cuidados paliativos es mantener al paciente con la mejor calidad de vida posible, viviendo activamente tanto tiempo como su enfermedad lo permita. Esto implica un cambio en el fin tradicional del acto médico, con énfasis en lo curativo, junto a un avance desde el paradigma biosicosocial hacia una concepción holística del paciente y su enfermedad, que considere los factores físicos, emocionales, sociales y espirituales como determinantes del bienestar del paciente.

Para el logro de estos objetivos, la intervención médica debe cumplir con ciertos requisitos mínimos:

1. Inicio precoz: Para fines operacionales, se define como paciente terminal a todo aquel de quien se espera la muerte en un futuro cercano (habitualmente se utiliza como límite arbitrario 1 año) a causa de una enfermedad progresiva específica. Por lo anteriormente expuesto, resulta evidente que los cuidados paliativos no deben restringirse al paciente moribundo; por el contrario, deben iniciarse precozmente para mantener la mejor calidad de vida posible. Los cuidados paliativos pueden superponerse a otras medidas para el control de la enfermedad (v.g., quimio o radioterapia).

2. Enfoque intensivo: Es un error considerar la paliación como sinónimo de una actitud pasiva frente a la enfermedad. En términos generales, las enfermedades son procesos en continuo desarrollo, lo que exige de parte del equipo tratante la evaluación repetida del paciente y los ajustes necesarios de la terapia para asegurar el bienestar del individuo.

3. Familiar: Para asegurar un cuidado óptimo, el equipo tratante debe estar al tanto de los conceptos y temores del paciente y su familia en relación a la enfermedad. Experiencias previas de personas cercanas expuestas a enfermedades catastróficas pueden contribuir a los temores del paciente y constituyen un importante factor estresante para el resto del grupo familiar.

4. Manejo de las interurrencias: Una tentación común es atribuir cualquier sintomatología del enfermo

a la patología previa subyacente. Sin embargo, en ningún caso se debe negar el beneficio de un buen cuidado médico general cuando el paciente se enfrenta a interurrencias habituales a la luz de los principios éticos fundamentales de beneficencia y no-maleficencia. Las medidas proporcionadas deben determinarse frente a cada caso en particular; una política estricta no es aceptable desde el punto de vista ético.

5. Consideraciones éticas: En pocos campos de la medicina son tan relevantes los cuatro principios básicos de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. El consentimiento informado y el concepto de medidas proporcionadas son la expresión palpable de estos principios que deben configurar un marco que guíe la acción médica.

El problema del dolor

Probablemente, la piedra angular de cualquier programa de cuidados paliativos es el manejo del dolor. Este constituye un síntoma casi universal para el paciente terminal, aun cuando habitualmente es subvalorado y, por ende, subtratado; con medidas terapéuticas adecuadas el dolor es manejable en más de un 90% de los casos.

El primer paso para el manejo del dolor consiste en la evaluación clínica del síntoma. Aun cuando existen múltiples esquemas de evaluación exhaustiva, los aspectos básicos están reseñados en la Guía clínica para el manejo del dolor en el cáncer de la AHCP (Agency for Health Care Policy and Research, 1994), los que son extensibles para el manejo de cualquier dolor en el paciente terminal.

a) Los médicos deben preguntar sobre el dolor, y el reporte de los pacientes debe constituir la fuente de datos primaria: Aun cuando parece evidente, es un hecho que los proveedores de cuidados subestiman el dolor del paciente, lo que puede minar los resultados de las intervenciones médicas. Paralelamente, muchos pacientes son reacios a expresar su dolor delante del médico, muchas veces por temor a ser tenidos por simuladores o adictos; este tipo de conductas es más común en población latina o negra, sexo femenino, ancianos y enfermos con historia previa de abuso de drogas. Debe tenerse en consideración que, a diferencia del paciente con un cuadro de dolor agudo, los pacientes con dolor crónico suelen no demostrar dolor; sus quejas pueden parecer desproporcionadas frente al escaso correlato vegetativo y a los pobres hallazgos al examen físico o imagenológico. Sin embargo, el dolor crónico usualmente se traduce en depresión, irritabilidad y alteraciones en funciones tan básicas como comer y dormir; una intervención eficaz implica una importante mejoría en la calidad de vida del paciente.

b) Uso de escalas: El uso de escalas es imperativo para evaluar la evolución de la sintomatología del paciente y la respuesta a las intervenciones terapéuticas. Si bien la evaluación por escalas es eminentemente subjetiva, numerosos estudios han demostrado que para un determinado paciente la evaluación es consistente, confiable y reproducible. Existen al menos tres tipos de escalas utilizadas para la evaluación del dolor.

b.1. Escala visual análoga (EVA): Línea de 10 centímetros rotulada en una de sus extremos con 0 (sin dolor) a 10 (máximo dolor). Requiere un mínimo entrenamiento para su uso.

b.2. Escalas verbales: Particularmente útiles en pacientes de 70 o más años. Permiten obtener información sobre la intensidad del dolor y sobre la vivencia del dolor por parte del paciente.

b.3. Formularios de evaluación: Existen formularios estandarizados para la evaluación del dolor (Memorial Pain Assesment - Brief Pain Inventory), los que a su vez permiten establecer la repercusión funcional del síntoma en la vida del paciente. Su aplicación toma 5 a 10 minutos; sin embargo, su uso no se ha masificado y las cartillas no están disponibles en todas las unidades de cuidados paliativos.

c) Los pacientes y sus familias deben ser educadas en el uso de estas herramientas de evaluación para promover la continuidad del manejo del dolor.

d) La evaluación inicial debe incluir una historia clínica detallada, incluyendo una evaluación de la intensidad y características del dolor; un examen físico completo; una evaluación psicológica y social y una evaluación diagnóstica de los síntomas y signos relacionados con síndromes comunes de dolor asociado a cáncer.

d.1. Características del dolor: Las características cualitativas del dolor suelen ser útiles para diferenciar el dolor somático, visceral o neuropático. Clásicamente, el dolor somático es bien localizado, sordo, constante y se incrementa con el movimiento (v.g. metástasis óseas); por el contrario, el dolor visceral es mal localizado, profundo, con un carácter de retortijón (cramping) o de rotura (tearing) (v.g., metástasis hepáticas). Ambos tipos de dolor suelen tener algún grado de respuesta a la analgesia habitual (AINE's u opioides). Por el contrario, el dolor neuropático es lancinante, quemante o con una característica eléctrica y usualmente requiere para su control de coadyuvar con los anticonvulsivantes.

d.2. Evaluación psicológica y social: En pacientes terminales el diagnóstico de depresión es difícil, dado que los síntomas orgánicos consignados por el DSM IV (anorexia, insomnio, disminución de la libido) pueden ser también causados por la enfermedad. De mayor interés diagnóstico es el relato de ánimo bajo, anhedonia y sentimientos inadecuados de culpa o abandono. Es importante la intervención conjunta con asistentes sociales, que pueden colaborar en la resolución de problemas familiares o financieros que generan un importante distress en el moribundo.

d.3. Apoyo espiritual: El paciente terminal se ve enfrentado a la inminencia de su muerte y a un dolor que trata de explicarse. Habiendo sido educado en un esquema de falta-castigo, suele interpretar su sufrimiento como consecuencia de culpas conocidas o desconocidas, inferido por un Dios rencoroso o simplemente cruel. Esta situación agrava la vivencia del dolor y agrega preocupaciones teleológicas al enfermo, tanto más patente cuanto más progresa la enfermedad. El apoyo espiritual en estas condiciones significa un importante alivio, dando al paciente una esperanza, ayudándolo a comprender el rol de la medicina frente al rol divino de Dios como sanador y sosteniéndolo a él y a su familia en su fe cuando la curación física es imposible.

e) El médico debe reconocer prontamente los síndromes comunes de dolor asociado a cáncer. Los cuadros de dolor en cáncer están frecuentemente asociados a compromiso nervioso por compresión del nervio o de sus vasos nutricios, lo que se traduce clínicamente en dolor neuropático. El reconocimiento de esta sintomatología permite la detección y el tratamiento

precoz del compromiso de pares craneanos, plexos nerviosos, nervios propiamente tal y, más peligroso que los anteriores, compresión medular. Idealmente, en pacientes en riesgo de compresión medular el tratamiento (RT, cirugía, esteroides en altas dosis) debe ser instituido antes de la aparición de sintomatología neurológica: solo un 10% de los pacientes postrados con compromiso medular vuelven a caminar, versus un 90% de los pacientes manejados precozmente.

f) Cualquier cambio en las características del dolor o la aparición de un nuevo cuadro doloroso deben ser objeto de evaluación clínica y modificación de la terapia según lo requiera.

Manejo del dolor.

a) Manejo no farmacológico: Las actuales guías clínicas para el manejo del dolor sugieren la implementación de terapias alternativas para el manejo del dolor (acupuntura, TENS, hipnosis, bio-feed-back, etc.). Algunas veces, medidas tan simples como la comunicación abierta con el paciente permite disminuir su nivel de angustia y modificar su umbral de percepción para el dolor. Mención aparte requieren la terapia postural y la relajación, técnicas simples que pueden realizarse aun con el paciente postrado y que facilitan el buen dormir y, eventualmente, la disminución de la dosis de analgésicos.

b) Manejo farmacológico: Actualmente, no hay justificación para que un paciente muera con dolor. En más de un 90% de los casos se logra adecuada analgesia con preparaciones transdérmicas u orales; en un 5% es necesario considerar otras vías de administración (subcutánea, endovenosa o epidural). La sedación paliativa, consistente en sedar al paciente hasta la inconciencia, está indicada en menos de un 5% de los casos, en general en pacientes moribundos con dolor intratable u otros síntomas que generen un stress intolerable para el enfermo. En cualquier caso, la intención de la sedación paliativa no es acelerar la muerte si no aliviar el sufrimiento del paciente.

Para el manejo racional del dolor, la Escala analgésica de la OMS (1990) es un esquema probado y de alta efectividad. En síntesis, la escalera recomienda el uso de AINE's para pacientes con dolor leve (Grupo I, una minoría en el contexto del paciente terminal); opiáceos débiles (codeína, hidrocodona), oxicodona en dosis bajas o tramadol con o sin AINE's en pacientes con dolor moderado (Grupo II), y finalmente opiáceos fuertes (morfina, oxicodona, fentanyl, metadona) en pacientes con dolor severo (Grupo III). Revisaremos brevemente el arsenal terapéutico para el manejo del dolor.

1. AINE's: Como es bien sabido, el mecanismo de acción de los AINE's depende de la inhibición de la ciclooxigenasa de membrana (COX1 y 2). Esta proteína existe en forma constitutiva (COX1) e inducible (COX2). La gran mayoría de los efectos fisiológicos de las prostaglandinas dependen de su síntesis por COX1 (v.g., a nivel renal, gástrico o plaquetario), aun cuando la COX 2 juega cierto rol. El uso de inhibidores no selectivos de las COX implica un riesgo de deterioro de función renal, injuria en la mucosa gastrointestinal y progresión del edema en pacientes cirróticos o insuficientes cardiacos. El uso de AINES selectivos (rofecoxib, celecoxib) implica un riesgo menor; sin embargo, no deben ser considerados inocuos.

Mención especial amerita el ketorolaco, un AINE con formulación parenteral particularmente útil para el control del dolor moderado a severo. Una dosis de 30 mg de ketorolaco tiene una potencia similar a 12 mg de morfina intramuscular. Sin embargo, el ketorolaco tiene todos los efectos adversos de los AINE's y, por lo tanto, no se recomienda su uso crónico; en caso de preverse un requerimiento prolongado de analgesia para control de dolor moderado, debe privilegiarse el uso de opiáceos.

En caso de pacientes con dolor leve bien controlado con AINE's, debe privilegiarse el uso de acetaminofeno (paracetamol) o inhibidores COX2 selectivos; en pacientes de más de 70 años o con riesgo de sangramiento digestivo, el uso de inhibidores de bomba de protones (omeprazol, lanzoprazol, pantoprazol) debe considerarse y, en caso que sea clínicamente apropiado, debe buscarse evidencias de sangramiento oculto. Dada la potencialidad de los AINE's para producir deterioro de la función renal, la evaluación clínica sugerido por las guías clínicas incluye control de presión arterial y electrolitos a las 2 semanas de iniciada la terapia.

2. Opiáceos: Los opiáceos constituyen el pilar fundamental en el manejo del dolor moderado a severo. Sin embargo, su uso suele verse interferido por el temor a la “adicción” y a los potenciales efectos adversos por parte del paciente y su familia. ES necesario educar al paciente sobre los términos adicción, dependencia y tolerancia, dándole a conocer que el riesgo real de dependencia es menor a un 1% y que el sentimiento de euforia asociado eventualmente al uso de estos medicamentos no implica mal uso. Más importante aún, es necesario recalcar la posibilidad de elevar la dosis para el control del dolor como un componente habitual de la estrategia de manejo.

Por otro lado, los opiáceos son subutilizados por el médico tratante por temor a acelerar la muerte del paciente. Si bien existe el riesgo teórico de que el uso de opiáceos en dosis altas resulte deletéreo en lo que a sobrevida se refiere (opiáceos titulados adecuadamente no han demostrado acortar la sobrevida), existe un sólido soporte ético para el uso de opiáceos para aliviar el dolor en las dosis que sean necesarias, aun cuando esto implique el apresurar la muerte del paciente. Tal postura (doctrina del doble efecto) está considerada en el catecismo católico y es usualmente aceptada por las comunidades judías e islámicas.

El uso de opiáceos requiere ciertas consideraciones para optimizar su efecto y prevenir efectos adversos:

- a) El médico debe iniciar la prescripción siguiendo la escalera analgésica, subiendo un peldaño en caso de persistencia del dolor.
- b) La prescripción del opiáceo debe considerar la dosis y frecuencia de administración necesaria para prevenir la aparición del dolor (indicación horaria).
- c) Debe considerarse una dosis de rescate de un 10% de la dosis diaria para exacerbaciones inesperadas del dolor (en ancianos, usualmente se inicia con el 5% de la dosis total).
- d) La prescripción de un opiáceo debe asociarse al uso por horario (y no a necesidad) de un laxante suave.

a) Step 2: Los agentes más comúnmente empleados son la codeína, hidrocodona, oxicodona en dosis bajas (5-10 mg) o tramadol combinados o no con paracetamol o AINE's. La codeína presenta algunos inconvenientes en su uso; para su metabolismo (hepático) se requiere la inducción de sistemas enzimáticos que son inhibidos por drogas como la cimetidina o la fluoxetina. Habitualmente, dosis superiores a 1,5 mg/kg son mal toleradas. Las formulaciones con combinaciones fijas de codeína/paracetamol son útiles en el manejo del dolor, pero su uso entraña el riesgo de alcanzar dosis tóxicas de acetaminofeno.

El tramadol es una droga muy bien tolerada y segura cuando se utiliza en las dosis recomendadas (hasta 400 mg/día). La dosis debe ser rebajada en un 50%, con un intervalo de dosificación no inferior a 12 horas en pacientes ancianos o con deterioro de la función renal. La titulación paulatina (aumentos de 50 mg cada 3 días) minimiza los efectos adversos (náusea, vómito y mareo).

b) Step 3: Una forma habitual de administración de opiáceos es el uso de soluciones acuosas de morfina. La dosis inicial suele ser 5 a 10 mg cada 4 horas; esta dosificación es extremadamente segura, y debe titularse en incrementos del 30 al 50% de la dosis previa hasta lograr el control de la sintomatología. No existe en rigor una dosis máxima; sin embargo, el dolor suele responder con dosis de 10-30 mg c/4 h. Actualmente, existen en el mercado preparaciones de liberación sostenida de morfina las que, al igual que los parches transdérmicos de fentanyl, pueden ser utilizados para el control del dolor severo. La metadona es tan segura como la morfina de liberación sostenida en pacientes con adecuada función renal o hepática. La dosis equianalgésica morfina/metadona varía según la dosis de morfina empleada: con dosis totales de morfina de 30-90 mg la equivalencia es 4:1 ; dosis 90-300 mg , 6:1 ; dosis mayores tienen una equivalencia de 8:1. La meperidina no es útil en el control del dolor crónico dada su baja biodisponibilidad, vida media corta y el riesgo de acumulación de metabolitos (normeperidina) capaces de causar mioclonías y convulsiones, en particular en pacientes con falla renal. Las convulsiones asociadas a acumulación de normeperidina no responden a naloxona.

Las formulaciones de liberación inmediata son útiles para controlar las exacerbaciones agudas del dolor. Junto a los preparados parenterales, existen formas orales de morfina y oxicodona con eficacia similar. La dosis de rescate (10% de la dosis total de opiáceos) puede repetirse cada 1 o 2 horas hasta lograr un adecuado control de la sintomatología. En ancianos , la dosis de rescate inicial no debe sobrepasar el 5% de la dosis total con un intervalo no inferior a 4 horas. Es de particular importancia evitar la administración en bolos en pacientes añosos, pues estos maximizan el riesgo de efectos adversos; debe privilegiarse la administración continua por vía subcutánea, endovenosa o intratecal.

Cambio de opiáceos: A medida que la enfermedad evoluciona, comúnmente es necesario cambiar el agente o su vía de administración. Para tales efectos, es necesario conocer las dosis equianalgésicas de los diferentes opiáceos; la dosis así calculada debe ser disminuida en un tercio al iniciar la nueva prescripción, dado que la tolerancia cruzada a los efectos adversos es incompleta entre distintos opiáceos. Finalmente, es necesario prescribir las ya mencionadas dosis de rescate (5 -10% de la dosis diaria).

Efectos adversos de los opiáceos

Cerca del 30% de los pacientes cursan con náuseas y vómitos al iniciar la terapia con opiáceos. Estos síntomas suelen mantenerse por 48-72 horas y responden adecuadamente a antieméticos centrales (haloperidol 1,5 -5 mg/noche; proclorperazina 5 mg c/8h), los que usualmente se mantienen por una semana. La náusea persistente (más allá de los primeros días) requiere cambiar el opiáceo prescrito.

Todos los opiáceos se asocian a constipación. A menos que el paciente presenta diarrea franca al momento de iniciar la medicación, es importante prescribir un laxante junto a un agente que disminuya la consistencia de las heces (laxantes derivados de senna junto a administración horaria de lactulosa). El uso de fibra puede agravar la constipación en pacientes con poca ingesta oral.

En algunos pacientes, en particular ancianos, con patología prostática o recibiendo fármacos con efectos anticolinérgicos, el uso de opiáceos gatilla un cuadro de retención urinaria que habitualmente responde luego de 1 o 2 días. Eventualmente, algunos pacientes requerirán medicación específica para relajar el detrusor (terazocina) o una prueba terapéutica con finasteride.

La sedación asociada a opiáceos es más importante en los primeros días de tratamiento o cambio de dosis. Es importante recalcar que la naloxona no debe ser utilizada en el paciente tolerante, pues puede revertir la analgesia y precipitar síntomas de abstinencia. En caso que se desarrolle marcada depresión respiratoria, la dosis habitual de 0,4 mg debe ser diluida en 10 cc de solución fisiológica, administrando lentamente hasta revertir la depresión respiratoria, sin que se intente despertar al paciente. En caso de persistencia de la sedación, es necesario descartar procesos orgánicos, siendo recomendable el cambio de agente y la suspensión de otros fármacos que pudiesen contribuir a la sintomatología. En algunos casos el uso de sicoestimulantes (metifenidato, dextroanfetamina o pemoline) permite revertir el síntoma. Estos fármacos están contraindicados en pacientes hipertensos, cardiopatas o con glaucoma; por el contrario, la presencia de metástasis cerebrales o antecedente de convulsiones solo constituyen contraindicaciones relativas.

El compromiso cognitivo mínimo (pesadillas vividas, alucinaciones) responde adecuadamente al cambio de agente. El delirium por opiáceos es más común en pacientes recibiendo altas dosis de fármacos, ancianos, con deterioro cognitivo previo, deshidratados, polimedicados y con falla renal. Para su manejo agudo es necesario recurrir a neurolépticos y a menudo constituye una causa de hospitalización de estos paciente; sin embargo, en el paciente moribundo es posible realizar manejo domiciliario, con indicaciones precisas sobre el manejo ambiental y prescripción horaria de neurolépticos. La familia debe ser informada sobre el manejo del delirium, su grado de reversibilidad y el rol del opiáceo en la sintomatología.

Coadyuvantes: En pacientes terminales el uso de coadyuvantes suele restringirse al manejo del dolor neuropático. En este caso, la adición de antidepressivos tricíclicos (amitriptilina 10-25 mg c/12 -24h) o anticonvulsivantes (carbamazepina o gabapentina) permite un adecuado control de la sintomatología, aun cuando la carbamazepina usualmente causa intensa somnolencia en el anciano y, al igual que la gabapentina, puede asociarse a granulocitopenia severa.

Los corticoides son útiles en conjunto con la terapia estándar en el control del dolor neuropático y el asociado a metástasis óseas. Usualmente se inicia con dosis altas (dexametasona 4-8 mg c/12h) por un plazo de 5 a 7 días; en caso de no existir respuesta, el corticoide puede suspenderse en forma abrupta. Si, por el contrario, hay mejoría sintomática, se inicia un descenso gradual del corticoide junto a la titulación progresiva de un opiáceo junto a un coadyuvante como la gabapentina.

En el control del dolor asociado a metástasis óseas la radioterapia paliativa tiene un rol claramente demostrado, aun en estadios avanzados de la enfermedad. En lesiones osteolíticas de cáncer de mama, mieloma múltiple y probablemente, en cáncer de próstata, el uso de un bifosfonato endovenoso (pamidronato) se asocia a disminución notoria de la sintomatología dolorosa. En pacientes refractarios a los bifosfonatos, el uso de radiofármacos (Estroncio-89) ha demostrado utilidad en trabajos prospectivos, randomizados, doble ciego. En un grupo seleccionado de pacientes (v.g., en aquellos con dolor por compromiso simpático) el bloqueo nervioso permite la resolución del cuadro.

3. Manejo de otros síntomas: En el manejo de los otros síntomas distintos al dolor del paciente terminal, el médico debe buscar la causa de la molestia mediante una anamnesis rigurosa, examen físico completo y los exámenes de laboratorio que se justifiquen en el contexto del paciente (v.g., aquellos que puedan demostrar una anomalía modificable). Los esfuerzos se dirigen a aliviar el síntoma, junto con tratar la causa subyacente cuando sea posible o razonable; al igual que en el caso del manejo del dolor, la comunicación con el paciente y su familia y la reevaluación periódica son las bases que aseguran el éxito de la intervención.

a) Constipación: definida como el paso dificultoso de heces pequeñas y endurecidas, constituye un síntoma común en pacientes terminales, particularmente los oncológicos. La presencia de constipación suele asociarse a dolor abdominal, flatulencia, sensación de distensión abdominal y tenesmo rectal; la presencia de anorexia, náusea o vómito orienta al desarrollo de una complicación.

Las etiologías asociadas a constipación en el paciente terminal pueden ser sistematizadas en 3 grupos:

– **Asociadas a la patología basal:**

- i. Hipercalcemia,
- ii. Enfermedad pélvica o intrabdominal,
- iii. Compresión radicular (Cauda equina).

– **Asociadas a debilidad:**

- i. Postración,
- ii. Baja ingesta de líquidos,
- iii. Incapacidad para llegar al sanitario.

– **Secundarias a tratamiento:**

- i. Opiáceos,
- ii. Antieméticos,
- iii. Antiácidos a base de aluminio,
- iv. Drogas con efecto anticolonérgico,
- v. Antiinflamatorios no esteroideos.

La evaluación del paciente constipado precisa un examen físico prolijo que incluye tacto rectal u ostomal para descartar impactación a ese nivel. Eventualmente, radiografías simples de abdomen pueden orientar en el estudio etiológico.

El manejo de la constipación excede con mucho el simple uso de laxantes; es necesario poner atención a factores agravantes (postración, baja ingesta de líquidos) para asegurar el confort del paciente y evitar dentro de lo posible la perpetuación de la sintomatología.

El objetivo del uso de laxantes es lograr la defecación cómoda, más que una determinada frecuencia de deposiciones. Los medicamentos disponibles corresponden a 2 grandes grupos:

– Ablandadores de deposiciones:

- i. Surfactantes (docusato sódico),
- ii. Osmóticos (lactulosa, sorbitol),
- iii. Fibra (Ishpagula , Metilcelulosa),
- iv. Salinos (Sulfato de magnesio),
- v. Ubricantes (Vaselina líquida).

– Estimuladores del peristaltismo:

- i. Antracenos (Senna),
- ii. Polifenólicos (Picosulfato de sodio).

El uso de laxantes depende de las condiciones del paciente; así por ejemplo, los derivados de fibra tienen una escasa utilidad en pacientes neoplásicos, pues exigen para su acción el consumo de cantidades importantes de líquido y pueden precipitar cuadros subobstructivos. Los estimuladores del peristaltismo intestinal, por el contrario, son particularmente útiles en pacientes en tratamiento con opioides; usualmente se utilizan con ablandadores de deposiciones para asegurar el confort del enfermo.

El uso de enemas, aunque a menudo necesarios, no reemplaza los laxantes orales. En caso de impactación fecal, los enemas lubricantes a base de glicerina permiten ablandar las heces y promueven la desimpactación; eventualmente, para su administración es necesaria la realización de una proctoclisia avanzando una sonda rectal o Foley unos 10 cm a partir del margen anal. Una vez ocurrida la desimpactación, el laxante oral debe ser titulado hasta alcanzar una dosis que minimice los riesgos de eventos a repetición.

b) Náusea y vómito: Estos síntomas pueden ser extremadamente debilitantes hacia el fin de la

vida. La evaluación del paciente con emesis incluye una anamnesis detallada consignando la temporalidad, frecuencia y aspecto del vómito; en algunos pacientes deberá realizarse un perfil bioquímico; a menudo, un estudio más detallado no tiene justificación,

La etiología de estos síntomas suele ser multifactorial. Sin embargo, es útil registrar todas las causas posibles dado los diferentes niveles de acción de los antieméticos disponibles

– **Drogas:**

- i. Opiáceos,
- ii. Quimioterapia.

– **Causas gastrointestinales:**

- Gastritis o Úlcera gástrica,
- Mal vaciamiento gástrico,
- Obstrucción gastroduodenal,
- Obstrucción intestinal.

– **Causas metabólicas:**

- Falla renal,
- Hipercalcemia,
- Infección,
- Productos tumorales.

– **Causas neurológicas:**

- Aumento de presión intracraneana.
- Patología vestibular.

– **Otros:**

- Tos emetizante
- Radioterapia abdominal o pélvica.

El manejo de la sintomatología incluye medidas generales como evitar olores intensos en el medio del enfermo, que suelen gatillar molestias. El manejo farmacológico debe ser inicialmente orientado según la causa precipitante, dentro de lo posible.

– Opiáceos: Cerca del 30% de los pacientes sufre de náuseas al utilizar las primeras dosis de morfina. El uso de metoclopramida (o haloperidol) minimiza las molestias.

– Quimioterapia: Antagonistas del receptor 5-HT₃ (ondasetón, granisetón) han probado su efectividad incluso en QT con cisplatino. Su efecto se ve reforzado por el uso concomitante de dexametasona. El uso de metoclopramida en altas dosis con dexametasona es una opción barata pero menos efectiva; para el

manejo de la ansiedad anticipatoria es útil el uso de benzodiazepinas de acción corta.

– Insuficiencia renal: A menudo existe respuesta favorable al uso de haloperidol.

– Obstrucción intestinal inoperable: El uso de metoclopramida puede ser útil si la obstrucción es parcial; algunos autores proponen el empleo de dexametasona, aun cuando su eficacia es controversial. Hioscina y octreotido permiten reducir el volumen de emesis; el sondeo nasogástrico permite la descompresión gástrica y en un número limitado de pacientes (0-2%) determina la resolución de la sintomatología.

– Hipertensión endocraneal: En caso de falla o contraindicación al uso de dexametasona, el empleo de ciclizina ha probado ser eficaz en el control de las molestias.

En el paciente en proceso activo de morir, los antieméticos deben mantenerse de haber sido requeridos los días previos; el desarrollo de náusea vómito como síntoma nuevo en las últimas horas es un evento raro (<10%). De no encontrarse un factor preciso, el uso de antieméticos de amplio espectro (metotrimeprazina u otra fenotiazina) es recomendable.

c) Anorexia y caquexia: Las enfermedades sistémicas como el cáncer o el SIDA determinan en su evolución un síndrome de wasting, caracterizado por anorexia y caquexia progresiva. La etiología de estos cuadros no está del todo aclarada, aun cuando es posible que ciertos productos derivados del tumor o de la respuesta inflamatoria sistémica (en particular, interleukinas y TNF alfa) pueda explicar algunas de las alteraciones metabólicas presentes en los pacientes.

Pese a la apariencia de desnutrición del paciente con wasting, la nutrición agresiva no se acompaña de una reversión en las alteraciones fisiológicas; en caso de producirse ganancia de peso, esta suele deberse a un aumento en el porcentaje de grasa corporal y no en una elevación del contenido proteico. En pacientes con cáncer (a diferencia de pacientes VIH) la nutrición agresiva puede implicar un aumento del discomfort del paciente sin asociarse a outcomes favorables.

El médico no debe perder de vista las condiciones tratables que pueden determinar anorexia en el paciente terminal (patología bucal, reflujo gastroesofágico, constipación). El manejo general es determinante; se debe explicar a la familia y al paciente la fisiopatología de sus molestias; eliminar las restricciones alimentarias; reducir el tamaño de las porciones y eliminar aquellos alimentos con olor desagradable para el enfermo. El uso de corticoides o andrógenos parece promover un aumento de la ingesta y una sensación de bienestar general; sin embargo, la escasa evidencia clínica no permite generalizar su indicación.

d) Agitación y confusión: El manejo de la agitación en el paciente terminal obliga a un enfrentamiento sistemático. Debe considerarse que en pacientes caquéticos el umbral de agitación puede encontrarse extraordinariamente disminuido; debe enfatizarse la necesidad de un ambiente familiar, tranquilo, iluminado para minimizar los riesgos de agitación psicomotora.

El manejo adecuado pasa por controlar la agitación actual junto con determinar su causa. Al

igual que cualquier cuadro de delirium en un paciente añoso, es importante determinar causas reversibles; en un enfoque proporcionado, habitualmente se limita a descartar:

- Drogas (Opiáceos, corticoides, neurolépticos).
- Patología orgánica: Dolor, distensión vesical o intestinal, lesiones cerebrales, infección, patología hematológica, falla orgánica múltiple.
- Trastornos metabólicos: Sodio, calcio, urea, glucosa, hipoxia.
- Ansiedad.

El arsenal terapéutico disponible para el manejo de la agitación psicomotora incluye antipsicóticos y benzodiazepinas. Debe evitarse a toda costa la llamada agitación terminal, usualmente debida al uso inapropiado de medicamentos en un paciente que desea hablar.

e) Disnea: La búsqueda de causas reversibles de disnea se torna extremadamente limitada en el paciente terminal. Una excepción importante es la insuficiencia cardiaca descompensada, que eventualmente puede ser aliviada con el uso juicioso de diuréticos.

Las medidas generales (relajación, posicionamiento, ventilador, ejercicios respiratorios) alivian la disnea en un número importante de pacientes. La oxigenoterapia puede ser útil aun en individuos sin hipoxemia; la nebulización con suero fisiológico al 0,9% puede ser útil en pacientes con tos seca o secreciones adherentes, aun cuando ha de ser evitada en casos de broncoespasmo.

El uso de opiáceos y benzodiazepinas puede ser útil en pacientes refractarios a medidas generales, debiendo ser tituladas de manera similar a la detallada para el manejo del dolor. El estridor terminal requiere a menudo el uso de opiáceos para disminuir el sufrimiento del paciente.

f) Situaciones de emergencia: Es importante anticiparse a las posibles emergencias a desarrollarse en la situación de últimos días; el manejo oportuno de estos eventos es importante tanto para el paciente como para su familia. Así, por ejemplo, en pacientes con metástasis cerebrales que no recibe dexametasona la aparición de convulsiones es previsible; el uso de infusiones de midazolam y/o lorazepam rectal permite minimizar los riesgos.

De cualquier manera, las emergencias que se presentan en las últimas 48 horas de vida son a menudo irreversibles; en estos casos, lo crucial es asegurar el bienestar del enfermo; es importante disponer de medicamentos útiles (midazolam, morfina) preparados y con instrucciones inequívocas de administración de tal manera que su uso no requiera de la consulta previa con el médico de no encontrarse presente.

g) Duelo: El proceso de duelo a menudo comienza con antelación a la muerte del paciente. Es en esta área donde el rol de soporte del equipo de salud cobra mayor relevancia. Un médico presente, dispuesto a responder dudas con paciencia y honestidad es apreciado por la familia y el paciente. Debe considerarse que una de las principales causas de ingreso de pacientes en situación de últimos días a los hospitales es la falta de apoyo práctico del equipo de salud ambulatorio.

Paralelamente, el médico debe identificar los factores de riesgo de duelo patológico para asegurar el adecuado cuidado de los familiares luego de la muerte del paciente; el cuidado de estos elementos forma parte del enfoque integral de los cuidados paliativos.

- Paciente: Joven.
- Enfermedad: Aguda, dificultosa, desfigurante o dolorosa.
- Muerte: Súbita o traumática.
- Relación: Ambivalente, hostil. Dependiente.
- Cuidador principal: Joven; con otros dependientes; Enfermedad concomitante; falta de red de apoyo. Hospicio

Los primeros hospicios fueron fundados en Dublin por las Hermanas de la Caridad en 1879 y en Londres en 1907. Sin embargo, la concepción actual no aparece sino hasta 1967, con la fundación del Saint Christopher's Hospital en Londres por Dame Cicely Saunders.

Conceptualmente, el modelo de hospicio corresponde a una modalidad única de cuidados de salud con foco en la paliación, cuando la cura ya no es posible; busca llevar reafirmación a la vida del paciente, tratando al paciente terminal a un nivel físico, psicológico y espiritual.

La filosofía tras el movimiento hospicio puede resumirse en los siguientes puntos:

- La muerte es un proceso natural. Cuando la muerte es inevitable, el hospicio no busca adelantarla ni posponerla.
- Los objetivos clínicos son el control del dolor y de los síntomas.
- El dolor psicológico y espiritual son tan relevantes como el físico; el enfrentamiento de esta problemática requiere un equipo multidisciplinario.
- La unidad de cuidado es el paciente y sus familiares.
- El cuidado del duelo es crucial para el soporte de los familiares y amigos.
- El cuidado se otorga al paciente independiente de su capacidad de pago.

El objetivo final del hospicio es brindar al paciente una muerte confortable y sin dolor en sus hogares. Para este efecto, es necesario el desarrollo de equipos multidisciplinarios capacitados en el manejo ambulatorio del paciente terminal; paralelamente es necesaria la existencia de instalaciones capaces de recibir al paciente en un ambiente familiar que permita la realización de cuidados paliativos continuos con acceso ilimitado de la familia, en los casos en los que los cuidados no pueden ser aportados en una base domiciliaria o cuando la familia requiere de un breve descanso en la tarea del cuidado del enfermo. La admisión de pacientes de hospicio a unidades hospitalarias puede ser necesaria cuando hay escalada rápida en los síntomas o cuando éstos son pobremente controlados. El objetivo de dichas hospitalizaciones es el control de la sintomatología de manera tal que permita su manejo en una base ambulatoria.

¿Cuáles son las limitantes actuales para la implantación de un modelo de cuidados paliativos? Aun en países en los que el modelo de hospicio está ampliamente establecido, las prestaciones del sistema son ampliamente subutilizadas; es necesario un diálogo social continuo sobre nuestra actitud frente a la patología terminal, y la formación de profesionales capacitados en el

reconocimiento y manejo de la sintomatología en este grupo especial de pacientes para asegurar el desarrollo de iniciativas similares a nivel local.

Bibliografía

- AMA Council on Scientific Affairs. Good care of the dying patient. JAMA 1996;275:474-478.
- O'Neill, B.; Rodway, A. ABC of palliative care: Care in the community. BMJ 1998;316:373-377
- Sulmasy D.P.; Lynn, J. End-of-life care. JAMA 1997;277:1854-1855.
- Rousseau, P. Hospice and palliative care. Dis Mon 1995;41:779-842.
- Rhymes, J.A. Barriers to effective palliative care of terminal patients: An international perspective. Clin Geriatr Med 1996;12:407-416.
- Morrison, R.S.; Meier DE; Cassel, CK. When too much is too little. N. Engl. J. Med 1996;335: 1755-1759.
- Cleeland, C.S. Undertreatment of cancer pain in older patients. JAMA 1998;279:1914-1915.
- Abrahm J.; Snyder, L. Pain assessment and management. Clin Office Pract 2001;28(2).
- Miller, K. Challenges in the pain management at the end of life. Am Fam Phys 2001; 64(7).
- Leland, J. Death and Dying. Clin Geriatr Med 2000; 16(4).
- Cleeland, C.S.; Gonin, R, Hatfield, AK et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N. Engl J Med 1994;330:592-596.
- Adam, J. ABC of palliative care: The last 48 hours. BMJ 1997;315:1600-1633.
- O'Neill, B.; Fallon M. ABC of palliative care: Principles of palliative care and pain control. BMJ 1997;315:801-804.
- Jadad, A.R.; Browman, GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management. JAMA 1995;274:1870-1873.
- Levy, M.H. Pharmacological treatment of cancer pain. N Engl J Med 1996;335:1124-1132.
- Skolnick, A.A. New study suggests radiation often underused for palliation. JAMA 1998; 279:343-344.
- O'Brien, T.; Welsh, J.; Dunn, FG. ABC of palliative care: Non-malignant conditions. BMJ 1998;316:286-289.
- Rousseau, P. Non-pain symptom management in terminal care. Clin Geriatr Med 1996; 12:313-327
- Ross, D. Management of Common symptoms in terminally ill patients. Part I: Fatigue, Anorexia, Cachexia , Nausea and Vomiting . Am Fam Phys 2001; 64(5).
- McCann, R.M.; Hall, WJ.; Groth-Juncker, A. Comfort care for terminally ill patients. JAMA 1994;272:1263-1266.

- Falk, S.; Fallon, M. ABC of palliative care: Emergencies. BMJ 1997;351:1525-1528.
- Fallon, M.; O'Neill, B. ABC of palliative care: Constipation and diarrhea. BMJ 1997; 315:1293-1296.
- Baines, M.J. ABC of palliative care: Nausea, vomiting, and intestinal obstruction. BMJ 1997;315:1148-1150.
- Shuster, J. Palliative care for advanced dementia. Clin Geriatr Med 2000; 16 (2).
- Barraclough, J. ABC of palliative care: Depression, anxiety and confusion. BMJ 1997;315:1365-1368.
- Keay, T; Schowetter, R. The case for Hospice care in long term care environments. Clin Geriatr Med 2000; 16(2).
- Perron, V., Schonwetter, R. Hospice and palliative care programs. Clin Geriatr Med 2001; 28(2).
- Melvin, T. The primary care physician and palliative care. Clin Office Pract 2001; 28(2).