

ASISTENCIA AL ENFERMO TERMINAL EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

*Dr. Alfredo Alberto Espinosa Roca **

*Dr. Angel Julio Romero Cabrera ***

*Dra. Maribel Misas Menéndez ****

*Dr. Orestes Fresneda Quintana *****

Palabras claves: Enfermo terminal, Cuidados paliativos, Atención domiciliaria

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son una modalidad de la medicina en la que el ejercicio profesional se centra en la atención integral, activa y continuada del paciente y sus familiares, realizada por un equipo multidisciplinario cuando la expectativa no es la curación, sino proporcionar calidad de vida sin alargar la supervivencia. Deberá cubrir aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, si es necesario se extenderá al período de duelo.

Enfermedad terminal

Enfermedad que transcurre con las siguientes características :

1. Diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable
2. Falta de respuesta al tratamiento específico
3. Pronóstico de vida no mayor de 6 meses
4. Numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes
5. Gran impacto emocional en el paciente , familia y equipo terapéutico.

Situación de enfermedad terminal

Aquella en la que existe una enfermedad avanzada, progresiva, e incurable, con síntomas múltiples,

multifactoriales, intensos y cambiantes, con impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y el equipo, con pronóstico de vida limitado por causa de cáncer, SIDA, enfermedades crónicas evolutivas discapacitantes y otras enfermedades y condiciones relacionadas con la edad avanzada.

La dificultad para detectar esta situación hace que los pacientes sean incorporados tardíamente a los servicios de los Cuidados Paliativos.

Enfermo terminal

Enfermo que padece un proceso agudo o crónico que le sumerge en una situación crítica y lo conduce a la muerte en un plazo de 3 a 6 meses. Este período se caracteriza por una situación humana muy difícil, con una incapacidad para recuperar la salud y responder a la rehabilitación y terapéutica. La situación concreta de incurable no siempre está dada por la naturaleza de la enfermedad causal, sino por el tipo, grado, y curso de las alteraciones concomitantes y por la actitud que el paciente adopta ante ellas, aunque puede también deberse a complicaciones inesperadas de la terapéutica.

Etapas en la evolución del enfermo terminal

- Etapa inicial de estabilidad: es aquella en la que el paciente no presenta síntomas intensos ni alteración de su estado funcional.
- Etapa sintomática o de estado: caracterizada por la presencia de complicaciones generadoras de sufrimiento, con mayor o menor grado de alteración funcional que no afecta a la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Etapa de declive: las complicaciones están presentes de una forma continua y se observa un deterioro funcional importante que altera, en mayor o menor grado, la capacidad del sujeto para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Etapa final o de agonía: están presentes signos más o menos intensos del proceso de morir, con gran deterioro de la situación funcional, con complicaciones provocadoras de sufrimiento intenso y con un pronóstico inferior a 1 / 5 días.

La evolución de una etapa a otra puede ser de manera brusca o de forma más lenta, y no existen factores pronósticos de una supervivencia concreta, con un poder predictivo elevado, una vez que se ha establecido la fase terminal. Es bueno aclarar que la subfase en que se encuentre el paciente es importante para la toma de decisiones teniendo en cuenta siempre los principios de la Etica: actividades que pueden resultar adecuadas en las dos primeras etapas (como las transfusiones, la radiación, o la Cirugía paliativa o los estudios de imagen, entre otros), pueden no ser adecuados en la

* Especialista de II Grado en Medicina Interna. Diplomado en Cuidados Intensivos. Profesor Asistente. Dirección Municipal de Salud, Cienfuegos, Cuba.

** Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba.

*** Especialista de I Grado en Medicina Interna. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva. Master en Pedagogía. Instructora. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba.

**** Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Geriátrica y Gerontología. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba.

etapa de declive intenso o en la fase agónica. Por otra parte, la consideración de las distintas etapas permite entender que la enfermedad en fase terminal no está circunscrita a la última semana o a los últimos días de vida del enfermo.

Procesos subsidiarios de cuidados paliativos

- Cáncer.
- Enfermedades con dependencia funcional.
 - Comas vegetativos irreversibles.
 - Demencias en estadio avanzado.
 - Enfermedad cerebro vascular con dependencia terminal.
- Enfermedades degenerativas neurológicas en fase avanzada
 - Enfermedad de Parkinson.
 - Esclerosis lateral amiotrófica.
- Enfermedad cardiorrespiratoria incapacitante e incurable.
- Hepatopatías crónicas avanzadas.
- SIDA.
- Fallo multiorgánico.
- Anciano terminal.
- Por extensión, pacientes moribundos.

Tratamientos curativos versus paliativos

Los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, sino que son una cuestión de énfasis en diferentes etapas de la enfermedad. En el momento que se agota un tratamiento curativo, se entra en una etapa de franca progresión de la enfermedad, por lo que se deberán reorientar los objetivos terapéuticos exclusivamente al bienestar del enfermo y su familia. El único papel del tratamiento específico será en estas circunstancias, ayudar a la paliación de los síntomas que aquejen al paciente.

Objetivos y bases de la terapéutica paliativa

1. Atención integral. Que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continua.
2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
3. La promoción de autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran con el enfermo los planes terapéuticos.
4. Concepción terapéutica activa, incorporando una acti-

tud rehabilitadora y dinámica que nos lleve a superar el “no hay más nada que hacer”. Nada más lejos de la realidad, **siempre hay algo que se puede hacer por los enfermos.**

Instrumentos básicos

La calidad de vida y el confort de los pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los Cuidados Paliativos, cuyos instrumentos básicos son:

1. Control de síntomas. Reconociendo, evaluando y tratando adecuadamente los diferentes síntomas que inciden directamente sobre el bienestar del paciente. Mientras algunos se podrán controlar, en otros será preciso promover la adaptación del enfermo a los mismos.
2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, la familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.
3. Estrategias terapéuticas flexibles.
4. Trabajo con un equipo multidisciplinario, ya que es muy difícil plantear los Cuidados Paliativos en forma aislada, sin el soporte de un equipo especializado que disponga de los conocimientos y la formación necesaria para brindar apoyo adicional.
5. Reestructuración de la organización médica.
6. Difusión de los conocimientos.

Los grupos básicos de trabajos de la atención primaria de salud

Los grupos básicos de trabajos (GBT) de la atención primaria de salud tienen una función que no se limita a la atención directa de enfermos, sino que incluye además la valoración, la conexión de los recursos, el asesoramiento de los médicos y enfermeras, la formación y la investigación clínica, viendo a la persona de forma integral y a su familia, actuando como soporte técnico y de relaciones entre los diferentes niveles de atención.

Los equipos multidisciplinarios de atención geriátrica (EMAG)

Estos equipos surgen con la necesidad de evaluar a los ancianos, o sea, a las persona de 60 años y más, para darle solución a sus problemas físicos, emocionales y sociales, como grupo vulnerable y como programa priorizado en nuestro país en materia de salud.

Están constituidos por: un médico especialista en Medicina General Integral, una enfermera, una trabajadora social de salud y un psicólogo, todos pertenecientes al área de salud donde se encuentran laborando.

Interconsulta a los enfermos terminales por parte de los EMAG y los GBT en la APS

En nuestro trabajo muchos de nuestros pacientes vienen derivados de la consulta del médico de la familia, y la intervención de los EMAG y los GBT son de valoración y de ayuda, y dentro de los enfermos tenemos los que se encuentran en estadio terminal de enfermedades incurables tales como: neoplasias, neurodegenerativas, SIDA, por citar algunas y que su principal motivo de asistencia es la búsqueda de una atención global del enfermo y su familia y el control de los síntomas que se presentan. Es por esto que vemos a estos equipos como un recurso capaz de dar una respuesta de manera integral a las diferentes situaciones que se presentan en la práctica diaria y utilizándose como interconsultor y para casos de difícil manejo llevando a cabo una gestión social de salud, que además busca la relación entre la atención primaria y la secundaria, así como la participación de la comunidad y los diferentes servicios sociales, siendo un factor fundamental en la atención domiciliaria y la relación entre los diferentes niveles asistenciales.

Atención a la familia

La familia constituye la unidad de tratamiento junto con el paciente en fase terminal, es por ello que durante su estancia en la casa, la familia, y dentro de esta el cuidador principal, tiene un papel importante. Sin el apoyo de esta sería imposible una correcta atención domiciliaria.

Por otra parte, debe considerarse, que tras el fallecimiento de los pacientes, los familiares deben enfrentarse a la elaboración del duelo. En este aspecto debería promocionarse la actuación de los médicos de atención primaria en la labor de asesoramiento en el proceso del duelo, así como en la detección temprana de situaciones de psicopatología. El apoyo de los Grupos Básicos de Trabajo, así como las Unidades de Salud Mental de la comunidad, son un elemento fundamental en la actuación del primer nivel de salud. Sin que se produzca una situación de "medicalización" del proceso de duelo, los equipos de atención primaria, junto con las demás organizaciones de masa pertinentes, deberían favorecer la aparición de grupos de autoayuda o redes sociales adecuadas que presten un apoyo adecuado a los familiares.

Morir en la casa

El lugar idóneo para morir una persona debe ser el hogar, aunque hay que tener en cuenta una serie de situaciones que se pueden presentar, pues son de consideración y no siempre son posibles como se piensa. Es bueno brindarle al paciente y su familia los beneficios de la atención en el hogar, su conocimiento genera seguridad y fortalece la rela-

ción y confianza entre paciente/ familia y equipo multidisciplinario.

Ventajas de la atención en el domicilio

- Permanecer en su entorno, con sus familiares, costumbres, recuerdos, rodeado de sus seres queridos que siempre resulta agradable y aumenta el bienestar.
- Aporta elementos de confort, favoreciendo el autocuidado, la autonomía y la intimidad.
- Favorece el trato personalizado e individualizado.
- Facilita que el paciente pueda seguir marcando su propio ritmo de vida y tomando decisiones cotidianas.
- Se potencia la socialización y el mantenimiento de la capacidad funcional.
- Elimina los riesgos del hospital como son las infecciones intrahospitalarias, la desconexión del medio familiar y social.

Ventajas para los familiares

- Oportunidad de cuidar al ser querido en un momento muy importante de su vida.
- Mayor facilidad para comunicarse. Más momentos de intimidad familiar. Oportunidad de hablar de las cosas pendientes y disminuir con ello sentimientos de culpa.
- Formación práctica y asesoramiento sobre los cuidados necesarios al estar apoyado por profesionales en su casa y de forma "continuada" durante el cuidado.
- Una apropiada y precisa valoración del entorno y situación social aporta muchos datos que ayudan al tratamiento adecuado del paciente.
- En el domicilio se potencia el trabajo en equipo, lo que protege del síndrome del quemamiento ("burn out").
- Se potencia el trabajo multidisciplinario donde se integran los aspectos biopsicosociales de la atención y ésta es una forma muy gratificante de ejercer la medicina.

Ventajas para el sistema

- Mejor utilización de los recursos de Salud.
- Mejora la satisfacción de los pacientes y sus familiares.
- Racionaliza los costos.

Desventajas

- En ocasiones a pesar de cumplirse los criterios de ingreso y admisión en la casa puede existir una problemática familiar que dificulta el cuidado del paciente y que muchas veces puede ser difícil de detectar.
- El paciente se puede sentir una carga para su familia o pueden estar envueltos en reproches mutuos injustificados.
- La responsabilidad que los familiares asumen al mantener a su ser querido en casa es mayor que si se deriva a un hospital, pues muchos de estos pacientes son enfer-

mos muy difíciles que junto a la situación general pueden desbordar cualquier buena voluntad.

- Para los médicos puede resultar muy complicado en ocasiones que se administre bien la medicación, que se realicen los cambios posturales necesarios, se hidrate y se alimente adecuadamente al paciente. Además, la formación de los cuidadores es continuada, el esfuerzo de conocer a cada componente que interviene en el cuidado es mayor y todo ello requiere invertir mucho más tiempo en cada visita. La relación médico paciente es más equilibrada, pero implica a veces mayor dificultad a la hora de mantenerse cada uno en su papel.

Objetivos de la atención a domicilio

- Mejorar el confort y la calidad de vida del paciente.
- Facilitar el proceso de la terminalidad en el propio entorno, apoyando a los familiares durante la enfermedad.

Para ello las estrategias necesarias son

1. La valoración biopsicosocial del paciente y su entorno.
2. Control de los síntomas físicos y psíquicos del paciente
3. Formación de cuidadores.
4. Asesoramiento informado.

Criterios de ingreso en el domicilio

Cuando el paciente presenta:

- Dificultad para salir de su domicilio
- Estado de salud que requiere cuidados especiales por parte de los profesionales capacitados.
- Situación que por permanecer en el domicilio no produce riesgo sanitario.
- Aprobación por su parte para ser atendido en su casa.

Cuando los familiares:

- Aceptan participar en el cuidado de su ser querido.
- Son personas responsables y capacitadas para prestar esta atención.

Cuando el domicilio:

- Es seguro y está condicionado para la situación funcional del paciente (higiene).

Componentes para una atención integral a domicilio de calidad

- Cumplimiento de los criterios de admisión.
- Equipo multidisciplinario: enfermeros y médicos de la familia, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, (GBT y EMAG), fisioterapeuta, personal administrativo, (subdirector de asistencia médica) y demás profesionales de especialidades básicas y no básicas así como técnicos entrenados que sean necesario.

- Coordinación interna: reuniones programadas, proceso de atención y admisión definidos, sistema de comunicación interna ágil, alta disponibilidad (para el paciente y familia).
- Infraestructura:
 - Coordinación con el área de salud.
 - Llenado de historia clínica.
 - Equipos de material de enfermería de urgencia para realizar los diferentes procedimientos.
 - Disponibilidad para la interconsulta, exámenes complementarios, así como de la farmacia para adquirir los medicamentos.
 - Remisión del paciente hacia otro nivel de atención de ser necesario.

Proceso asistencial

El médico de familia y la enfermera serán responsables del paciente, los cuales realizarán la valoración del estado de salud, junto con el equipo básico de trabajo y desarrollarán el plan de cuidados integral.

La primera visita que realiza el médico (visita de ingreso o de admisión) donde se elabora la historia clínica (situación actual del paciente):

- Antecedentes personales y familiares.
- Medicación actual.
- Criterios de ingreso.
- Exploración clínica.
- Valoración social.
- Valoración mental (minimal).
- Plan provisional de cuidados.
- Nivel de control de síntomas.
- Diagnóstico.

En las posteriores visitas se tendrán en cuenta:

- Valoración funcional.
- Valoración de riesgo de úlceras.
- Valoración de úlceras si las hubiera.
- Valoración nutricional.
- Valoración de riesgos del paciente y el entorno.

Se informa al resto del equipo plan de cuidados con el paciente para el adecuado seguimiento del paciente y la programación de visitas y necesidades.

Se le informa a los familiares del paciente, (y a este cuando se estime pertinente) de las decisiones que se toman, y se les informan de las posibilidades de cambios que pueden surgir.

Hay enfermos que requieren una atención intensa y/o especializada, en cuyo caso se habla de hospitalización a domicilio, y otros que requieren una atención menos compleja y frecuente, (atención a domicilio). Los procesos asistenciales en ambos casos son similares.

Se dice que hay mayor complejidad cuando el enfermo además de prevención, promoción y educación, control de signos vitales, glucosa, enemas, cura de úlceras, o cuidados de sondas u ostomías, requiere tratamientos subcutáneos, intramusculares, o intravenosos, control de infusiones, transfusiones sanguíneas, pruebas complementarias, mantenimiento de oxigenoterapia y sueroterapia.

Otros aspectos importantes

- La prevención de complicaciones y hospitalizaciones innecesarias,
- La promoción y educación para la salud, procurando en todo momento cuidar y apoyar tanto a los pacientes como a los cuidadores.
- El médico de familia debe tener actualizado el plan de cuidados al paciente cada semana para conocer los cambios en la terapéutica, control de síntomas, ayuda a la familia, es decir, tomar todas las incidencias nuevas y preparar las nuevas iniciativas, de ser necesario se le comunica a los superiores del área ya que se deben recoger por parte del área de salud, todas las nuevas incidencias, necesidades de los pacientes y de su familia y así facilitar de esta manera las gestiones para la solución de los problemas o diferentes situaciones que se presenten en cuanto al apoyo con personal o material.

El duelo

Estado de dolor, aflicción, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. Se produce un trauma doloroso y se necesita de un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal.

Fases del proceso de duelo

1. Experimentar pena y dolor.
2. Sentir miedo, ira y resentimiento.
3. Experimentar apatía, tristeza y desinterés.
4. Reparación de la esperanza y reconducción de la vida.

Manifestaciones

- Sentimientos: tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad, autorreproche.
- Sensaciones físicas: estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, boca seca, sensación de ahogo, sentido de despersonalización.
- Pensamientos: incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas.
- Conductas: sueños con el fallecido, trastornos con el apetito, por defecto o por exceso. Conducta temeraria, retirada social, suspiros, llanto, hiperactividad y frecuentar los mismos lugares que el fallecido.

Tareas

1. Aceptar la realidad de la pérdida.
2. Sufrir pena y dolor emocional.
3. Ajuste al medio sin la persona desaparecida.
4. Quitar la energía emocional del fallecido reconduciéndolas hacia otras relaciones.

OBJETIVOS DE ORIENTACION EN EL DUELO

- Aumentar la realidad de la pérdida
- Ayudar al doliente a expresar su afectividad.
- Ayudar a vencer los impedimentos que evitan el reajuste después de la pérdida
- Estimular para decir “adiós” al fallecido y sentirse confortable en la nueva situación.

El duelo termina cuando las tareas han finalizado, la superación se da cuando la persona recupera el interés por la vida, experimenta satisfacción en la vida cotidiana y es capaz de pensar en el fallecido sin sentirse abrumado por el recuerdo, prestando atención a las vivencias positivas compartidas y dejándose llevar por un recuerdo sereno.

CONTROL DE SINTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Síntomas más frecuentes en Cuidados Paliativos:

• Anorexia	• Calambres musculares
• Boca seca y/o dolorosa	• Hipo
• Compresión medular	• Náuseas y vómitos
• Sudoración profusa	• Prurito
• Diarrea	• Síndrome de aplastamiento gástrico
• Disfagia	• Síndrome confusional agudo
• Disnea, Dolor	• Tenesmo urinario
• Espasmo vesical	• Tos
• Estertores premortem	• Hemoptisis
• Estreñimiento	• Hipercalcemia
• Fiebre tumoral	• Hipertensión endocraneal

Para realizar este abordaje que permita un control sintomático adecuado es necesario:

- a. Previo a cualquier tratamiento realizar una evaluación etiológica que nos permita determinar si un síntoma es atribuible a la enfermedad de base, secundario a los tratamientos recibidos o bien sin relación con ellos.
- b. Determinar la necesidad de tratar un síntoma en función de la fase evolutiva del paciente y de su situación clínica. Valorar la relación daño/beneficio (“no siempre lo más adecuado es tratar los síntomas”).
- c. Iniciar el tratamiento lo antes posible y realizar un seguimiento de la respuesta al mismo.
- d. Elegir tratamientos de posología fácil de cumplir, ade-

cuar la vía de administración a la situación del paciente y mantener la vía oral siempre que sea posible.

e. Reevaluar tratamiento cada vez que sea necesario, así como evitar la polimedición y no mantener medicamentos innecesarios hasta el último momento.

Anorexia

Síntoma frecuente en pacientes neoplásicos que genera gran ansiedad en el entorno familiar (se puede aliviar explicando el origen y las posibilidades terapéuticas). No tiene sentido tratarla en las últimas semanas de vida del paciente.

Medidas generales:

Preparación adecuada de alimentos en platos y raciones pequeñas.

Alternativas farmacológicas:

- Dexametasona 2-4 mg / día. Efecto transitorio durante 3-4 semanas.
- Acetato de Megestrol :160 mg 2 a 3 veces al día.
- Metoclopramida o procinéticos si la anorexia se acompaña de náusea y saciedad precoz.

Boca seca y/o dolorosa

Se presenta hasta en el 100% de los casos, los pacientes pueden referir dolor bucal, dificultad para la ingesta y ausencia de saliva. Las causas más frecuentes son:

- Mucositis por quimioterapia o radioterapia.
- Fármacos (opioides, anticolinérgicos).
- Infecciones bucales (candidiasis, herpes).
- Deshidratación.

Tratamiento de la boca seca

• Si es secundaria a la ingesta de fármacos debemos revisar la necesidad de tomarlos.

• Medidas generales: limpiar diariamente la boca y eliminar los detritus. Para ello se utilizan enjuagues con soluciones desbridantes ($\frac{3}{4}$ de Bicarbonato o $\frac{3}{4}$ de suero salino fisiológico y $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada, ésta última no se debe usar en estomatitis ni se debe tragar). Si el paciente no es capaz de realizar enjuagues se aplican estas soluciones con un cepillo suave de dientes o con un palillo con algodón.

• Aumentar la salivación: chupar pastillas de vitamina C, trozos de piña natural, caramelos sin azúcar, cubitos de hielo aromatizados con limón.

Tratamiento de la boca dolorosa

• En las afecciones dolorosas de la boca se pueden utilizar soluciones anestésicas varias veces al día:

- Hidróxido de aluminio
- Difenhidramina (enjuagues con tabletas disueltas en agua).
- Sucralfato, enjuagar y tragar
- Tratar las infecciones. En caso de micosis, usar enjuagues con nistatina: c/ 4-6 horas tragando el líquido

o Fluconazol: 50-100 mg / día, 5-7 días o bien dosis única de 200 mg.

• Analgésicos por vía oral o parenteral. En pacientes con Mucositis secundaria a quimioterapia puede ser necesario utilizar opioides.

Compresión medular

Es una urgencia oncológica que debe tratarse lo antes posible. Clínicamente debemos sospecharla en todo paciente que refiera dolor en columna, debilidad o parálisis en extremidades, trastornos sensitivos o alteraciones de esfínteres.

El tratamiento inicial se realiza con Dexametasona 100mg. IV en 100 cc de solución salina fisiológica. Infundirlo durante 10 minutos y remitir posteriormente al paciente a un centro hospitalario para confirmar diagnóstico y continuar el tratamiento.

Diaforesis (sudoración profusa)

Etiología habitual: infecciones, toxemia por afectación hepática

Tratamiento paliativo:

- Cimetidina (200 mg. c/ 12 h.) o Ranitidina (20 mg. c/12 h.)
- Indometacina 25 mg./ c/ 8h.
- Dexametasona 2-4 mg./ día.
- Fármacos con efecto anticolinérgico: Hioscina, Propantelina (15mg por la noche)

En pacientes con hiperhidrosis secundaria a tratamientos hormonales se puede utilizar Venlafaxina (75mg) o Paroxetina (20 mg). Si es secundaria a ansiedad pueden usarse: B-bloqueantes (Propranolol, 10-40 mg. c/8h.), Clorpromazina 25 mg. c/8 horas o Benzodiazepinas.

Diarrea

Síntoma mucho menos frecuente que el estreñimiento en el paciente terminal con la excepción de enfermos con SIDA. Su causa más común en pacientes con cáncer avanzado es el uso de laxantes.

Es importante descartar la diarrea secundaria a impactación fecal (necesario realizar tacto rectal).

Tratamiento

- Loperamida 4mg., 3-4 veces al día o Codeína 30-60mg. c/ 6-8 horas. Este último presenta efectos colaterales a nivel central.
- Si existe esteatorrea: Pancreatina 2-3 cp/comida), puede provocar prurito perianal, o Anti-H2 (Ranitidina, Cimetidina).
- Diarrea de origen biliar: Colestiramina 1 sobre c/8 horas
- Diarrea secundaria a Radioterapia: Naproxeno (250-500 mg. c/12h.).
- Cáncer rectal con tenesmo: enemas de corticoides.

Disfagia

Es un síntoma frecuente en: neoplasias orofaríngeas o esofágicas, enfermedades cerebrales, infecciones (herpes



virus, candidiasis), mucositis secundaria a radioterapia o quimioterapia y masas extrínsecas con compresión esofágica.

El tratamiento es paliativo y debe ajustarse a las expectativas de vida del paciente:

- Nutrición enteral o parenteral, radioterapia paliativa, prótesis esofágica.
- Dexametasona oral o parenteral 8-40mg/24 horas para intentar disminuir la masa tumoral.
- Si existe sialorrea (salivación excesiva) usar fármacos con efecto anticolinérgico (amitriptilina, hioscina).

Disnea

Está presente en el 40-55% de los pacientes con cáncer en algún momento de su proceso evolutivo. Puede tener relación con la neoplasia o bien ser secundaria al tratamiento (Quimioterapia, Radioterapia).

Si no existe relación debe tratarse la causa correspondiente. Si tiene relación recomendamos:

- Medidas generales: Humidificar el ambiente, oxígeno domiciliario, elevar la cabecera de la cama.
- Ansiolíticos (disminuyen la ansiedad y la taquipnea)
 - Vía oral. Diazepam 5-10 mg c/8-12 horas
 - Sublingual. Loracepan 0.5-2 mg
 - Subcutánea. Midazolam 2.5-5 mg. c/4 horas en bolos; 0.5-0.8 mg./hora en infusión
 - Intramuscular. Clorpromacina 25-100 mg c/24 horas
- Morfina
 - Uso inicial 2.5-5mg. c/4 horas.
- Corticoides si hay linfangitis carcinomatosa, neumonitis post-radioterapia, síndrome de vena cava superior u obstrucción de vías respiratorias
- Dexametasona 20-40 mg. c/24 horas, oral o parenteral
- Valorar terapia con broncodilatadores.
- En crisis aguda de disnea administrar Morfina y/o Benzodiacepinas.

Disuria

Se define como dolor con la micción. Puede ser secundaria a: infección urinaria, infiltración tumoral, cistitis secundaria a radioterapia o quimioterapia. Tratamiento:

- Tratar si existe la infección urinaria.
- Alcalinizar la orina con citrato potásico: 2.5 gramos c/8-12 horas. Oxibutinina 5-10 mg. c/8 horas.
- Propantelina 15 mg. c/8 horas.
- Instilar Lidocaina gel.
- AINES.

Dolor

De los enfermos con cáncer avanzado, el 60/ 80 % tienen dolor de moderado a severo. La prevalencia de dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad y este va a ser uno de los factores que más afecte la calidad de vida del paciente.

Se define una escala de analgésicos según la potencia progresivamente mayor.

Primer escalón:

- Aspirina: dosis máxima de 500 a 1000 mg. c/6 horas (tener presente la irritación gástrica y gastritis, así como epigastralgia y la hipoacusia).
- Paracetamol: dosis máximas de 500 a 1000 mg c/4 horas.
- AINES.
- Otros en nuestro medio: Dipirona (oral: 300 a 500 mg. c/6 o 12 horas, vía parenteral. Se administra: adultos: 0.5 a 1g por dosis; en niños: 10 a 12 mg. por dosis..

Si no hay mejoría con el primer escalón.

Segundo escalón:

- Codeína: (dosis máxima es de 60 mg. c/4 horas).
- Dihidrocodeína : (dosis máxima es de un comprimido c/12 horas).
- Amicodex (dipirona 500mg, clorhidrato de dextropropoxifeno 20 mg., fosfato de codeína 20 mg, clorhidrato de amitriptilina 10 mg.): adultos exclusivamente 1 tab. c/8 horas, si fuera necesario, 1 tab. c/6 horas, sin sobrepasar de la dosis de 1 tab. c/4 horas por más de una semana. Sin con este tratamiento no hay alivio del dolor se debe valorar otra terapia analgésica.
- Dextropropoxifeno: (gragea de 65mg.) 65 mg. c/4 horas, dosis máxima: 390 mg.

Los fármacos del segundo escalón se pueden combinar con los del primer escalón más algún coadyuvante si fuera necesario, y si no mejora se pasará al tercer escalón.

Tercer escalón (opioides fuertes) :

- Morfina: ámp de 10 MG/1ml y 20 MG/1 ml y bulbo de 2 mg. en 5 ml. Adultos: 5 a 20 mg. c/4 horas por vía SC o IM; 4 a 10 mg. diluido en 5 ml de agua estéril por vía EV lenta. Pacientes con peso menor de 70 Kg. o ancianos: 30 mg. c/24 horas (dosis inicial). Si el dolor aumenta pueden incrementarse las dosis hasta aliviar el dolor. Los incrementos deberán ser del 30 al 50 % de la dosis.
- Tramadol: (50 mg /10ml) vía parenteral (SC, IM, IV o por infusión), adultos y niños mayores de 12 años en dolores severos, 100 mg. inicialmente pudiendo administrar durante la hora posterior 50 mg. c/10 a 20 minutos, sin sobrepasar una dosis total de 250 mg. Posteriormente de 50 a 100 mg. c/6 a 8 horas sin sobrepasar una dosis total diaria de 400 mg.
- Petidina: ámp 50 mg./1 ml y de 100 mg. /2 ml: 50 a 150 mg. (SC o IM) de 1 a 3 veces al día. Para obtener cese inmediato de los cólicos o dolores muy agudos 50 a 100 mg., en inyecciones IV lenta (5 min.), diluida preferentemente en 10 ml de glucosa al 10 % o suero fisiológico.



Importante: No mezclar nunca los opioides débiles (codeína) con los opioides fuertes (morfina), ni tampoco los opioides potentes entre sí.

Coanalgésicos

Medicamentos que se pueden utilizar con los analgésicos de los escalones y algunos de ellos es el tratamiento de elección en algunos tipos de dolor:

- Esteroides.
- Antidepresivos (amitriptilina).
- Anticonvulsivantes.
- Fenotiazinas.

Otras medidas relevantes:

1. Pensar siempre en la posible indicación de tratamiento oncológico específico.
2. En otras situaciones pueden ser de utilidad otras medidas como el uso de bloqueos, morfina por vía espinal, radioterapia, Medicina alternativa (homeopatía, acupuntura, entre otras).
3. En caso de dudas o de dolor no controlado, consultar al GBT, personal especializado, o remitir a servicios como la Clínica del Dolor, servicio de Anestesia, o servicio de oncología.

Espasmos / Calambres musculares

Es un síntoma poco frecuente pero que produce gran disconfort en los pacientes que los sufren. Su etiología es diversa: lesiones del sistema nervioso, dolor óseo, alteraciones metabólicas, insuficiencia respiratoria, fármacos (diuréticos, fenotiazinas). Se trata con:

- Si existe espasticidad:
 - Clonazepan 0.5-2mg. c/6-8horas
 - Diazepan 5-10 mg. c/ 8horas
 - Baclofeno 5-30 mg. /tres veces al día
- En calambres secundarios a radioterapia o quimioterapia
 - Carbamacepina 200mg. c/12 horas
 - Fenitoína 200-300 mg. /día
- En calambres por Uremia. Clonazepan (0.5 mg. /dosis nocturna)

Espasmo vesical

Se define así al dolor intenso suprapúbico intermitente que se produce por espasmo del músculo detrusor de la vejiga. Puede deberse a: infiltración tumoral, sondaje vesical, infección urinaria y estreñimiento.

Tratar según la etiología: antibióticos en las infecciones urinarias, laxantes en el estreñimiento, cambio de la sonda urinaria o disminución del inflado del balón. Puede usarse además:

- Amitriptilina 25-50 mg. /día
- Hioscina 10-20 mg. c/8 horas, oral o subcutáneo

- Oxibutinina 2.5-5mg. c/6 horas
- Naproxeno 250-500 mg. c/12 horas
- Instilar en la vejiga 20 ml de Lidocaína al 2% diluido en suero salino. Se puede repetir según necesidad.

Estertores premortem

Se define a los ruidos percibidos con los movimientos respiratorios de pacientes terminales y que son provocados por la acumulación de secreciones. Esta situación, suele causar gran angustia a los familiares debido a que piensan que el paciente se muere ahogado.

Su tratamiento consiste en usar de forma precoz n-metilbromuro de Hioscina (Buscapina), 10-20 mg. c/6-8 horas por vía subcutánea.

Estreñimiento

Síntoma que puede aparecer hasta en el 90% de los pacientes terminales. Sus causas principales son: inactividad, deshidratación, alteraciones metabólicas, enfermedades neurológicas, fármacos (opioides, anticolinérgicos, etc.). Puede causar o exacerbar otros síntomas: flatulencia, dolor abdominal, anorexia, náuseas y vómitos, disfunciones urinarias, confusión, diarrea por rebosamiento.

Es necesario descartar una obstrucción intestinal (abdomen distendido, peristaltismo aumentado, borborigmos).

Deben administrarse laxantes de forma profiláctica a los pacientes a los que se le administre opioides. En estreñimiento de varios días de evolución se debe realizar un tacto rectal para valorar el estado de la ampolla rectal (lleno de heces blandas o duras, ausencia de heces). Se trata con fármacos laxantes, que pueden ser de varios tipos:

- Reguladores (aumentan el volumen de la masa fecal). Son poco útiles en el enfermo terminal. Ej. Metilcelulosa, salvado.
- Detergentes (permiten el paso de agua a la masa fecal). Ej. Parafina. Latencia de 6-12 horas.
- Osmóticos (retienen agua en la luz intestinal). Período de latencia de uno a dos días. Ej. Lactulosa y Lactitol.
- Estimulantes (aumentan el peristaltismo intestinal). Período de latencia de 6-12 horas.

Están contraindicados si se sospecha obstrucción intestinal. Ej. Senósidos, Bisacodilo. En estreñimientos pertinaces es necesario combinar laxantes de mecanismo de acción diferente (Ej. Parafina + senósidos + osmóticos)

En caso de impactación fecal, debemos valorar el estado de la ampolla rectal:

- Llena de heces blandas: usar fármacos estimulantes por vía oral y/o rectal
- Llena de heces duras: administrar durante dos días por vía rectal 100 cc de aceite y posteriormente un enema. De no conseguir evacuación es necesario realizar una desimpactación manual.

- Ampolla rectal vacía: usar fármacos estimulantes por vía oral y dosis altas de laxantes osmóticos.

Fiebre tumoral

Predomina en los tumores que afectan al hígado y en neoplasias hematológicas. El tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroideos (Naproxeno 250 mg. c/12 horas.) que suprimen la fiebre tumoral pero no la secundaria a infecciones.

Hemoptisis

Si es una hemoptisis masiva en un paciente terminal, debe valorarse la sedación y analgesia parenteral con Morfina y Benzodiazepinas (Midazolam o Diazepam).

Si es leve pueden utilizarse agentes hemostáticos orales (Acido Tranexámico: 1-1.5 gramos c/8 horas), antitusivos y valorar la posibilidad de aplicar radioterapia paliativa.

Hipercalemia

Es un trastorno metabólico frecuente en pacientes neoplásicos (10-20%) sobre todo los que tienen afectación ósea (pulmón, próstata, mama, mieloma múltiple). Clínicamente se puede manifestar por: deshidratación, anorexia, prurito, náuseas, vómitos, estreñimiento, alteraciones mentales y alteraciones cardiovasculares.

Se ha de valorar la necesidad de tratarla en función de la situación clínica y pronóstica del paciente.

Existen las siguientes posibilidades:

- Rehidratación con suero salino fisiológico y posteriormente Furosemida (40-60 mg. c/8 horas.)
- Corticoides en hipercalemias por linfomas o mielomas, 40-100 mg. /día de prednisona por vía oral o IV
- Bisfosfonatos:
 - Clodronato: una ampolla diaria de 300 mg. diluida en 500 ml. de solución salina fisiológica a infundir en 2 horas durante 2-3 días y posteriormente vía oral (2 cp. c/12 horas).
 - Pamidronato 60-90 mg. IV.

Hipertensión endocraneal

Suele producirse en tumores primarios intracraneales o por metástasis cerebrales de otros tumores. Clínicamente se caracteriza por cefalea, vómitos, alteraciones visuales, trastornos en la marcha, disartria.

Puede tratarse con dexametasona, dosis de choque de 16-40 mg./día, oral o parenteral y posteriormente dosis de 2-8 mg. c/4-6 horas o en una dosis única. En pacientes con poca esperanza de vida puede iniciarse tratamiento empírico sin confirmar el diagnóstico con pruebas radiológicas.

Hipo

Puede deberse a: distensión gástrica, irritación frénica, lesión cerebral, uremia o elevación del diafragma (hepatomegalia, ascitis, masas subfrénicas). Se debe intentar suprimirlo con fármacos:

- Clorpromazina 10-25 mg. c/8 horas. Fármaco de 1ª elección.
- Baclofen 5-10 mg. c/8 horas.
- Nifedipino 10-20 mg. c/8 horas.
- Valproato sódico 500-1000 mg. /día.

Si se debe a edema cerebral, podemos usar dexametasona. Si existe dispepsia y/o distensión gástrica, usar Metoclopramida o procinéticos.

Náuseas y vómitos

Están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado. Pueden deberse a múltiples causas:

Secundarios al cáncer: edema cerebral, obstrucción intestinal, hipercalemia, hepatomegalia, toxicidad tumoral, lesión gástrica, dolor, estreñimiento.

Secundarios al tratamiento: quimioterapia, radioterapia, fármacos.

Sin relación con el cáncer ni con el tratamiento: uremia, úlcera péptica, infección.

Es necesario tratar las causas reversibles y es de elección la vía oral. Puede ser necesario usar la vía subcutánea si existen: vómitos repetidos, obstrucción intestinal o malabsorción gastrointestinal. El tratamiento farmacológico puede ser:

- Vómitos inducidos por opioides:
 - Metoclopramida 5-10 mg. c/6-8 horas, oral o SC.
 - Haloperidol 1.5-10 mg. c/12-24 horas, vía oral o SC.
- Vómitos por quimioterapia:
 - Ondansetron 8-16 mg. /24 horas.
 - Dexametasona 4-20 mg./ 24 horas. Oral, SC. IM.
 - Lorazepam en vómitos anticipatorios a la quimioterapia.
- Estasis gástrico: Metoclopramida y/o procinéticos
- Vómitos por hipertensión intracraneal: Dexametasona
- En caso de obstrucción intestinal usar:
 - Haloperidol Sc 2.5-5mg. c/8-12 horas.
 - Tratamiento del dolor: tipo cólico con Hioscina (buscapina) 10-20 mg. c/6 horas, continuo con opioides (dosis según respuesta clínica); bolos de Dexametasona 40-80 mg. /24 h. Parenteral; octreotide 0.1-0.2 mg. c/8-12 horas. SC para reducir las secreciones intestinales.
- Vómitos por Hipercalemia: valorar la necesidad de tratarla según el estado clínico y evolutivo del paciente.

Prurito

Puede deberse a: sequedad de piel, infecciones, fármacos, obstrucción vía biliar, tumores hematológicos, de estómago o pulmón o síndrome carcinoide.

Se trata con:

- Medidas generales: hidratación de la piel, disminución la ansiedad y cambio frecuente de ropas.
- Prurito localizado en áreas pequeñas: gel de lidocaína 2%, Crotamiton, loción de calamina o esteroides tópicos.
- Prurito generalizado: difenhidramina 25mg. c/8 horas, vía oral o Clorpromazina 25-50 mg. c/12 horas, vía oral.
- Prurito por colestasis:
 - Resincolestiramina 4gr. c/8 horas (mala tolerancia gastrointestinal, no es eficaz si la obstrucción biliar es completa).
 - Inductores enzimáticos: Rifampicina 150-600 mg. /día vía oral, Fenobarbital 30-80 mg. oral c/8 horas (efecto sedante).

Síndrome de aplastamiento gástrico

Compresión gástrica por una gran masa en crecimiento (casi siempre hepatomegalias). El paciente puede referir saciedad precoz, náuseas y/o vómitos, dolor abdominal y dispepsia. Tratamiento:

- Realizar comidas de poca cantidad y con más frecuencia.
- Metoclopramida 10-20 mg. c/6-8 horas.
- Antiácidos.
- Analgésicos opioides.

Síndrome confusional agudo (delirio y agitación)

El delirio es el trastorno cognitivo más frecuente en cuidados paliativos, se produce hasta en un 80% de los pacientes con cáncer avanzado. Se caracteriza por ser una alteración del estado de conciencia con pérdida de memoria y desorientación témporo-espacial que se produce en un corto período de tiempo (horas/ días) y que suele ser fluctuante a lo largo del día. Suele ser multifactorial y en la mayoría de los casos no es posible realizar un diagnóstico etiológico.

Las principales causas son: infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas, trastornos metabólicos, fármacos (opioides, benzodiazepinas, esteroides), insuficiencia hepática o renal, anemia, impactación fecal, retención urinaria, supresión brusca de medicación.

El tratamiento debe ser etiológico si se identifica la causa. En caso contrario puede iniciarse tratamiento sintomático:

- Neurolépticos. El Haloperidol es de elección, 2-5 mg. c/24 horas, oral o SC. En crisis aguda se administra una dosis de 5-20 mg. y si a los 20-30 minutos no es eficaz una segunda dosis o se añade Midazolam 5-15 mg. SC.
- En caso de confusión y agitación en un paciente moribundo puede intentarse la sedación con Levomepromazina 12.5-25 mg. c/4-6 horas SC o con Midazolam inicialmente un bolo SC de 5-15 mg. y posteriormente bolos de 5mg. c/2-4 horas o en infusión continua 30-100 mg. /24h.

Tenesmo urinario

Es el deseo constante de orinar, que se realiza en forma de goteo. Es preciso descartar infecciones, estreñimiento o fármacos (Fenotiacinas, Haloperidol). Su tratamiento paliativo se realiza con alfabloqueantes (Prazosin 0.5-1mg. c/8-12 horas).

Sialorrea

Se define como la producción excesiva de saliva (enfermedades neuromusculares, fármacos, tumores cerebrales) aunque también podemos encuadrar en este síntoma a pacientes con disfagia total. Para su tratamiento se utilizan fármacos con acción anticolinérgica:

- Hioscina: 10-20 mg. c/6-8 horas.
- Amitriptilina 25 mg. /noche.
- Colirio de atropina 1%, 2 gotas por vía oral cuatro veces al día.

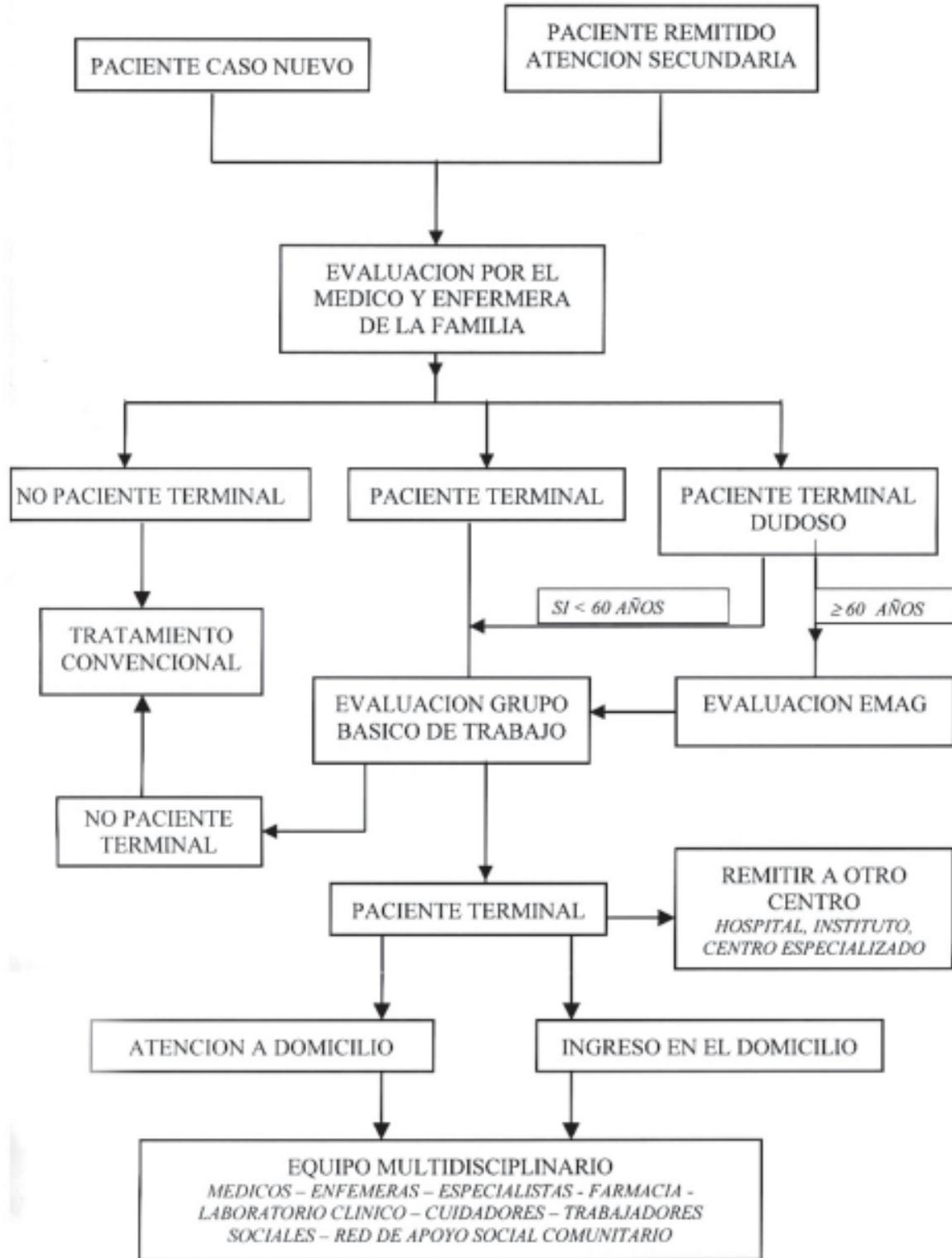
Tos

Tiene una etiología multifactorial. Suele exacerbar otros síntomas (dolor, vómitos, insomnio).

Debemos descartar:

- Efecto secundario de fármacos (IECA).
- Insuficiencia cardiaca (de predominio nocturna y en decúbito).
- Infección respiratoria.
- Reflujo gastro-esofágico.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE TERMINAL EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD



BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Adan J. ABC of palliative Care: The last 48 hours. *BMJ* 1997;315: 1600-1603.
- Benítez del Rosario MA. Conceptos y fundamentos de los cuidados paliativos. En: Benítez Rosario MA, Salinas Martín A, eds. Cuidados Paliativos y atención primaria. Aspectos de organización. Barcelona: Springer / Verlag, 2000: 45-55.
- Benítez del Rosario MA, Asensio Fraile A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Aten Primaria* 2002; 29:50-52.
- Back I. Palliative Medicine Handbook. Wales: BPM Books; 2004 [Acceso 11-6-2004]. Disponible en <http://pmh.pallmed.net/>
- Billing J.A. Recent advances in Palliative Care. *BMJ* 2000;321:555-558.
- Costantini M, Toscani F, Galluci M, Brunelli C, Miccinesi G, Tamburini M, et al. Italian Cooperative Research Group on Palliative Medicine. Terminal cancer patients and timing of referral to palliative care: a multicenter prospective short study. *J Pain Symptom Manage* 1999; 18: 243/51.
- Dean A. The palliative effects of octreotide in cancer patients. *Chemotherapy* 2001; 47:54-61.
- Espinosa Roca AA, Espinosa Brito A D. El enfermo terminal y los cuidados paliativos, Conceptos y Manual de orientación. Cienfuegos "Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguia Lima", 2002: 1-37.
- Flaton FA, Long S. Specialized care of the terminally ill. En: De Vita.V.T, Hellman S, Rosenberg S.A., eds. Cancer principles and Practice of Oncology. Philadelphia: JB Lippincot, 2001: 3077-3087.
- Gómez Sancho M, Ojeda M. Cuidados Paliativos, control de síntomas. Las Palmas de Gran Canaria: Unidad de Medicina Paliativa, Hospital El Sabinal, 1999.
- Rita J. Palliative Treatment of cancer. EBM Guidelines. Finnish Medical Society Duodecim. [Acceso 7-4-2004]. Disponible en <http://www.ebm-guidelines.com/home.html>
- Romero Cabrera A J, Nieto Cabrera R. Marco teórico de los Cuidados terminales en el paciente geriátrico. *Geriátrika* 2004; 20: 198- 205.
- Saunders CM. La filosofía del cuidado terminal. En: Saunders CM, ed. Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Barcelona: Salvat, 1980: 259-272.
- Thorns A, Sykes N. Opioid use in last week of life and implications for end of life decisions making. *Lancet* 2000; 356: 398-389.
- Wrede-Seaman L. Symptom Management algorithms for palliative care. *Am J Hosp Palliat Care*.1999;16 (3):517-527



“ How, without a painstaking review and analysis of all the factors listed in Table I, can one explain the fact that two poor countries, Cuba and Costa Rica, with a real GDP per capita of \$ 2,500 and \$ 3,750 respectively, have essentially the same expectation of life as United States, one of the richest countries in the world, with a real GDP per capita of \$ 17,625?”

Tomado de: EDITORIAL *. THE HEALTH SITUATION IN THE AMERICAS.

Rev. Finlay 6 (1-2):3-18, 1992

* Conferencia magistral impartida por el Profesor Milton Terris en la clausura del II Festival de la Revista Finlay, Facultad de Ciencias Médicas, Cienfuegos