



Medicina Paliativa

Palliative Medicine

José Germán Matla González

Recibido: 25/11/2009 - Aceptado: 11/05/2010

RESUMEN

Se denomina cuidados paliativos a los que buscan procurar bienestar al enfermo (confort). Se trata de un programa coordinado e interdisciplinario que presta servicio de control del dolor y los síntomas, además de brindar apoyo a las personas con enfermedades mortales y a sus familias, las cuales son un factor de la medicina que se atiende muy poco en nuestras instituciones de salud de segundo y tercer nivel. Se hace evidente que en el ejercicio cotidiano médico se integran conocimientos y acciones dirigidas por conceptos tales como eutanasia, suicidio asistido y consideraciones espirituales, entre otros. Es indudable que, de acuerdo con las necesidades de nuestros pacientes, esto se hace necesario, ya que en todo momento nos encontramos con una atención cada vez más demandada por la población, pero que muy pocos hospitales brindan. En la presente revisión se señalan los principales elementos de los cuidados paliativos, el contexto de éstos y la visión integral con que requieren otorgarse.

Palabras clave: cuidados paliativos, enfermo en fase terminal, muerte.

ABSTRACT

We call palliative cares to those who seek to comfort the patient (wellbeing). It is a cooperative and interdisciplinary program that serves to control pain and symptoms in addition to providing support to people with fatal illnesses. Their families are an aspect of medicine that, if not handled, is addressed very little in our health institutions in the second and third level. It is evident that, in the daily medical exercise, are integrated knowledge and actions leaded by concepts such as euthanasia, assisted suicide and spiritual considerations, among others. Undoubtedly, according to the needs of our patients, this is necessary, because we are at all times with an attention that is increasingly demanded by the population, and that the very few hospitals provide. Thus, in the following article, will be reviewed the main elements of palliative cares, the context of them and the comprehensive vision requiring granted.

Key words: palliative cares, terminally ill, death.

INTRODUCCIÓN

Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre

Todos los médicos que se dediquen al cuidado de la salud, ante cualquier enfermedad a su cargo, se plantean en un primer momento restablecer la salud perdida. Actualmente en oncología es posible llevar a cabo este deseo en muchos casos, debido al progreso realizado en los últimos años en cirugía, radioterapia y la oncología médica, que han logrado tasas de curación de 45% a 55% en los países industrializados. También se debe mencionar, en este rubro, el perfeccionamiento de los métodos diagnósticos, de estadificación y determinación de factores pronósticos, y la difusión de la importancia del diagnóstico precoz, que permite tratamientos en fases menos evolucionadas, además de una visión integrada y coordinada de la terapéutica médica con la cirugía y la radioterapia. El enriquecimiento del arsenal terapéutico farmacológico antineoplásico y de soporte ha permitido soslayar numerosos problemas derivados de la enfermedad o de los propios tratamientos y favorecer la mejor aplicación de la medicina específica.

Aun cuando se ha logrado mucho y las perspectivas son esperanzadoras, la oncología clínica no está completamente satisfecha, ya que muchos pacientes mueren de cáncer, y los que sobreviven demandan mayor atención en aspectos médicos y sanitarios que, hasta ahora, no habían sido objeto de preocupación. Se calcula que en los países desarrollados mueren alrededor de 50% de los pacientes diagnosticados de cáncer.

La OMS define los cuidados paliativos como los “cuidados activos totales proporcionados a los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”, pero señala que cuidados curativos y paliativos no se encuentran por separado sino todo lo contrario. La Canadian Palliative Care Association define estos cuidados de forma más amplia, como “la combinación de terapias activas y de ayuda psicológica que intentan proporcionar bienestar y apoyo a los individuos y sus familias, que viven con una enfermedad mortal”. Así mismo, los cuidados paliativos deben enfocarse al alivio de los síntomas y de las necesidades psicosociales de los pacientes y sus familias, independientemente del pronóstico.

Los cuidados paliativos no son exclusivos de pacientes sin esperanza de curación, sino que deben funcionar como un aspecto útil de los cuidados curativos, mediante el que los pacientes con una adecuada calidad de vida pueden tolerar mejor los regímenes terapéuticos difíciles. También deben ser considerados como una faceta de los cuidados globales de salud que aumenta su importancia desde el momento del diagnóstico hasta la muerte. Para el personal de salud involucrado en la atención de este tipo de pacientes, implica ampliar su nivel de conocimiento y seleccionar la ejecución de acciones hacia un área que da vida al concepto de atención integral y que implica

tomar decisiones médicas en torno a la eutanasia, el suicidio asistido, testamento vital, aspectos espirituales y éticos de los pacientes y sus familias, entre otros factores.

Los aspectos que rodean a la muerte, desde el control del dolor y la depresión hasta los sentimientos de aflicción, no son cómodos para la mayoría de los profesionales de la salud. Esta incomodidad se manifiesta como un alejamiento emocional del médico hacia los pacientes en trance de muerte y sus familias, ya que lo ven como un fracaso. El ensayo SUPPORT, un estudio reciente de cuatro años de duración que reclutó alrededor de 9,000 pacientes gravemente enfermos, observó que en casi 50% de los pacientes que rehusaban la reanimación cardiopulmonar no aparecían indicaciones en la historia clínica al respecto. La otra mitad de los que fallecieron durante el estudio fueron tratados con ventilación mecánica hasta tres días antes de la muerte, y más de una tercera parte pasaron al menos 10 días en una UCI. El problema del fracaso al momento de respetar los deseos del paciente y su familia respecto de los cuidados terminales se debe en parte al rechazo de los profesionales de la salud a preguntar a los pacientes sobre estos aspectos tan delicados. Los estudios han demostrado reiteradamente que los pacientes esperan que sus médicos les pregunten sobre los aspectos del final de la vida. Con la educación adecuada sobre los aspectos de esta fase de la vida, los profesionales de la salud podrán proporcionar mejores cuidados para los enfermos terminales.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La autonomía se define como la capacidad de autogobierno. El principio de autonomía implica la no interferencia de los demás al tomar una decisión. En medicina, la importancia del consentimiento informado se deriva del peso que se le da a la autonomía del paciente. Otro aspecto clave en los cuidados paliativos es la obligación de “beneficiar” y se resume en el aserto: “Lo primero, no hacer daño”. Cuando se toma una decisión debe tenerse en cuenta, por un lado, la autonomía del paciente; por otro, la necesidad de ofrecerle el mayor beneficio posible, ya que las decisiones tomadas por el paciente pueden no estar de acuerdo con el juicio médico para proporcionar el mejor tratamiento con el menor daño posible.

En Estados Unidos el suicidio, los principios de autonomía y de consentimiento informado están protegidos por la ley moderna con ciertas limitaciones. Por ejemplo, el suicidio asistido por el médico sigue siendo ilegal en 49 estados. El final de la vida humana puede provocar controversia desde el punto de vista ético. Cuando se acerca la muerte, el paciente y el médico pueden no estar de acuerdo, pues ambos están sujetos a leyes ocasionalmente contradictorias y en continuo cambio.

La eutanasia

Este concepto se define en el Merriam-Webster's New Collegiate Dictionary, 10ª edición, como "el acto o práctica de provocar o permitir la muerte de enfermos terminales de forma relativamente indolora por razones humanitarias". Sin embargo, las autoridades médicas y éticas modernas distinguen entre provocar la muerte y permitir la muerte. Se entiende la eutanasia como la acción de matar a un enfermo, y puede ser voluntaria o involuntaria.

- a) **Involuntaria.** Es una intervención que finaliza la vida de una persona sin su consentimiento.
- b) **Voluntaria.** Ésta tiene como finalidad acabar con la vida de una persona a petición de ella misma, con su consentimiento informado.

Ambos tipos de eutanasia son ilegales en Estados Unidos, aunque se han practicado antes y ahora. Sus defensores la ven como una extensión de la autonomía del paciente y obligación médica de hacer el bien; sus detractores la definen como un asesinato.

El suicidio asistido

Éste consiste en proporcionar conscientemente los medios necesarios para cometer un suicidio. Sus defensores lo consideran como una extensión del derecho del individuo a escoger o rechazar el tratamiento médico; y los detractores asemejan el "derecho a morir" con el "deber de morir", según el cual los individuos de mayor edad, incapacitados o dependientes, pudieran ser coaccionados a suicidarse.

El suicidio asistido por el médico sigue siendo cuestión de debate. En junio de 1997, el tribunal supremo de Estados Unidos permitió en dos casos alterar la legalidad referente a prohibiciones estatales sobre el suicidio asistido (Washington vs. Glucksberg y Vasco vs. Quill). Por unanimidad, el tribunal supremo estableció que no existe derecho constitucional al suicidio asistido, y que el problema de permitirlo o prohibirlo era competencia de los estados. Oregon es el único estado que permite el suicidio asistido en ciertas circunstancias.

Renuncia al tratamiento médico

El tribunal supremo de Estados Unidos estableció en 1990 el derecho constitucional del individuo a solicitar la retirada o rehusar el tratamiento médico, incluso si con ello resulta la muerte de la persona. En 1997 este derecho fue reafirmado por el tribunal. Las autoridades norteamericanas legales, éticas y sanitarias reafirman que no hay diferencias entre rehusar un soporte médico no deseado y retirar el soporte vital no deseado una vez que se ha comenzado. En todos los estados y en el distrito de Columbia, está autorizada la declaración previa por escrito de las últimas voluntades (testamento vital), que expresa los deseos

del individuo en un documento legal. Una excepción, en algunos casos, a rehusar el tratamiento médico es el embarazo.

Un área de controversia ética y legal se refiere a la administración de tratamiento médico contrario a las instrucciones dadas en un testamento vital previo. Varias decisiones judiciales recientes han establecido que el tratamiento médico no consensuado es legal.

Inutilidad del tratamiento

Está en debate el derecho del paciente a solicitar tratamientos que se consideran inútiles o inapropiados por la comunidad científica. Este aspecto toma otra dimensión cuando se consideran a la luz los altos costes de algunos de estos tratamientos. No existe consejo legal social para estas situaciones en las que los pacientes o sus familiares no están de acuerdo con la recomendación del médico de interrumpir el tratamiento. En general, la comunidad científica está de acuerdo en que la autonomía del paciente debe dirigir la necesidad de continuar el tratamiento en estas situaciones.

La planificación previa de los cuidados (testamento vital)

De acuerdo con los Estados Unidos en este proceso el paciente habla con el médico y su familia acerca de los cuidados terminales. Implica el registro explícito de los deseos del paciente. El testamento vital es una forma escrita de previsión de cuidados en la que el paciente describe su voluntad respecto de la administración de tratamiento si fuera incapaz de expresarse en última instancia. En diciembre de 1991 entró en vigor el acta de autodeterminación del paciente que solicita la participación de las instituciones sanitarias en los programas Medicaid y Medicare para informar a todos los pacientes adultos de su derecho a tomar decisiones respecto al tratamiento médico, incluyendo el derecho a aceptar o rehusar el tratamiento médico o quirúrgico y el derecho a realizar un testamento vital. Se obliga legalmente a las instituciones a proporcionar esta información a los pacientes durante la admisión al hospital. Las instituciones deben hacer anotar en la historia clínica la existencia de este testamento, y deben respetarlo en la medida en que no contradiga las normas legales. A pesar de la entrada en vigor del acta y el aumento en la preocupación de los aspectos relacionados con la muerte, sólo aproximadamente 20% de los pacientes hospitalizados declaran explícitamente sus últimas voluntades en un testamento vital.

Hasta diciembre de 2008 en México se reforma y adiciona la ley general de salud en materia de cuidados paliativos, en la que se establecen los derechos que gozan los enfermos en situación terminal, así como los derechos, facultades y obligaciones por parte de médicos y personal sanitario para garantizar la muerte digna del paciente.

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE QUE INGRESA A CUIDADOS PALIATIVOS

Uno de los objetivos de los cuidados paliativos es proporcionar calidad de vida al paciente. El alivio de los síntomas que se presentan es fundamental cuando el paciente se encuentra en algún tratamiento de difícil tolerancia. Al mejorar el bienestar del paciente, se puede brindar una mejor calidad de vida y, en ocasiones, prolongarla. A continuación se mencionan los síntomas que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes en fase terminal.

CONSIDERACIONES FÍSICAS

Dolor

El alivio adecuado del dolor en el enfermo terminal es fundamental para permitirle una muerte en paz. Sin embargo, esta condición no siempre se consigue en todos los casos. El ensayo SUPPORT demostró que 50% de los pacientes conscientes, antes de morir en el hospital, dijeron experimentar dolor de moderado a grave durante la mayor parte del tiempo. Los pacientes y los profesionales de la salud tienen en ocasiones conceptos erróneos sobre las medidas de alivio del dolor que impiden su efectividad.

Los temores sobre adicciones y sobredosificación de sedantes narcóticos limitan a menudo la administración de estos medicamentos en dosis adecuadas. Es muy importante la determinación del tipo de dolor para la selección del tipo de medicación a utilizar, así como la vía de administración, duración de la acción y la preferencia del paciente. Los síndromes dolorosos más frecuentes implican el dolor óseo debido a metástasis, dolor abdominal visceral y dolor neuropático (neuropatías periféricas, herpes zóster agudo y neuralgia postherpética).

Al conseguir el alivio del dolor, la analgesia se debe mantener al menos durante 24 horas, administrando dosis adicionales, si fueran necesarias, mientras se ajusta una nueva pauta terapéutica analgésica. El alivio del dolor suele ser más eficaz cuando la medicación se administra de forma continua que a libre demanda. Es importante poder evaluar la intensidad del dolor a través del uso de escalas analógicas visuales.

La OMS recomienda un tratamiento del dolor en etapas, dependiendo de la intensidad del mismo. El dolor leve puede ser tratado inicialmente con analgésicos no opiáceos, en tanto que el dolor moderado puede tratarse inicialmente con opiáceos menores (codeína y oxicodona), y el dolor agudo con opiáceos mayores (morfina o hidromorfina) suplementados con analgésicos no opiáceos. Las pautas para el tratamiento del dolor moderado suelen iniciar su manejo con medicaciones orales, reservando la vía intramuscular, intravenosa o transcutánea

para cuando la vía oral no esté disponible. Tanto la perfusión continua de narcóticos como los parches transdérmicos de fentanilo proporcionan niveles de narcótico, lo que permite un mejor alivio del dolor. Esta formulación a largo plazo puede suplementarse con bolos intermitentes orales o intravenosos para tratar el dolor progresivo. Se aconseja evitar hasta donde sea posible el uso de la vía intramuscular.

El riesgo de adicción para un enfermo en fase terminal es mínimo; debe recibir dosis adecuadas de narcóticos sin demora. La tolerancia a ellos se desarrolla a lo largo del tiempo. Es muy importante distinguir entre tolerancia física y adicción. El uso de los analgésicos opiáceos nos da como efecto colateral la sedación excesiva cuando nos enfrentamos con un dolor grave, además de náuseas, vómitos, prurito y estreñimiento. Para este síntoma es recomendable establecer un tratamiento preventivo.

Disnea

La disnea es un motivo de consulta frecuente que presenta el paciente en fase terminal. Es el síntoma no controlado en el paciente moribundo; se puede acompañar de ansiedad y miedo a la asfixia; las causas pueden ser por enfermedad pulmonar o pleural externa, la ascitis que produce compresión diafragmática, una lesión pulmonar inducida por quimioterapia o radioterapia, la ansiedad y el dolor. Otros trastornos médicos importantes son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la anemia, el asma y la insuficiencia cardíaca.

El tratamiento de la disnea puede ser a través de cambio en la posición sentado o recostado en la cama, la administración de oxígeno, circulación del aire mediante ventiladores o abriendo ventanas, aplicación de técnicas de relajación, tranquilizando al paciente, utilizando opiáceos y sedantes a bajas dosis, como morfina y lorazepam; la morfina nebulizada puede ser útil en pacientes que reciben dosis elevadas de narcóticos sistémicos. El tratamiento de la causa subyacente de la disnea en pacientes con derrame pleural sintomático es a través de la toracocentesis intermitente.

Estreñimiento

Este problema se presenta de igual forma en los pacientes terminales, especialmente en los que reciben tratamiento con narcóticos opiáceos; también por la falta de actividad física, deficiencia en el aporte de líquidos y de fibra en la dieta, así como por el uso de otras medicaciones como anticolinérgicos y la hipercalcemia. Es efectivo el tratamiento preventivo del estreñimiento; se pueden presentar tres variantes de este padecimiento: estreñimiento crónico, agudo e impactación fecal. Así mismo, están presentes, en un menor grado, la anorexia, las náuseas y el cansancio.

CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS

Ansiedad y depresión

Es un suceso normal en el proceso de duelo del enfermo terminal. Es, con mucho, la emoción más dolorosa; es una emoción fruto del proceso de morir y no de una patología extra, por lo que se debe evaluar al igual que el dolor y darle tratamiento. Son importantes las consideraciones no farmacológicas, incluyendo la interacción con la familia y los amigos. Muchos pacientes encuentran inútil este apoyo y/o la guía espiritual. Los antidepresivos son una ayuda clave a las medidas no farmacológicas como pueden ser los ISRS y la aminoras secundarias (ADT), que son los fármacos de primera elección para el tratamiento de la depresión, y su uso deberá ser de 6 a 8 semanas por lo menos.

Delirio

Con frecuencia el paciente en fase terminal presenta un delirio intermitente: puede sufrir pérdida de atención, imposibilidad de reconocer a la familia o a los amigos, confusión manifiesta. El delirio precoz puede confundirse con la depresión. Cualquier cambio abrupto en el comportamiento debe ser investigado y tratado con rapidez. Las causas pueden ser múltiples, incluyendo las alteraciones metabólicas, infección, metástasis cerebrales, uso de analgésicos o psicótrópos, o una combinación de factores. A menos que la muerte sea inminente, se debe buscar el tratamiento del delirio. El tratamiento sintomático de este problema se basa en tranquilizar al enfermo, evitar el exceso de estímulos, preservar el ritmo circadiano normal y utilizar neurolépticos en baja dosis.

CONSIDERACIONES ESPIRITUALES

Comunicación con pacientes y familiares

Durante la formación del personal de salud, las habilidades de comunicación no suelen ser materia de conocimiento, pero se pueden adquirir con un esfuerzo individual diario. Una comunicación clara y afectiva de las malas noticias es particularmente difícil, y especialmente importante. Las malas noticias, ya sean de un diagnóstico, un fallo de tratamiento o la progresión de la enfermedad, necesitan un periodo de examen de las expectativas del paciente y su familia.

El médico debe ser claro en la comunicación con los pacientes y sus familiares, se debe evitar el uso de eufemismos; es muy importante darle tiempo a los pacientes para la asimilación de las noticias, pues es común que la información proporcionada justo después de una mala noticia no sea asimilada por el enfermo; es de esperar que se deba repetir la información poco tiempo después, y es por ello importante que se proporcione la información por escrito al paciente. Se debe saber con exactitud el grado de entendimiento de la información por parte del

paciente y la familia durante el proceso de discusión. Se debe investigar la manera en que el paciente percibe la situación, lo que permite conocer el nivel de entendimiento, así como sus temores.

Muerte

Todos sabemos que vamos a morir, aunque ningún hombre cree en su propia muerte, que es lo único seguro que tenemos. Nadie sabe cuándo va a morir. En sentido estricto, la muerte acaecerá por completo cuando haya muerto la última célula del cuerpo humano. Algunos autores mencionan que un organismo complejo como el hombre tiene tres estadios de muerte: aparente, relativa o clínica y la individual u orgánica absoluta. Antes de que todo esto acontezca, el paciente en fase terminal se enfrenta a múltiples desafíos físicos, emocionales, psicosociales y espirituales. Estos desafíos se presentan a medida que avanza la enfermedad y provoca limitaciones en el paciente, como puede ser la pérdida de la capacidad de desarrollar actividades laborales y sociales debido a los signos y síntomas que aparecen, a los efectos secundarios por el o los tratamientos recibidos y al miedo a enfermar más.

Además, pueden aparecer emociones como la depresión, la angustia, la ansiedad y una tristeza profunda, las cuales sumen al paciente en un estado de total aislamiento, lo que ocasiona un deterioro mayor de su estado físico por las alteraciones en el dormir, en la alimentación y sobre todo en su ánimo. Estas emociones entremezcladas producen un gran dolor interno llamado “duelo”, que se presenta como resultado de las pérdidas que tienen el paciente y sus familiares. El paciente tiene un duelo por la pérdida de salud y de su entorno, la familia presenta un duelo anticipado, y otro en el momento de la muerte de su familiar.

La espiritualidad se presenta en la mayoría de los casos. Esto hace que el paciente prácticamente entregue su padecimiento y su dolor a Dios; y si es su voluntad, morirá. Esta entrega hace que transite por un camino de aparente aceptación de los hechos por venir y de lo que le pueda ocurrir en el futuro próximo, siempre sin perder la esperanza de sanar, ya que en todo momento ésta no se pierde.

CONCLUSIONES

La importancia de la medicina paliativa radica en el impacto que proporciona en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, así como en la visión de integralidad en la atención, la cual puede ser proporcionada a los pacientes utilizando elementos que cotidianamente no se consideran. Su aplicación en el segundo y tercer nivel de atención, tal y como actualmente ocurre, no descarta la posibilidad de encontrar formas de integrarla a las

actividades de atención a pacientes que pueden llevarse a cabo en el primer nivel de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Barón M. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007.
2. Eduardo Bruera y Liliana De Lima, Editors. Cuidados Paliativos. Guías para el manejo clínico. 2ª ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
3. Rodrigo López. Manual de medicina paliativa. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.
4. Clínica dolor y terapia. Revista mexicana de algología 2008; 5 (7).
5. Aries, Phillipe. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus Ediciones; 1984.
6. Behar, Daniel. Un buen morir. México (DF): Pax; 2004.
7. Johns Hopkins. Ginecología y Obstetricia. 2da ed. Madrid; Marban Libros; 2005.
8. L. Alfonso Reyes Zubiria. Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal. Tomo III; 1991.
9. Programa de Asistencia Tanatológica de la Federación (editor); 2007.
10. Congreso general de los Estados Unidos Mexicanos. Se reforma y adiciona la Ley de Salud en Materia de Cuidados Paliativos. Diario Oficial de la Federación 2008.