



CUIDADOS PALIATIVOS

En los últimos años los avances en el tratamiento específico del cáncer han comportado un aumento de la supervivencia y una mejora en la calidad de vida de los enfermos. Asimismo, también se ha producido un aumento de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas, que junto con el envejecimiento gradual de la población, hace que haya una gran cantidad de enfermos en una situación avanzada y terminal de su enfermedad.

Las curas paliativas se basan en la atención integral, individualizada y continuada de personas con una enfermedad avanzada, progresiva o terminal que ya no responde a tratamientos curativos, que tienen múltiples síntomas, multifactoriales y variables, con un alto impacto emocional, social y espiritual y una gran necesidad y demanda de atención; asimismo también se ocupa de los familiares del enfermo. Estas necesidades pueden ser atendidas de forma competente con los objetivos de mejora del confort y la calidad de vida, definida por enfermos y familiares y según sus valores, preferencias y creencias. Es fundamental no llamar enfermo terminal a un enfermo potencialmente curable. Son esenciales las medidas de confort y la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Se debe dar prioridad al control de los síntomas que presenta el enfermo y de manera muy especial al dolor.

En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes para definir-la y establecer medidas terapéuticas adecuadas.

Los elementos fundamentales son:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Los objetivos a cubrir en los cuidados paliativos son:

1) La confortabilidad como objetivo terapéutico: la enfermedad de base atraviesa distintas fases que van plan-

teando la necesidad de actuaciones diferentes en cada momento. Cuando se han agotado los recursos terapéuticos específicos, los esfuerzos deben dirigirse a la comodidad del enfermo y su familia, priorizando los objetivos de calidad sobre cantidad de vida.

- 2) Atención integral: han de tenerse en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Se debe realizar una atención individualizada y continuada.
- 3) El enfermo y la familia es la unidad a tratar: la familia ocupa un papel esencial en el cuidado, principalmente cuando éste se realiza en el domicilio.
- 4) Promoción de la autonomía y la dignidad: la situación de enfermedad obliga a cambios en el estilo de vida, muchos de ellos vividos por el enfermo como claudicaciones impuestas por el nuevo estado de salud. Si el enfermo no se siente parte activa de su tratamiento colaborando en la toma de decisiones, provocaremos más conflictos internos.
- 5) Terapéutica activa: la situación de enfermedad terminal no es equivalente a incapacidad terapéutica. Hay que incorporar una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer" que refleja una actitud inadecuada y equivocada ante esta situación, así como una falta de formación en este ámbito.
- 6) El domicilio como medio asistencial: el paciente debe recibir la atención en aquel ambiente que le proporcione mayor comodidad, confianza, seguridad y posibilidad de comunicación y relación con sus seres queridos. En la mayoría de los casos coincide con el propio domicilio. Cuando no sea posible habrá que poner especial cuidado en que el ambiente sea el adecuado, ya que influye de forma importante en el control de los síntomas.

En la asistencia a los enfermos terminales, con un atención personalizada, siempre es posible disminuir el sufrimiento. En todos los pacientes se seguirá una estrategia común:

1. Evaluación antes de tratar:
 - a) Causas de los síntomas
 - b) Intensidad de los síntomas
 - c) Impacto emocional en el paciente
2. Definir los objetivos terapéuticos

3. Elaborar un plan terapéutico:
 - a) Tratamiento fijo y de rescate
 - b) Previsión de los efectos secundarios previsibles
 - c) Información al enfermo
4. Evaluar la eficacia del tratamiento

El seguimiento y evaluación deben ser continuos y su ritmo dependerá de las necesidades del paciente y de los problemas concretos planteados.

Para llevar a cabo la asistencia necesaria del enfermo oncológico terminal se dispone de unidades asistenciales especializadas:

- **Unidades de atención domiciliaria (PADES):** es una asistencia domiciliaria especializada y se encarga de la administración de fármacos; enseña a los familiares a realizar la higiene, cambios posturales, curas, entre otros; y realiza una evaluación continuada de las necesidades de los enfermos y modificación del tratamiento según éstas.
- **Unidades especializadas de medicina paliativa:** cuando no se puede realizar la atención en el domicilio por complejidad o imposibilidad social, se encarga de las curas hasta el momento del exitus y de la evaluación continuada y dinámica de la situación del paciente.

Los instrumentos básicos de que dispone la medicina paliativa son:

- 1) Control de los síntomas: reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. Mientras unos se podrán controlar (dolor, disnea, etc.), en otros será necesario que el enfermo se adapte a ellos (debilidad, anorexia, etc.).
- 2) Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.
- 3) Cambios en la organización, que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.
- 4) Equipo interdisciplinar: es necesario el trabajo en equipo, con espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.

La atención paliativa pretende garantizar el alivio del dolor y otros síntomas, soporte que favorezca la comunicación y ayuda emocional y que reconozca el posible planteamiento de cuestiones existenciales y la búsqueda del sentido, atención a las necesidades sociales, ayuda a los familiares y prevención del estrés en los profesionales sanitarios.

Los principios generales propuestos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos para el alivio de síntomas son:

- Los síntomas deben evaluarse siempre antes de iniciar el tratamiento.
- Las causas y las medidas terapéuticas deben explicarse en términos que sean comprensibles para el paciente.
- Siempre debe establecerse un tratamiento individualizado.

- Los síntomas deben monitorizarse con el fin de sistematizar el seguimiento y el cumplimiento de los objetivos.
- Se deben dar instrucciones correctas y completas sobre el tratamiento.
- Existen síntomas constantes en todos los pacientes, cuyo tratamiento se instaurará de forma fija y preventiva con el fin de evitar la aparición de los mismos.
- Los tratamientos no se deben limitar al uso de medicación.
- Es esencial que el equipo terapéutico completo elabore y evalúe los objetivos terapéuticos en cada síntoma sobre todo en el dolor.
- Para combatir los síntomas en el enfermo terminal no son necesarios más de 15 o 20 fármacos, aunque se debe tener un conocimiento detallado de cada uno de ellos, así como valorar su efecto terapéutico y sus efectos secundarios.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LOS FÁRMACOS

La vía de elección es la oral, ésta proporciona más autonomía y calidad de vida al enfermo. Cuando esta vía no está disponible se deben utilizar vías alternativas, como la subcutánea que sería la de elección en estos casos, ya que el paciente oncológico terminal no tiene masa muscular debido a la caquexia y presenta las venas esclerosadas por la quimioterapia. Las ventajas de la infusión subcutánea son la facilidad técnica de ejecución, seguridad y comodidad para el paciente, excelente eficacia analgésica y la posibilidad de manejo en el domicilio por la familia.

Los fármacos que pueden usarse por vía subcutánea son: cloruro mórfico, butilescopolamina, metilbromuro de hioscina, haloperidol, midazolam, metoclopramida, ondansetrón, granisetron, octreotido, tramadol, ketorolaco, diclofenaco, metadona, meperidina, levomepromazina y dexametasona.

La forma de administración puede ser en bolus y en infusión continua, ésta última presenta menor dolor a la inyección, mayor efectividad analgésica y no hay demora en la administración de la dosis.

CURAS Y ATENCIÓN INTEGRAL AL ENFERMO

La terapia de soporte cubre las necesidades psicosociales, físicas y rehabilitadoras de los enfermos en tratamiento oncológico activo. Tiene como finalidad mejorar los síntomas producidos por los tratamientos oncológicos específicos y las consecuencias que produce el diagnóstico de la enfermedad. Es importante aplicarlas desde el momento del diagnóstico. El término de curas paliativas se reserva para el control de los síntomas que se producen cuando la terapia activa oncológica ya es ineficaz y la enfermedad continua progresando. Los dos conceptos se superponen y buscan una mejora de los síntomas, ya sean producidos por el tratamiento o generados por la enfermedad.

Control de los síntomas

• Tratamiento del dolor

De los enfermos con cáncer avanzado, el 60-80% tienen dolor de moderado a severo. La mayor frecuencia la presentan los cánceres óseos y la menor las leucemias. La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad y éste va a ser uno de los factores que más afecte a la calidad de vida del paciente. El dolor es una experiencia desagradable, sensorial y emocional, subjetiva que se asocia a una lesión real o potencial.

En el paciente con cáncer, el dolor suele ser de tipo crónico y se asocia a la idea de mal pronóstico, muerte, pérdida de autonomía y de calidad de vida y sufrimiento intenso con repercusiones psíquicas y sociales. Se estima que el dolor puede aligerarse en un 90% con medidas simples y por tanto es necesario implicar a todos los profesionales sanitarios que tratan a estos pacientes.

Primero de todo debe valorarse el dolor:

1. Valorar si el dolor está siendo producido directa o indirectamente por el tumor, el tratamiento o si no está relacionado con alguna de estas circunstancias.
2. Medir la intensidad del dolor y de otros síntomas. La base de la valoración del dolor es la referencia del propio paciente. El médico debe enseñar al paciente y a su familia a utilizar las escalas de valoración del dolor en sus hogares, siendo la más usada la Escala Visual Analógica (EVA).
3. Valorar las múltiples dimensiones de la expresión del dolor.
4. Identificar los factores de mal pronóstico del control del dolor.

Existe una escalera de analgésicos según su potencia progresivamente mayor propuesta por la OMS (figura 1). Primero se prescriben al paciente los analgésicos de primer escalón (AAS, Paracetamol, Metamizol, otros AINE). Si no mejora, se pasa a analgésicos de segundo escalón (dextropropoxifeno, tramadol, codeína o dihidrocodeína), combinados con los del primer escalón, y algún coadyuvante si fuera necesario. Si no mejora el paciente, se pasará a los opioides potentes del tercer escalón (morfina, metadona), combinados

con los del primer escalón, más algún coadyuvante si fuera preciso.

No se deben mezclar nunca los opioides débiles con los potentes, ni los potentes entre sí; esto podría provocar que se contrarrestasen sus efectos debido a su mecanismo de acción.

- *Analgesia de primer escalón (dolor leve, EVA 1-3):* se trata con analgésicos no opioides con efecto techo (paracetamol, metamizol, dextetoprofeno, ibuprofeno, diclofenaco). Se deben tener en cuenta los efectos secundarios potenciales y adecuar el tratamiento según los antecedentes del paciente (insuficiencia renal, asmáticos, antecedentes de úlcera gastroduodenal, anticoagulantes).

- *Analgesia de segundo escalón (dolor moderado, EVA 3-6):* se utilizarán opioides menores con techo analgésico (codeína, dihidrocodeína, tramadol, dextropropoxifeno). Como efectos adversos pueden provocar: estreñimiento, vómitos, sequedad de boca, somnolencia, neurotoxicidad, depresión respiratoria, tolerancia y dependencia.

- *Analgesia de tercer escalón (dolor intenso, EVA 6-10):* se utilizarán opioides mayores (morfina, metadona, fentanilo, oxycodona, buprenorfina). No tienen techo terapéutico, excepto el derivado de sus efectos secundarios: somnolencia, delirio, alucinaciones, depresión respiratoria y vómitos. El estreñimiento es habitual y se debe prevenir con laxantes de tipo lactulosa o otros.

- *Coadyuvantes:* se podría considerar un cuarto escalón, en los dolores incontrolables que requieren técnicas específicas de la unidad de dolor como bloqueos nerviosos, infusión intratecal, neurectomía, radiofrecuencia, estimulación medular. Normalmente este dolor incontrolable tiene origen neuropático, es decir que es secundario a una lesión nerviosa. Este dolor presenta poca respuesta a los morfínicos y por tanto es fundamental el uso de coadyuvantes como gabapentina (anticonvulsivos junto con valproato y carbamazepina), pregabalina y amitriptilina. Por su efecto antiemético la dexametasona puede ser útil en situaciones de compresión de órganos, hipertensión endocraneal, metástasis óseas, hepatomegalia.

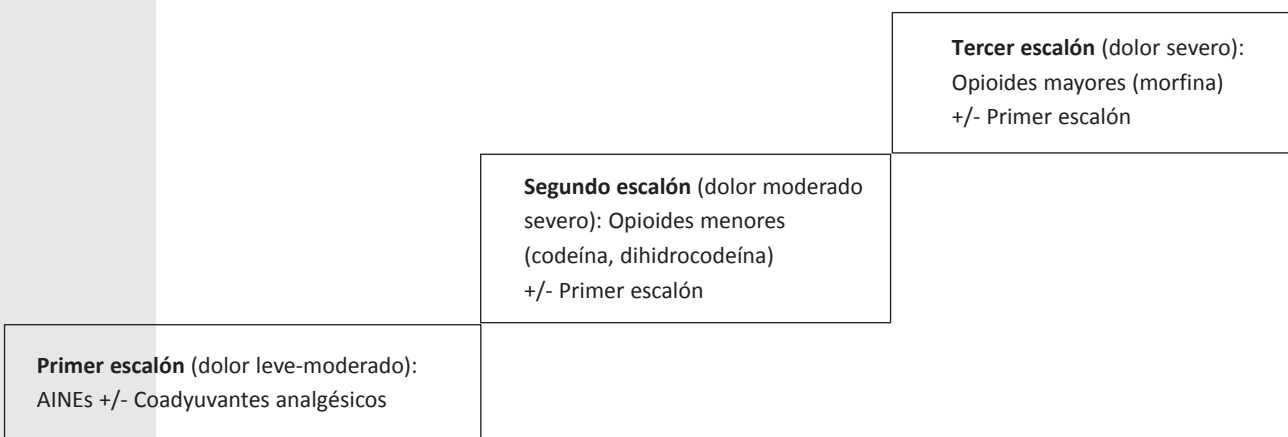


Figura 1. Escalera analgésica de la OMS.

• Tratamiento de síntomas digestivos

- Anorexia y caquexia

Incapacidad del paciente para comer normalmente. Es debida a la carga tumoral pero también por el miedo al vómito, la saciedad precoz, disfunción autonómica, estreñimiento, alteraciones en la boca, dolor y fatiga, entre otras causas.

Tratamiento:

- Medidas generales: raciones pequeñas, preparación adecuada de los alimentos.
- Medidas farmacológicas:
 - Corticoides: manejo a corto plazo de la caquexia. Incremento del hambre y la sensación de bienestar (dexametasona 4 mg/d, prednisona 15-30 mg/d).
 - Acetato de megestrol: manejo a corto plazo de la caquexia. Incremento del hambre y la sensación de bienestar.
 - Metoclopramida: en caso de estasis gástrica, náusea crónica.

- Estreñimiento

La obstrucción intestinal es una complicación frecuente en los enfermos con un cáncer en fase terminal, principalmente en los que tienen un cáncer en el abdomen o la pelvis. La obstrucción intestinal puede ser parcial o completa, originada en un solo lugar o en más de uno. Se desarrolla más frecuentemente en el intestino delgado que en el colon.

Tratamiento:

- Medidas farmacológicas:

Deben administrarse laxantes de forma profiláctica a los pacientes a los que se le administre opioides.

Se trata con fármacos laxantes, que pueden ser de varios tipos:

 - Reguladores: aumentan el volumen de la masa fecal (metilcelulosa, salvado, psyllium). Poco útiles en el enfermo terminal.
 - Detergentes: reblandecen la masa fecal (parafina). Período de latencia de 6-12 h.
 - Osmóticos: retienen agua en la luz intestinal (lactulosa, lactitol). Período de latencia de uno a dos días.
 - Estimulantes: aumentan el peristaltismo intestinal (senósidos, bisacodilo). Período de latencia de 6-12 h. Están contraindicados si se sospecha obstrucción intestinal.

En caso de impactación fecal se podrían usar enemas fosfatados y macrogol valorando previamente el estado de la ampolla rectal.

- Diarrea

En un paciente oncológico generalmente es debida a la propia enfermedad o a los citostáticos utilizados, la dosis, el tiempo de infusión y el uso de esquemas de poliquimioterapia. Los citostáticos que producen diarrea con más frecuencia son: 5-fluorouracilo, irinotecan, topotecan. Pueden existir otras causas como la irradiación

en la región pelviana, causas postoperatorias, antibióticos, síndrome carcinoide, insuficiencia pancreática, laxantes, algunos alimentos.

Tratamiento:

- Medidas farmacológicas:
 - Loperamida 4 mg (dosis inicial), 2 mg después de cada deposición sin sobrepasar los 16 mg. Suspender después de 12 h sin deposiciones.
 - Codeína 30 mg cada 4-6 h.
 - Octreotido: en casos resistentes y cuando haya síndrome carcinoide.
 - Vancomicina o metronidazol por vía oral: en caso de infección por *Clostridium difficile*.
- Náuseas y vómitos
Pueden ser debidos al cáncer (irritación del tracto gastrointestinal, obstrucción, estreñimiento, hipertensión intracraneal, expectoración, ansiedad, hipercalcemia, hiponatremia, uremia, dolor, toxicidad cancerosa), o bien, al tratamiento (quimioterapia, radioterapia, antibióticos, corticoides, AINEs, opioides).

Tratamiento:

- Medidas farmacológicas:
 - Neurolepticos (haloperidol, clorpromazina): antagonistas de los receptores dopaminérgicos D2. Actúan fundamentalmente en la zona gatillo.
 - Antihistamínicos (difenhidramina, dimenhidrinato): los vómitos de origen laberíntico se pueden tratar con antagonistas de los receptores H-1 (histamina) y de los receptores colinérgicos M-1 (muscarina).
 - Anticolinérgicos (butilescopolamina): actúan sobre el centro del vómito. Son útiles también en los vómitos por obstrucción intestinal.
 - Procinéticos (metoclopramida, domperidona): pueden ser particularmente útiles en las náuseas y vómitos relacionados con la gastroparesia, ya que promueven la actividad gástrica y del intestino delgado por mecanismos colinérgicos.
 - Antagonistas de la serotonina (ondansetrón, granisetron): un avance importante ha sido el desarrollo de antagonistas relativamente específicos de la serotonina, bien tolerados y con pocos efectos colaterales. Son fármacos eficaces en vómitos refractarios. Se recomienda su uso en segunda línea.
También es necesaria una adecuada hidratación del paciente.

• Disnea

Es la necesidad de incrementar la ventilación o la sensación desagradable de dificultad de ventilación; es una sensación subjetiva, por tanto, el enfermo sólo puede cuantificar su intensidad y características. 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.

Tratamiento:

- Medidas generales: humidificar el ambiente, oxígeno domiciliario, elevar la cabecera de la cama.
- Medidas farmacológicas:
 - Ansiolíticos (diazepam, lorazepam, midazolam, clorpromazina): disminuyen la ansiedad y la taquipnea.
 - Sulfato o clorhidrato de morfina.
 - Corticoides (dexametasona, prednisona): si hay linfagitis carcinomatosa, neumonitis post-radioterapia, síndrome de vena cava superior u obstrucción de vías respiratorias.

• Síntomas neuropsicológicos

Cerca del 25% de los pacientes con enfermedad maligna terminal presentan síntomas neuropsicológicos en forma de insomnio, ansiedad, depresión y estado confusional agudo.

- Insomnio

En estos pacientes ocurre que muchos de ellos intentan evitar quedarse dormidos por el miedo a perder el control y morir durante la noche. El cansancio que provoca el no haber dormido disminuye considerablemente el umbral del dolor, haciendo a su vez más difícil conciliar el sueño.

Tratamiento:

- Medidas generales: aumentar la actividad diaria, buena temperatura, comodidad y poca luz.
- Medidas farmacológicas:
 - Benzodiazepinas: lorazepam, flunitrazepam, midazolam.
 - Otros: zolpidem, antidepresivos si están deprimidos, levomepromazina.

- Ansiedad

Afecta al 24% de los pacientes a lo largo del proceso y es un cuadro caracterizado por una sensación de aprensión, miedo de estar frente a un desastre inminente e inevitable.

Tratamiento:

- Medidas generales: ambiente agradable, temperatura adecuada, buen control de los síntomas, ocupar el tiempo.
- Medidas farmacológicas:
 - Benzodiazepinas: lorazepam, midazolam, alprazolam.

- Depresión

Afecta entre el 10-25% de los pacientes en fase terminal. Es un cuadro caracterizado por una disminución en el estado de ánimo o por pérdida del interés por el placer en todo o casi todo lo que antes se lo producía al paciente.

Tratamiento:

- Medidas farmacológicas:
 - Psicoestimulantes: metilfenidato.
 - Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina.

- Inhibidores de la recaptación de serotonina: citalopram, paroxetina, fluoxetina, sertralina.
- Otros antidepresivos: venlafaxina, mirtazapina.

- 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 consciencia con pérdida de memoria y desorientación temporo-espacial que se produce en un corto período de tiempo y suele ser fluctuante a lo largo del día.

Tratamiento:

- Medidas farmacológicas:
 - Neurolépticos: haloperidol, levomepromazina (si haloperidol no es efectivo, es más sedante).
 - Benzodiazepinas: pueden agravar y hasta desencadenar los síntomas del delirio. Sólo están indicadas si existen crisis de agitación que no responden a los neurolépticos.
 - Sedación paliativa: en casos de agitación refractarios. Es el alivio de los síntomas o problemas refractarios mediante la disminución farmacológica del nivel de consciencia. Se aplica en un 15-36% de los pacientes en fase terminal.

• Hipo

Puede deberse a: distensión gástrica, irritación frénica, lesión cerebral, uremia o elevación del diafragma (hepatomegalia, ascitis, masas subfrénicas).

Tratamiento:

- Medidas farmacológicas:
 - Metoclopramida
 - Haloperidol
 - Clorpromazina
 - Baclofeno

• Cuidados de la boca

En el enfermo terminal hay una alteración de las propiedades de la boca provocadas por diferentes causas y que dan lugar a numerosos problemas de los que cabe destacar por su elevada frecuencia la sequedad de boca.

Los objetivos a conseguir son:

- Prevención del dolor de boca.
- Mantener la mucosa y labios húmedos, limpios, suaves e intactos haciendo prevención de infecciones y promocionando así el confort.
- Eliminar la placa bacteriana y restos alimentarios para evitar la halitosis, procurando no perjudicar la mucosa.

Se recomienda:

- Usar un cepillo de dientes suave, realizando cepillado y enjuague normales después de las comidas.
- Eliminar el sarro con peróxido de hidrógeno diluido, perborato sódico, soluciones de bicarbonato o vitamina C.

- Como antiséptico se usa solución de clorhexidina al 0.2% o yodo en solución acuosa. Si hay úlceras dolorosas se administrarán anestésicos locales como lidocaína viscosa.
- Beber pequeños sorbos de agua, chicles o caramelos sin azúcar, masticar trozos de piña, zumos de frutas con hielo, manzanilla con limón y la saliva artificial, puede ser útil para combatir la sequedad de boca.
- Para el tratamiento de las infecciones provocadas por la sequedad de boca, como la candidiasis, se realizarán enjuagues con nistatina en suspensión.

La comunicación, el bienestar y la satisfacción de comer dependen en parte de una buena higiene bucal; por tanto, ésta es fundamental para el enfermo terminal. Enfermera y médicos deben educar al paciente y familiares aconsejando diferentes métodos y utensilios, respetando las preferencias y estimulando las iniciativas de aquellos en este sentido.

ALIMENTACIÓN

El paciente debe comer lo que quiera, cuando quiera y cuanto quiera. Se debe dar consejos a la familia y al enfermo respecto a la alimentación.

Como normas generales se deberían adoptar las siguientes:

- Mantener la boca en el mejor estado posible.
- Comida: presentaciones que apetezcan, poca cantidad, alimentos suaves, poco olorosos y preferentemente fríos.
- Ofrecer bebidas frecuentemente.

Para un paciente en fase terminal el fin de la alimentación es aportarle cierto confort y no tanto responder a las exigencias nutricionales. En un estado avanzado de la enfermedad no se muere por una ingesta inadecuada de alimentos, sino por el inevitable avance de la enfermedad. Por ello, la colocación de una sonda nasogástrica en esta fase no se usa en la mayoría de los casos.

URGENCIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

• Síndrome de compresión medular

Es la principal urgencia oncológica, ya que de la rapidez de instauración del tratamiento dependerá la calidad de vida del paciente. Se produce con mayor frecuencia en los tumores que más metástasis óseas producen (mama, pulmón, próstata). El tratamiento debe ser inmediato. Si el paciente va a tardar en ser valorado por un servicio de urgencia hospitalario, se iniciará tratamiento con dexametasona (100 mg/100 ml suero fisiológico, seguido de 8-12 mg/6 h durante tres días y 4 mg/6h como continuación).

El tratamiento de elección es la radioterapia en casos de compresión extradural. La cirugía se indica si se produce empeoramiento de la clínica a pesar de la corticoterapia, si se objetiva recidiva tras la dosis máxima de radiación, si existe metástasis solitaria a nivel vertebral o si existe un diagnóstico dudoso.

• Síndrome de la vena cava superior

La causa principal es el cáncer (pulmón, linfomas y adenopatías mediastínicas tumorales). Puede tener origen no tumoral (trombosis venosa primaria, cateterismo central, etc.)

El tratamiento de elección es la radioterapia, si el origen es neoplásico y pueden ser útiles los corticoides a altas dosis, además de la administración de oxígeno.

• Hipercalcemia

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:

- Rehidratación con suero salino fisiológico y posteriormente furosemida (40-60 mg/8 h).
- Corticoides en hipercalcemias por linfoma o mielomas, 40-100 mg/día de prednisona por vía oral o endovenosa.
- Bifosfonatos (zoledronato, pamidronato, clodronato).

• Convulsiones

La primera crisis convulsiva produce siempre un gran impacto en la familia por lo que es importante conseguir su control lo más rápidamente posible.

Inicialmente pueden emplearse para controlar la primera crisis diazepam, clonazepam o midazolam endovenosos.

Posteriormente se emplean anticonvulsivos en dosis suficientes para mantener niveles plasmáticos terapéuticos (fenitoína, valproato, midazolam).

ASPECTOS NO FARMACOLÓGICOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Además del tratamiento de los síntomas, en el enfermo terminal también es importante tener en cuenta la comunicación con el enfermo y la familia, la asistencia emocional y la asistencia espiritual.

La información que se da al enfermo en fase terminal tiene que ser siempre individualizada. Debe tenerse en cuenta el derecho del enfermo a ser informado y la necesidad de respetar la voluntad de los enfermos que no quieren conocer detalles sobre la enfermedad y su futuro. Sólo con una buena comunicación se puede tener cuidado y empatizar con los enfermos para proporcionarles atención de calidad en la fase final de la vida.

La enfermedad en fase terminal produce un intenso sufrimiento, el aligeramiento del cual requiere una gran competencia y una profunda sensibilidad. Durante el proceso de enfermedad y muerte aparecen múltiples problemas emocionales como miedo, inseguridad, tristeza, ansiedad, angustia, desesperanza. Es imprescindible que los profesionales que atienden a los enfermos y familias en

la fase terminal de la enfermedad desarrollen actitudes y técnicas de ayuda con la finalidad de dar soporte al enfermo en la autoexploración y propiciar el desarrollo de recursos propios que permitan al enfermo progresar en el proceso de adaptación a la pérdida. Es necesario crear una atmósfera de serenidad y respeto y favorecer la adaptación del enfermo y la familia a la situación que genera sufrimiento, escuchándolos y acompañándolos en todo momento.

Otra preocupación es el sentido de la vida. Únicamente cuando su sufrimiento físico es aliviado y su familia cuida de ella, la persona en fase terminal comienza a hacer preguntas existenciales. Aunque ha disminuido el número de personas que tienen una profunda fe religiosa que confiere sentido a su vida, la mayoría de estos pacientes expresa el deseo de hablar del sentido de la vida, del sufrimiento y de la muerte y pueden decepcionarse si nadie se interesa en ayudarles. Aunque una ayuda espiritual específica ha de ser tratada preferentemente por sacerdotes y profesionales en soporte espiritual, la capacidad de detectar, comprender, respetar y acompañar al enfermo y a la familia en su particular camino, es trabajo de todos los profesionales que atienden a los enfermos y a sus familiares en la situación de enfermedad terminal.

OTROS ASPECTOS IMPORTANTES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La decisión de suspender los tratamientos activos, debe ser tomada antes de llegar a la agonía; de otra forma, la comunicación se rompe y el proceso de morir puede ser más complicado para el paciente, familia y equipo asistencial. Cualquier discusión es mucho más difícil en estos momentos y el nerviosismo es mayor debido a la inme-

diataz de los acontecimientos. Siempre es mejor valorar esta situación por adelantado. La clave es transmitir información positiva en el contexto de que es “lo que se puede hacer”, en lugar de que es “lo que no podemos hacer”; sin perder el objetivo de que la prioridad es evitar el sufrimiento del paciente. Se debe insistir a la familia que todo el proceso de toma de decisiones está guiado hacia el confort del paciente. Se deben respetar los deseos del paciente y su familia, pero el equipo no debe ofrecer y/o administrar tratamientos inútiles que sólo conduzcan a prolongar la agonía y el sufrimiento. La investigación confirma que los pacientes que no son informados sienten un mayor sufrimiento físico y psicosocial y hablan de un nivel inferior de calidad de vida que los que son informados según su voluntad.

Los cuidados paliativos constituyen hoy una cuestión importante de la salud pública. Trabajan con el sufrimiento, la dignidad de la persona, el cuidado de las necesidades humanas y la calidad de vida de la gente afectada por una enfermedad crónico-degenerativa o que está en la fase final de la vida. También se preocupan de la ayuda a familias y amigos como unidad de cuidados, frente al sufrimiento por la pérdida, potencial o inminente, de seres queridos.

En la medida en que los cuidados paliativos se desarrollan crece el convencimiento de que con las drogas y las técnicas en la actualidad disponibles es relativamente fácil proporcionar comodidad física al paciente. Sin embargo, aún con eso, la persona puede sentir miedo, soledad o poca autoestima. Además de la atención y control de los síntomas físicos, la filosofía de los cuidados paliativos se preocupa básicamente de la calidad, valor y sentido de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Grifo, MJ, López ML, Ponce J. Manejo de los síntomas en pacientes terminales en Atención Primaria (I). Semergen 25 (4): 312-321.
- Grifo MJ, López ML, Ponce J. Manejo de los síntomas en pacientes terminales en Atención Primaria (II). Semergen 25 (5): 410-422.
- Guías Clínicas en Atención Primaria. Atención Primaria en la Red. www.fisterra.com
- Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. www.secpal.com
- Guia de pràctica clínica per a l'atenció pal·liativa al malalt en fase terminal a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Desembre 2005, Barcelona.
- Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en Cuidados Paliativos. Acta Bioethica, vol. XII, núm. 002, pp 231-242. Organización Panamericana de la Salud. Santiago, Chile, 2006.
- Torres LM, González Escalada JR. Dolor oncológico. Ergon. Madrid, 2005.
- Valentín V, Murillo M, Valentín M. Síntomas al final de la vida. Psicooncología, Vol. 1, Núms. 2-3, pp 251-262.



Comité De Redacción de "The Pharmaceutical Letter":

·Miquel Aguiló (FCC) ·Glòria Alba (FCH) ·Manel Ballester (Cardiólogo) ·Josep Barrio (Infectólogo) ·Salvador Benito (Intensivista) ·Xavier Bonafont (FCH) ·Patricia Bravo (FCH) ·M^a José Cabañas (FCH) ·Daniel Cardonal (FCH) ·Natalia Carrasco (FCH) ·Isabel Castro (FCH) ·Anna Clopés (FCH) ·Alfonso Domínguez-Gil (Catedrático Universidad Salamanca) ·José Angel Expósito (FCH) ·Eduarne Fernández (FCH) ·Benet Fité (FCC) ·Jordi Foncuberta (Hematólogo) ·Miquel Franco (Internista) ·Alberto Frutos (FCH) ·Francisco García Cebrián (FCC) ·Pilar Gascón (FCC) ·M^a Rosa Güell (Neumólogo) ·Sara Herrero (Farmacéutica-Podóloga) ·Cristina de Irala Indart (FCH) ·Francesc Jané (Farmatólogo Clínico) ·Rosa Jordana (FCC) ·Milagros García (FCH) ·David López (FCH) ·Laura Losa (FCH) ·M^a Antonia Mangués (FCH) ·Francisco Martínez (FCC) ·Lluís Mendarte (FCH) ·Josep Monerde (FCH) ·M^a Estela Moreno Martínez (FCH) ·Mónica Ponsirenas (FCH) ·Margarita Ramoneda (FCC) ·Mireia Ribas Solé (FCH) ·Raquel Rodríguez (FCH) ·Gemma Rodríguez Trigo (Neumóloga) ·Nuria Sabaté (FCH) ·Joaquim Sanchis (Neumólogo) ·Amparo Santamaría (Hematóloga) ·Angel Sanz Granda (Consultor Farmacoeconomía) ·Ana Soler (FCH) ·Laura Tuneu (FCH) ·Camil·la Valls (FCH) ·Guillermo Vázquez (Internista e Intensivista) (FCH) Farmatèutic Clínic Hospitalari. (FCC) Farmacèutic Clínic Comunitari.



DICAF, S.L.

Información y suscripciones:

DICAF, S.L. - C/ Rabassa, 41, - 08024 BARCELONA
Tel. 93 211 30 93 - Fax 93 212 38 11 - E-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>

Edita:	The Pharmaceutical Letter - DICAF, S.L.	
	C/ Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA	
ISSN:	1575-3611	N.I.F.: B-61640439
Depósito legal:	GI-557/1999	