

Manual de Medicina Paliativa

Escuela de Medicina
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile

Editores

Dr. Rodrigo López
Dr. Flavio Nervi
Dra. Paulina Taboada

Colaboradores

Dr. Jorge Calderón
Dra. Miriam Campbell
Dr. Luis Cereceda
Dr. Fernando Ferreiro
Dr. Mario Guerrero
Ps. M. Margarita Reyes
Int. Nicolás Rojas
Dr. Robert Twycross
Dr. Raúl Valenzuela
Dr. Roberto Wenk

Indice

Introducción	5
Definiciones	9
Principios básicos de la Medicina Paliativa	13
Control de síntomas	
Caquexia-Anorexia	21
Compromiso de Conciencia	25
Constipación	30
Delirium	34
Depresión y Ansiedad	39
Diarrea	43
Disnea	45
Dolor	48
Fatiga	55
Náuseas y Vómitos	58
Retención urinaria e Incontinencia de Orina	62
Sistemas de Evaluación	
Evaluación de síntomas	65
Evaluación de capacidad funcional	81
Evaluación de pronóstico	85
Duelo: conceptos básicos	91
Análisis de problemas éticos frecuentes	
Metodología del análisis ético	99
Competencia y autonomía	102
Proporcionalidad terapéutica	107
Nutrición e hidratación al final de la vida	112
Sedación terminal y principio del doble efecto	115
Comunicación en Medicina Paliativa	120
Epílogo: La Clínica Familia	125
Anexos	
Información en Internet	131
Índice Farmacológico	133

Introducción

Medicina y Cuidados Paliativos.

La revolución diagnóstica y terapéutica de los últimos 50 años junto a la mejoría progresiva de las condiciones sociales y económicas han logrado aumentar la sobrevida de la población de poco más de 60 años a casi 80, incluido en países en desarrollo como Chile. Ello ha traído consigo un aumento considerable del número de pacientes con enfermedades crónicas incurables, incluidos los pacientes con cáncer metastático, accidentes vasculares, demencias y las insuficiencias hepáticas, cardíacas, respiratorias o renales descompensadas en fase avanzada y enfermos de SIDA. Son estos los pacientes que despertaron las raíces compasivas de la medicina a mediados de los sesenta en el siglo pasado en Inglaterra, donde la preocupación central se puso en el control de síntomas y el “dolor total” de la Dra. Cecily Saunders (Medicina Paliativa¹) y calidad de vida, incluyendo los aspectos familiares, sociales, psicológicos y espirituales de los pacientes que están por morir y sus familiares (Cuidados Paliativos²).

Si se considera que mueren 56 millones de personas al año (el 85% de ellas en países en vías de desarrollo como Chile) uno podría asumir que cada muerte también afecta a por lo menos otras 5 personas en términos de relación informal y asistencia al duelo de la familia y los amigos. Esto es una estimación bastante modesta especialmente en aquellos países en vías de desarrollo, donde la tasa de natalidad todavía es alta.

El total de personas que se encuentra afectada cada año en el mundo por problemas relacionados con la atención de los pacientes moribundos es alrededor de 300 millones es decir, el 5% de la población mun-

¹ La Organización Mundial de la Salud define los Cuidados Paliativos como el cuidado activo y total de los pacientes portadores de enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El Control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales, es primordial. Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte. Apoya a la familia en la enfermedad del paciente y durante el duelo (²).

dial. Esto hace que la calidad de la atención al final de la vida sea uno de los problemas de salud pública global más importante que se enfrentan hoy en el mundo. En muchos países desarrollados hay un reconocimiento más profundo que en el nuestro sobre las necesidades de mejorar el cuidado de los pacientes incurables en el final de su vida. La cultura materialista de la sociedad y los avances tecnológicos en medicina han oscurecido la necesidad del desarrollo de una medicina más humana y compasiva para el enfermo que está por morir y su familia.

La Medicina y Cuidados Paliativos se han desarrollado en 3 instancias diferentes, pero no excluyentes. Primero, a nivel de la atención primaria por médicos generales. En ocasiones, esta labor se da en el contexto de equipos multidisciplinarios que incluyen además de médicos, enfermeras, psicólogos, sacerdotes, rabinos o pastores, y voluntarios entrenados (poco frecuente en Chile). Una segunda instancia incluye la participación de especialistas en oncología, anestesiología, cirugía y radioterapia, los cuales ven a los enfermos desde la perspectiva del control de síntomas, especialmente participando en la planificación de terapias orientadas al control del dolor. Un tercer nivel de atención incluye a médicos especialistas que han recibido un entrenamiento específico en medicina paliativa, orientado desde una filosofía holística, incluyendo todas las áreas del sufrimiento humano (“dolor total”), con los componentes físico, psicológico, social y espiritual.

En nuestro país se han desarrollado unidades de control de síntomas y cuidados paliativos en diversos centros hospitalarios, destacando el programa del Centro Nacional del Cáncer del SNSS. El Ministerio de Salud, a través de su programa de cáncer, ha impulsado de manera significativa los cuidados paliativos y la cobertura de opiáceos a lo largo del país, y el nuevo plan AUGE (Acceso Universal Garantizado Explícito) ha incorporado, con razón, los cuidados paliativos en su listado de prioridades, pero sus resultados han sido irregulares y variables. También algunas organizaciones privadas como la Clínica Familia para Cuidados Paliativos y el Hogar de Cristo han alcanzado un alto nivel de profesionalismo en la atención de pacientes terminales en extrema pobreza y sus familias. Sin embargo, al parecer no existen todavía en

nuestras escuelas de medicina programas específicos de medicina y cuidados paliativos en los currículos obligatorios de pre y postgrado, como lo demostró un estudio reciente realizado entre los residentes de todas las especialidades de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

En los últimos 20 años, la medicina paliativa ha evolucionado enormemente. Desde sus inicios, como un movimiento médico-social no alineado con la medicina académica, estos han crecido hasta ser finalmente aceptada por los principales centros académicos mundiales. La Organización Mundial de la Salud, la Asociación Americana de Oncología Clínica (A.S.C.O.), la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos, la Asociación Europea del Cáncer, y un gran número de organizaciones médicas, científicas y gubernamentales han enfatizado la necesidad de promover la medicina y cuidados paliativos en la enseñanza médica, la cual es obligatoria en todas las escuelas de medicina inglesas. La relevancia de estos temas alcanza también las áreas de gestión económico – administrativa, especialmente la preocupación creciente por los gastos innecesarios de los últimos meses de vida de una proporción muy importante de las personas que fallecen en los centros asistenciales estatales y privados. Esta situación tiene un fuerte impacto negativo sobre los presupuestos de salud de países desarrollados, como es el caso de Estados Unidos de Norteamérica, considerando los enormes recursos que se gastan en las personas con enfermedades incurables durante su último año de vida (el problema ético de las terapias fútiles).

Los 6 elementos esenciales relacionados con la calidad de la atención necesaria para los pacientes incurables en fase avanzada (expectativa de vida menor de 6 meses) o que están por morir, son: calidad de vida en su conjunto; sensación física de bienestar y capacidad de autonomía; sensación psicológica de bienestar y autocontrol; sensación de bienestar espiritual; percepción familiar de que hay atención adecuada del paciente; percepción de que la familia se encuentra enfrentando adecuadamente la situación del enfermo que está por morir. Este compendio de temas de cuidados paliativos cubre de manera conceptual y práctica las áreas clínicas específicas del control de síntomas, así como la interacción de diversos profesionales dedicados a procurar la mejor calidad de vida posible, y una buena muerte.

Referencias generales escogidas.

1. Saunders DC. Principles of symptom control in terminal care. *Med. Clin. North Am.* 1982; 66:1169-1183.
2. Doyle D, Hanks GW, Macdonald N. Introduction. En: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford UK: Oxford University Press 1999; 3-11.
3. Longo DL. Palliative care in management of terminally ill patients – En Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD., Martin J.B., Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Eds. Harrison's 14th Edition CD-ROM update: Approach to the patient with cancer, *McGraw-Hill, New York.* 2000; capítulo 81.
4. Cassell EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *N. Engl. J. Med.* 1988; 306: 639 – 645.
5. Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, Emanuel EJ. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet.* 2001; 357:1311-1315.

Algunas definiciones

Dado que ciertos conceptos de Medicina Paliativa no son de dominio común, parece razonable comenzar por definir algunos de ellos.

Medicina Paliativa

“*Medicina Paliativa es el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas, en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida*”. (Oxford Textbook of Palliative Medicine, Third edition, p 1). La OMS agrega: “*La meta de la Medicina Paliativa es conseguir la mejor calidad de vida de sus pacientes y sus familias... la Medicina Paliativa afirma la vida, y acepta la muerte como un proceso natural... no acorta ni alarga la vida, proporciona alivio del dolor y de otros síntomas estresantes... integra los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado, ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, y apoya a la familia durante la enfermedad del paciente y durante el duelo*”. (OMS, 1990)

Si bien las técnicas de medicina paliativa podrían ser utilizadas para cualquier paciente, se suele restringir únicamente al ámbito de los pacientes terminales, estando aún sujeto a debate el momento adecuado de iniciar un manejo paliativo propiamente tal.

Paciente terminal

Los criterios que se han propuesto para poder catalogar a un paciente como enfermo terminal (Sociedad Española de Cuidados Paliativos):

1. Diagnóstico seguro de una enfermedad avanzada, progresiva y sin posibilidades de curación. Habitualmente se relaciona a enfermedades oncológicas, pero comprende también la insuficiencia no trasplantable de órganos (Insuficiencia cardíaca, EPOC, Daño hepático crónico, Insuficiencia renal sin hemodiálisis), enfermedades neurológicas degenerativas (Alzheimer, Accidente vascular encefálico), enfermedades infecciosas en las que se desestima el tratamiento, etc.

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

Se ha utilizado el pronóstico de vida no mayor a 6 meses no con el fin de restringir los beneficios a un período de tiempo, sino como método de establecer un pronóstico vital reservado. Se han construido numerosas guías prácticas para ayudar en la determinación de tal pronóstico, sin embargo (ver **Instrumentos utilizados para la determinación de Pronóstico**, al final de este manual), estas guías sólo deben utilizarse como una orientación, puesto que el poder predictivo para enfermedades no neoplásicas es muy bajo (LR positivo: 2.68; LR negativo: 0.874), permaneciendo el criterio clínico como el único elemento que nos permite suponer una muerte cercana (LR: 10.43) (Fox e., et al. (1999). *Evaluation of prognostic criteria for determining hospice eligibility in patients with advance lung, heart and liver disease.* JAMA 282, 1638-45). En los pacientes oncológicos la aparición de algunos síntomas y signos es bastante característico, por lo que conociendo dicha secuencia es posible sospechar la proximidad de la muerte.

Calidad de vida

Resulta bastante complejo definir lo que se entiende por calidad de vida, pero una aproximación operacional puede ser concebirla como *“la relación existente entre la condición biológica del paciente y la capacidad de buscar y perseguir metas personales específicas, entendiendo éstas como un conjunto de valores materiales, sociales, morales y espirituales que trascienden a la vida biológica”* (Walter J., 1988). Así, los pacientes estiman que tienen una buena calidad de vida cuando, **basados en su condición médica objetiva, son capaces de desarrollar proyectos vitales importantes de una forma satisfactoria.** Es por esto que una de las principales tareas de la Medicina Paliativa es mantener a los pacientes terminales lo más activos posible.

Evaluación y control de síntomas

Como los cuidados paliativos están orientados a proporcionar la mejor calidad de vida posible al paciente terminal y su familia, es importante:

- Registrar los síntomas que nos refieren los enfermos.
 - Evaluar la real necesidad de tratar al síntoma en función de las repercusiones que tiene para el paciente.
 - Controlar en forma objetiva las repercusiones de nuestros tratamientos.
 - Buscar activamente otros factores que disminuyan su calidad de vida.
- Debido a que los síntomas son subjetivos y existen muchos otros factores que intervienen en la percepción de los mismos por los pacientes, es necesario contar con una evaluación semi-estructurada en base a instrumentos, los que nos ayudan a **“objetivar lo subjetivo”**.

Los objetivos de la evaluación de síntomas en cuidados paliativos son:

- Identificación, cuantificación y registro
- Toma de decisiones clínicas
- Monitoreo del tratamiento, evaluación de resultados
- Evaluación epidemiológica
- Control de calidad
- Organización
- Investigación

En el proceso evaluativo se distinguen dos fases bien diferenciadas:

Evaluación inicial, que define la situación basal, establece diagnósticos y permite diseñar estrategias de intervención, y **Evaluación de resultados** del tratamiento aplicado, lo que permite decidir eventuales cambios en el manejo.

Al final de este Manual se entregan algunos sistemas de Evaluación de Síntomas, Capacidad Funcional y Criterios Pronósticos más usados en Medicina Paliativa.

Medicina paliativa

Principios Básicos

La Medicina Paliativa es la atención activa y total de los pacientes y sus familias por parte de un equipo multiprofesional cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta. La palabra “paliativa” deriva del vocablo latino pallium, que significa manta o cubierta. Así, cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son “tapados” o “cubiertos” con tratamientos específicos, como por ejemplo, analgésicos y antieméticos. Sin embargo, la Medicina Paliativa es mucho más amplia y profunda que la mera “síntomatología”. El término implica un enfoque holístico que considera no sólo las molestias físicas, sino también las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales. Sus principales objetivos son:

- Aliviar el dolor y los otros síntomas molestos de los pacientes;
- Atender psicológica y espiritualmente a los pacientes para que puedan aceptar su propia muerte y prepararse a ella en la forma más completa posible;
- Ofrecer un sistema de apoyo que ayude a los pacientes a llevar una vida lo más activa y creativa posible hasta que sobrevenga la muerte, promoviendo de este modo su autonomía, su integridad personal y su autoestima;
- Brindar un sistema de apoyo que ayude a las familias a afrontar la enfermedad del paciente y a sobrellevar el período de duelo.

La Medicina Paliativa afirma la vida y reconoce que el morir es un proceso normal. No busca ni acelerar ni posponer la muerte. No estando dominada por la “tiranía de la curación”, la Medicina Paliativa se opone también firmemente a la eutanasia.

Los pacientes con enfermedades terminales frecuentemente necesitan más atención que aquellos cuya enfermedad es curable. Así, la Medicina Paliativa ofrece un “cuidado terminal intensivo”. Requiere de habilidades profesionales de alto nivel y de un cuidado experto, individualizado para cada paciente, atento a los detalles y sensible, que consume mucho tiempo.

Así, la Medicina Paliativa busca evitar que los últimos días se conviertan en días perdidos², ofreciendo un tipo de atención apropiada a las necesidades del moribundo. A pesar de haber sido descrita como “de baja tecnología y alto contacto”, la Medicina Paliativa no se opone intrínsecamente a la tecnología de la medicina moderna, pero busca asegurar que sea el amor y no la ciencia la fuerza que oriente la atención al paciente. Las investigaciones y los tratamientos de alta tecnología solo se utilizan cuando sus beneficios superan claramente las posibles cargas. La ciencia se utiliza al servicio del amor y no viceversa. La Medicina Paliativa es un intento por restablecer el rol tradicional de médicos y enfermeras: **“curar a veces, aliviar frecuentemente, confortar siempre”**.

Una paradoja

Aquellos que visitan un hospicio por primera vez frecuentemente comentan que no es el lugar oscuro y deprimente que habían imaginado. Encuentran, en cambio, un lugar que irradia vida e incluso alegría. Es un descubrimiento que resulta extraño: vida y alegría en medio de la muerte y la angustia. Sin embargo, es quizás precisamente en esta paradoja donde reside el “secreto” de la Medicina Paliativa.

La “casa del hospicio” es una buena imagen para expresar esto, con sus piedras angulares de aceptación (“pase lo que pase no te abandonaré”) y de afirmación (“puedes estar muriendo, pero tú eres importante para nosotros”). El cemento que mantiene unidos los distintos componentes de la casa esta dado por la esperanza, la apertura y la honestidad.

Esperanza

Transar metas realistas con los pacientes es una forma de restablecer y mantener su esperanza. En un estudio se vio que los médicos y enfermeras que trabajan en Medicina Paliativa proponían significativa-

² El texto inglés introduce aquí un juego de palabras que no es posible conservar en la traducción al castellano: “...to prevent last days becoming lost days...” (Nota de la traductora).

mente más metas a sus pacientes que sus contrapartes en un hospital general. Pero, la esperanza también está relacionada con otros aspectos de la vida y de las relaciones personales. La comunicación de verdades dolorosas no tiene por qué ser equivalente a destruir la esperanza; **la esperanza de la recuperación puede ser reemplazada por una esperanza alternativa**. Así, en los pacientes próximos a la muerte la esperanza tiende a centrarse en:

- El ser más que en el lograr
- Las relaciones con otros
- La relación con Dios o con un “ser superior”

Es posible, por tanto, que la esperanza aumente cuando una persona se aproxima a la muerte, siempre que se mantengan una atención y un confort satisfactorios. Cuando queda poco que esperar, aún se puede esperar no ser dejado solo a la hora de morir y morir en paz.

Acompañamiento calificado

Algunos han expresado temor de que la Medicina Paliativa se convierta en una “técnica” más dentro de la gran corriente de medicina altamente tecnificada; una técnica tras la cual los profesionales puedan esconderse y a través de la cual sólo puedan ejercer “poder”. Este peligro se puede evitar si la Medicina Paliativa continúa siendo una forma de acompañamiento: el acompañamiento de profesionales calificados a aquellos que están muriendo.

En las crisis todos necesitamos compañía. Al morir necesitamos una compañía que pueda explicarnos por qué tenemos dolor, dificultad para respirar, constipación, debilidad, etc.; alguien que pueda explicarnos en términos simples lo que está sucediendo.

Una enfermera observó que hay dos tipos de médicos: “Médicos al lado de la cama, que se interesan por el paciente y médicos a los pies de la cama, que se interesan por la condición del paciente.”

Desafortunadamente, muchos médicos usan “comportamientos distanciadores” específicos cuando tratan con sus pacientes. Los médicos necesitarían modificar su comportamiento si quieren ser un verdadero apoyo para los pacientes moribundos y sus familias. Es necesario

aprender a “escuchar activamente” para facilitar la expresión de las emociones negativas y de los temores. Una forma de abrir la puerta a las preocupaciones no expresadas del paciente es plantear preguntas abiertas, como por ejemplo: “¿cómo está hoy?” “¿cómo ha estado desde la última vez que nos vimos?” “¿cómo ha reaccionado su familia ante la enfermedad?”

Una atención totalmente personalizada

Es necesario ofrecer una atención totalmente personalizada. El equipo debe procurar ayudar a que el paciente dé lo mejor de sí, según su personalidad, su familia, su background cultural, sus creencias, su edad, su enfermedad, sus síntomas, sus ansiedades y sus temores. **Es necesaria la flexibilidad**; hay que saber encontrar a los pacientes allí donde se encuentran social, cultural, psicológica, espiritual y físicamente. No existe algo así como el paciente moribundo típico.

Aspectos espirituales del cuidado

Se ha escrito mucho sobre las necesidades emocionales de los moribundos; pero mucho menos sobre los aspectos espirituales de su atención. Sin embargo, la vida humana no está gobernada simplemente por instintos y hormonas. Los deseos humanos se extienden más allá de las necesidades básicas de comida, confort y compañía. La gente se cuestiona; y las criaturas que se cuestionan, preguntan “¿por qué?” Como dice Nietzsche, **“aquel que tiene por qué vivir puede soportar casi cualquier cómo”**. Cuando está muriendo, mucha gente se cuestiona su vida por primera vez:

“¿He vivido una buena vida?”

“Nunca le he hecho daño a nadie”

“¿Por qué me ocurre esto a mí?”

“¿Qué he hecho para merecer esto?”

Sólo una pequeña minoría conversa sobre estos temas con su médico. Sin embargo, la mayoría lo hace con una enfermera, una asistente so-

cial o con parientes o amigos cercanos. La gente es muy perceptiva y es poco probable que los pacientes involucren al personal de salud si sienten que la comunicación a este nivel puede causarles disconfort.

Trabajo en equipo

El trabajo en equipo es un componente esencial de la Medicina Paliativa. Trabajo en equipo significa práctica integrada. Sin embargo, sería ingenuo juntar un grupo de personas altamente diversas y esperar que por el sólo hecho de llamarlo equipo funcionará como tal. Así como existe la ciencia del manejo de los síntomas y el apoyo psicosocial, así existe también una ciencia del trabajo en equipo. El trabajo en equipo implica coordinación de esfuerzos; facilita la identificación de los recursos disponibles y evita la duplicación estéril. En Medicina Paliativa, el núcleo del equipo generalmente está dado por una enfermera, un médico, una asistente social y un clérigo. A pesar de que cada profesión tiene una contribución específica que hacer, inevitablemente existen áreas de sobreposición. Esto es especialmente así con la enfermería y la medicina. La “difuminación de los roles” es una característica inevitable del trabajo en equipo; también lo es el conflicto y la necesidad de manejarlo en forma constructiva y creativa.

Tener una meta común unifica. Pero aunque pueda ser fácil coincidir en el objetivo general de alcanzar la mejor calidad de vida posible para la persona moribunda, el consenso acerca de lo que constituye una buena calidad de vida es más difícil de alcanzar. No obstante, una ventaja del trabajo en equipo es que la situación del paciente puede ser percibida de un modo más comprensivo que lo que generalmente ocurre en el caso de profesionales aislados.

Hay algunas condiciones que favorecen el trabajo en equipo: los integrantes deben ser especialistas en sus áreas, deben compartir un objetivo común y deben integrar planes de asistencia, educación y rehabilitación, estar en constante perfeccionamiento y desarrollar investigaciones que les permitan evaluar y modificar su intervención.

En la conceptualización del trabajo en equipo, inicialmente se planteó que bastaba con la sumatoria simple de distintas especialidades y disci-

plinas (Equipo multidisciplinario). Este concepto fue rápidamente superado, asumiendo que una mejor intervención se obtiene cuando, además, se logra la adecuada integración y debida coordinación (Equipo interdisciplinario). Actualmente, la moderna aproximación del trabajo colectivo reconoce y asume la gran importancia de la incorporación de los usuarios o beneficiarios de cualquier programa, tanto en la implementación de las soluciones, como en el diagnóstico y análisis de las distintas situaciones y problemas (Equipo transdisciplinario).

Roles particulares

El primer participante de este equipo deben ser el **mismo paciente y su familia**. Debe haber la adecuada información, preparación y entrenamiento que faculte tanto al paciente como a su familia para asumir parte importante de la responsabilidad y apoyo a las soluciones deseadas. El **médico tratante** debe mantener siempre un nexo y apoyo al paciente, tanto con elementos técnicos propios de su especialidad, como con elementos más humanos, propios de la labor de acompañante. Un rol importantísimo le cabe a la **enfermera/o** dada su especial formación; posee múltiples funciones tanto en el ámbito asistencial, psicológico, educativo, de rehabilitación y paliación. La organización y dirección de los cuidados de las personas, incluidas las indicaciones médicas, la coordinación con diferentes instancias; la capacitación del equipo, del personal de enfermería, de los voluntarios y de la comunidad en general. El **psicólogo/a** tiene un amplísimo campo tanto con los pacientes como con su familia, en establecer canales de comunicación desde el paciente al equipo, en clarificar, validar la condición idiosincrática de cada ser humano, favoreciendo una atención personalizada. La esfera espiritual es de especial relevancia y el aporte que puede realizar un **religioso** es de alto impacto. El **personal administrativo** generalmente es el primer punto de encuentro con el paciente y su familia, por lo que debe ser especialmente capacitado para la óptima recepción de los enfermos. Al **kinesiólogo y terapeuta ocupacional** le compete todo un apoyo en el área de la rehabilitación, apoyo kinésico y de mantención de funcionalidad y motricidad remanente, que en el

área de cuidados paliativos debiera adquirir mayor desarrollo. También es de primerísima importancia el aporte que puedan realizar personas **voluntarias** de la comunidad: este apoyo debe ser debidamente valorado, organizado y sujeto a entrenamiento, capacitación y evaluación continua.

Control de síntomas

Caquexia-Anorexia

Definición

Caquexia: Marcada baja de peso con compromiso de masas musculares.

Anorexia: Pérdida de apetito

Síntomas muy frecuentes en los pacientes con enfermedad incurable avanzada (50-90%), suelen asociarse y contribuir a la fatigabilidad. Debe distinguirse de la desnutrición común causada por baja ingesta, ya que este síndrome está causado por alteraciones metabólicas secundarias a mediadores liberados por la enfermedad de base. Además de empeorar la calidad de vida, ensombrecen el pronóstico por las dificultades en la implementación de otras medidas paliativas.

Etiología (caquexia)	
De la enfermedad	Metabolismo alterado (aumento catabolismo) Trastornos inmunológicos/Producción de citoquinas (TNF, Interleukina 1 y 6, INFy)
Concurrentes	Anorexia
	Vómitos
	Diarrea/Malabsorción
	Obstrucción intestinal
	Pérdidas aumentadas (piel, renales, etc)
Hemorragias	
Del tratamiento	Drogas - Opioides

Etiología (anorexia)	
De la enfermedad	Retardo del vaciamiento gástrico
	Insuficiencia renal/hepática
	Alteraciones electrolíticas (sodio, calcio)
	Dolor/disfagia
	Náuseas/vómitos
	Fatiga
	Sepsis
	Deshidratación
	Constipación
Del tratamiento	Drogas (alteraciones del sabor o del vaciamiento gástrico)
Ambientales	Malos olores/sabores
	Demasiada comida
	Gustos personales
Otros	Ansiedad
	Depresión

Evaluación

- Evaluar intensidad de los síntomas por separado (escala de 0 a 10)
- Hábitos y preferencias nutricionales.
- Examen físico dirigido a buscar alteraciones del tubo digestivo (candidiasis, obstrucción intestinal).
- Considerar realizar medidas antropométricas (pliegues, circunferencias) o exámenes de laboratorio (colesterol, linfocitos, albúmina plasmática) para evaluar grado de desnutrición proteica.

Manejo

- **Evaluar la necesidad de tratamiento de este síntoma en función de las repercusiones para el paciente.**
- **Explicar el origen del síntoma, y determinar con el enfermo el tipo y los objetivos del tratamiento a realizar** (mejorar estado nutricional, mejorar imagen corporal, optimizar síntomas asociados).
- **Medidas generales:**
 - Mejorar factores ambientales y disminuir síntomas concomitantes que pudieran tener relación.
 - Evaluar suspensión de opiáceos y eventual analgesia intervencional.
 - Buscar alternativas de acuerdo a sus preferencias, cambiar consistencia, recurrir a preparados complementarios como: ADN, ENSURE, dulces, cereales, galletas u otros.
 - Aumentar la frecuencia en las colaciones pero en menores cantidades.
 - Proponer a los familiares que programen las visitas para los horarios de alimentación y lo asistan.
 - Proporcionarle en la medida de lo posible un ambiente grato de manera que asocie la ingesta con momentos de agrado. (T.V, música.)
 - Estimular la higiene bucal y prevenir lesiones o sequedad.
- **Medidas farmacológicas:**
 - **Acetato de megestrol (80-800mg/día):** Estimulante del apetito y ganancia de peso principalmente en masa grasa. Efectividad 80%. Disminuyen náuseas y vómitos, pero se asocian a aumento de la incidencia de TVP.
 - **Corticoides (Dexametasona 2-4mg c/12hrs; Prednisona 15-30mg/día):** Efecto de corta duración (no indicado más de 4 semanas). Disminuyen náuseas y vómitos. Efectos indeseados: intolerancia a la glucosa, infecciones y eventualmente psicosis y euforia.
 - **Ciproheptadina (4mg c/8hrs):** Estimulante del apetito, puede presentar sequedad de boca, somnolencia e infrecuentemente ataxia (a altas dosis).

- Estimulantes de tránsito (**Metoclopramida 10-20mg c/6hrs**):
Efecto en anorexia producida por retraso en vaciamiento gástrico
- Antidepresivos: En relación a trastornos del ánimo, vigilando efectos adversos (constipación)
- **Apoyo nutricional intensivo**: Ya sea enteral o parenteral. La relación entre el riesgo (infecciones, alteraciones metabólicas, aspiración, punciones repetidas, costos) y el beneficio (dudoso) demuestra que estas medidas resultan, por lo general, desproporcionadas y no debiesen plantearse salvo en pacientes seleccionados.

Compromiso de conciencia

Definición

Para los efectos de esta discusión definiremos compromiso de conciencia como la alteración de las funciones cognitivas que ocurre en forma aguda o subaguda y que implica un deterioro con respecto al estado basal del paciente. Puede describirse en **términos cuantitativos**, es decir **con compromiso del alerta** (somnolencia, sopor superficial, sopor profundo, coma) y en **términos cualitativos** (síndrome confusional agudo o delirium; psicosis orgánica o exógena, que analizaremos más adelante) con una distorsión de las funciones cognitivas y **compromiso fluctuante de la atención**; esta característica permite diferenciarlo de los cuadros primariamente psiquiátricos; sin embargo a veces puede ser difícil establecer inicialmente esta diferenciación entre cuadro orgánico vs. primariamente psiquiátrico (por ejemplo algunos estados catatónicos) y entonces sólo la exclusión de una causa orgánica y/o la evolución y/o respuesta a tratamiento son lo que permite llegar a una conclusión diagnóstica final.

La tabla a continuación no es exhaustiva, pero incluye las causas más importantes a considerar en un paciente terminal. Se marca con asterisco (*) aquellas que frecuentemente se manifiestan como delirium.

Etiología			
Con lesión estructural del Sistema Nervioso	Con signos de focalización	Procesos expansivos, inflamatorios o infecciosos.	Infecciones del parénquima cerebral/Abscesos (Virus Herpes; Toxoplasmosis; Cisticercosis) (*)
			Meningitis de la base encefálica (TBC, hongos, lúes, carcinomatosis meníngea) (*)
			Leucemia/Linfoma de SNC (*)
			Metástasis cerebral (*)
		Complicaciones cerebrovasculares	Hemorragia (Intratumoral; por CID) (*)
			Hematoma subdural (*)
			Infartos tromboembólicos (*)
			Trombosis de senos venosos (*)
		Sin signos de focalización	Compromiso meníngeo
	Carcinomatosis meníngea		
	Meningitis por drogas intratecales		
	Compromiso encefálico		Infeccioso (VIH; Leucoencefalitis multifocal progresiva; CMV; Neurolúes; Jakob-Creutzfeldt) (*)
			Hidrocefalia y procesos expansivos en "áreas mudas" (*)
Descompensación en pacientes con disminución de la "reserva cerebral" secundaria a procesos degenerativos (*)			

Etiología		
Sin lesión estructural del Sistema Nervioso	Metabólico	Infecciones sistémicas/Sepsis (*)
		Hipo-Hiperglicemia (*)
		Trastorno electrolitos (Na, Ca)/Deshidratación (*)
		Uremia (*)
		Acidosis/Alcalosis metabólica (*)
		Hipoxemia/Hipercarbía (*)
		Encefalopatía hepática (*)
		Déficit de vitaminas (B6-B9-B12) (*)
		Trastornos hormonales (Hipo/Hipertiroidismo/Insuficiencia suprarrenal) (*)
	Epilepsia (crisis sutiles, status epiléptico no convulsivo)	Descompensación de epilepsia previa (*)
		Crisis inducidas por drogas o privación de ellas (*)
		Crisis inducidas por trastornos metabólicos (*)
		Crisis idiopáticas y crisis inducidas por lesión estructural (*)
	Drogas	Síndromes de abstinencia (*)
		Anticolinérgicos y antiparkinsonianos (*)
		Ansiolíticos/Hipnóticos (*)
		Opioides (*)
		Antibióticos (Penicilina; cefalosporinas; aminoglicósidos; ciprofloxacino) (*)
		Antihipertensivos (Propranolol; Metildopa) (*)
		Drogas de quimioterapia (*)
		Anticonvulsivantes (*)
		Anti H1 (Ranitidina; Famotidina) (*)
		Corticoides (*)
		Aciclovir (*)

Evaluación

- Determinar la **severidad del cuadro** en términos de la repercusión en las relaciones interpersonales e interferencia con las actividades de la vida diaria.
- Revisión de la **historia clínica**, evaluando fármacos en uso y buscando posibles etiologías.
- **Examen físico**: Buscando posibles etiologías.
- **Examen neurológico**: Buscando signos de focalización neurológica, signos meníngeos, reflejos arcaicos y signos que orienten a etiología metabólica como asterixis, mioclono multifocal, etc.
- **Exámenes complementarios**, orientados según sospecha clínica (sólo si determinan cambio de conducta):
 - Con alta sospecha de lesión estructural de SNC: Considerar Neuroimagen (TAC o RM de encéfalo) y/o Punción lumbar. Si el estudio no arroja una etiología clara, hacer los exámenes del grupo con baja sospecha de lesión estructural de SNC.
 - Con baja sospecha de lesión estructural de SNC: Considerar Glucemia, Electrolitos plasmáticos, Calcio y Magnesio plasmáticos, pruebas de Función Renal y Hepática, Gases en sangre arterial, Hemograma.
 - Pruebas de Coagulación, Punción Lumbar, Electroencefalograma. Si el estudio no arroja una etiología clara, hacer los exámenes del grupo con alta sospecha de lesión estructural de SNC.
 - Se debe recordar que el compromiso de conciencia en estos pacientes tiene frecuentemente etiología multifactorial.

Manejo

- **Explicar el origen del síntoma, y determinar con el enfermo y su familia el tipo y los objetivos del tratamiento a realizar.**
- **Medidas generales**
 - Cambios de posición, aseo, confort, lubricación, prevención de escaras.
 - Vigilar que la vía aérea esté permeable, administrar oxigenoterapia según indicación. Realizar aspiración de secreciones en caso

de necesidad.

- Aseo de cavidades.
- Vigilar alimentación: oral, enteral o parenteral.
- Observar eliminación urinaria e intestinal.
- Proporcionar un ambiente confortable y limpio.
- Control ambiental y farmacológico de la agitación si ésta está presente.
- **Orientado a la causa** (determinar proporcionalidad de los tratamientos a administrar):
 - Ajustar fármacos en uso.
 - Antibióticos, corrección trastorno electrolítico y/o ácido/base, corrección insuficiencia respiratoria, suplementación de vitaminas u hormonas.
 - En procesos expansivos del SNC utilizar corticoides (**Dexametasona 16-100mg/día**).
 - Uso de antiepilépticos en pacientes con crisis.

Constipación

Definición

La constipación es la **evacuación de deposiciones más consistentes con menor frecuencia o con mayor dificultad de lo habitual**. Es habitual en los pacientes con enfermedades terminales (50-95%). Puede dar origen a varios síntomas secundarios severos (pseudodiarrea, retención urinaria, dolor abdominal, obstrucción intestinal, náuseas y vómitos)

Etiología	
Relacionadas con la enfermedad	Invasión intestinal
	Daño neurológico
	Hipercalcemia
Relacionadas con el estado general	Inactividad/reposo
	Baja ingesta de alimentos y líquidos
	Deshidratación/Alt. electrolíticas
	Incapacidad para llegar al baño/debilidad
Drogas	Opioides
	Anticolinérgicos
	Neurolépticos
	Antidepresivos
	Antiácidos del tipo Al(OH) ₃
	Hierro
Patologías concomitantes	Diabetes
	Hipotiroidismo
	Fecaloma
	Hemorroides

Diagnóstico y evaluación

- **Anamnesis:** Historia de hábito intestinal previo y actual; diarrea, distensión abdominal, náuseas y vómitos, pujo y tenesmo rectal
- **Examen físico:** Distensión abdominal, ruidos hidroaéreos aumentados o disminuidos, signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: Hemorroides, fisuras o fistulas anales, estenosis del recto, fecaloma o ampolla rectal vacía, etc.
- **Exámenes complementarios:** Según clínica: Electrolitos, calcemia, etc. Radiografía de abdomen simple permite calcular el "PUNTAJE DE CONSTIPACIÓN": A cada segmento del colon (ascendente, transverso, descendente y rectosigmoideos) se le asigna un puntaje según la cantidad de material fecal visible (0=sin heces; 1=heces ocupando <50%; 2=heces ocupando >50%; 3=heces ocupando el 100% del lumen). El puntaje puede ir de 0 a 12. Un índice ≥ 7 indica constipación severa y requiere intervención.

Manejo

- **Explicar el origen del síntoma, y determinar con el enfermo el tipo y los objetivos del tratamiento a realizar.** Esto disminuye la ansiedad del paciente y su familia.
- Descartar **obstrucción intestinal e impactación fecal** antes de iniciar cualquier tratamiento.
- **Medidas generales:**
 - En lo posible PREVENIR
 - Dieta apropiada. Educar al paciente sobre el régimen adecuado explicando la relación de fibras, frutas verduras con la facilidad para evacuar
 - Mantener un buen control de otros síntomas que puedan interferir con el hábito intestinal (inmovilidad, anorexia, deshidratación, dolor)
 - Facilitar la actividad y la deambulaci3n
 - Ambiente apropiado (baño accesible y c3modo)
 - Anticipar los efectos constipantes de diversos fármacos y uso precoz de laxantes.

- Rotación de opioides y evaluación de posibles terapias intervencionales para el manejo del dolor.

- Medidas farmacológicas:

Tipo	Agente	Dosis por día
Lubricantes	Aceite mineral/Vaselina	15-45 ml
Estimulantes del tránsito	Cáscara sagrada	Variable
	Sena	15-90 mg
	Dantrona	50-150 mg
	Bisacodilo	10-20 mg
	Fenoltaleína	30-270 mg
De volumen	Metilcelulosa	4-6 g
	Extracto de malta	12 g
	Policarboxilo	4-6 g
	Psillium	Variable
Emolientes/Surfactantes	Docusato de sodio	100-600 mg
	Docusato de potasio	100-300 mg
Hiperosmolares	Hidróxido de Mg	2.4-4.8 g
	Fosfato de sodio	Variable
	Manitol	Variable
	Polietilenglicol	Variable
	Glicerina	3 g (supositorios)
	Lactulosa	20-90 ml

- Antes de indicar algún laxante es conveniente suponer cuál es el mecanismo involucrado en causar la constipación en cada paciente en particular. En enfermos con baja actividad física o ingesta de fibras es preferible el uso de laxantes hiperosmolares y/o de volumen. En enfermos que reciben drogas que podrían estar interfiriendo con las deposiciones, los laxantes estimulantes tienen un rol más importante.
- Se suele comenzar con un laxante de volumen (**Psillium 3gr**

c/8hrs). Esta medida se aplica también en forma profiláctica en pacientes que reciben medicamentos constipantes.

- De no tener efecto, lo indicado es un laxante estimulante (**Bisacodilo 5mg/día**) en dosis creciente hasta obtener efecto deseado.
- Si no se revierte la situación pese a estar en dosis máximas del estimulante, se puede asociar un emoliente (**Docusato**)
- Si persiste a constipación, se agrega un laxante osmótico (**Lactulosa**)
- De fallar las medidas anteriores o tener efectos secundarios intolerables, se reemplaza el laxante osmótico por una emulsión de **Hidróxido de Mg en aceite mineral**
- Por último, se sugiere utilizar enemas orales (**soluciones de polietilenglicol**), pudiéndosele agregar supositorios de estimulantes. El objetivo es obtener deposiciones sin mayores molestias cada 72 horas como mínimo.

Delirium

Definición

Este cuadro, también conocido como **estado confusional agudo o psicosis exógena**, corresponde a un compromiso de conciencia cualitativo caracterizado por la distorsión de las funciones cognitivas, principalmente por un **compromiso fluctuante de la atención** que se puede acompañar de hiperactividad pero también puede ser hipoactivo. El **delirium** se presenta hasta en un 80% de los pacientes terminales, en estos pacientes habitualmente se evidencian elementos de desorientación, hiperactividad, hablar incoherente, **alucinaciones**, déficit de memoria a corto plazo, ideas paranoides, comportamiento agresivo.

Etiología

Con frecuencia, la causa de la confusión es multifactorial y, ocasionalmente no se identifica ninguna causa específica. Pero esto nunca debe impedir la búsqueda de las causas subyacentes, ya que un número significativo de casos son reversibles. Las causas más frecuentes de delirio en cuidados paliativos son:

1. **Medicamentos** (opioides, psicofármacos).
2. **Infección sistémica.**
3. **Alteraciones metabólicas** (calcio, sodio, urea).
4. **Invasión del CNS.**

Si bien comparte muchas posibles etiologías con el compromiso cuantitativo de conciencia (marcadas con *) en compromiso de conciencia), no es infrecuente que sea **gatillado por situaciones de estrés: cambios ambientales, estímulos no familiares, dolor, constipación, retención urinaria y trastornos del ánimo.** Esto es especialmente válido en aquellos pacientes con algún grado de daño subclínico de SNC (por ejemplo una demencia degenerativa en fase inicial), estos pacientes tienen una reducción de su “**reserva cerebral**” y en su ambiente hogareño pueden ser autovalentes, pero el solo hecho de cambiarlos de ambiente (hospitalizarlos o cambiarlos de casa) puede descompensarlos y gatillar en ellos un delirium.

Evaluación

Uno de los elementos más importantes en el síndrome confusional agudo es el correcto diagnóstico diferencial, ya que puede significar cambios importantes en el tratamiento. Debemos recordar que las manifestaciones del delirio pueden ser producidas por otros cuadros como trastornos del ánimo o compromiso neurológico degenerativo crónico y que estos cuadros frecuentemente se superponen.

	Delirio	Demencia	Depresión
Perfil temporal	Agudo	Crónico	Intermedio
Comportamiento	Fluctuante	Progresivo	Estacionario
Inatención	++	+	+
Falla memoria corto plazo	++	+	+/-
Desorientación	+	+	-
Alucinaciones	++	+	+/-
Habla e ideas	Incoherente, ideofugal	Afasia sutil (no encuentra la palabra adecuada, se confunde con frases complejas)	Tono de voz monótono, ideas de ruina y/o culpabilidad.

Se describen tres variantes de delirium:

1. **Hiperactivo-hiperalerta:** Confusión con agitación, con o sin alucinaciones, con o sin mioclonías y con o sin hiperalgesia.
2. **Hipoactivo-hipoalerta:** Confusión con somnolencia, con o sin ensimismamiento.
3. **Mixto:** Hallazgos de ambos.

- Determinar la **severidad del cuadro** en términos de la repercusión en las relaciones interpersonales e interferencia con las actividades de la vida diaria.

- Revisión de la **historia clínica**, evaluando fármacos en uso y buscando posibles etiologías.
- **Examen físico:** Buscando posibles etiologías y factores contribuyentes que puedan revertirse (infección, deshidratación, retención urinaria, constipación, dolor).
- **Examen mental:** Caracterizar los elementos del compromiso de conciencia y al diagnóstico diferencial para un tratamiento adecuado. También es deseable cuantificar las fluctuaciones del cuadro con algún test objetivo (ver sistemas de evaluación)
- **Exámenes complementarios**, orientados según sospecha clínica (sólo si determinan cambio de conducta): Glicemia, Electrolitos plasmáticos, Calcio y Magnesio plasmáticos, pruebas de Función Renal y Hepática, Gases en sangre arterial, Hemograma, Pruebas de Coagulación, Estudios de Neuroimágenes (TAC o RM de encéfalo), Punción Lumbar, Electroencefalograma.

Manejo

- **Explicar el origen del síntoma, y determinar con el enfermo y su familia el tipo y los objetivos del tratamiento a realizar. Enfatizar que si el paciente tiene conductas agresivas en contra de sus familiares, éstas son involuntarias y son una manifestación más de su enfermedad.**
- **Medidas generales**
 - Vigilar alimentación: oral, enteral o parenteral.
 - Observar eliminación urinaria e intestinal.
 - Facilitar la presencia de familiares en la asistencia y acompañamiento del enfermo.
 - Proporcionar un ambiente confortable y limpio.
 - Facilitar la orientación en tiempo-espacio (espacios con iluminación natural, relojes visibles, tratar de mantener rutinas horarias a las que el paciente está habituado).
 - Reforzar los ciclos circadianos de sueño-vigilia normales (reducir las siestas al mínimo durante el día, exponer a la luz del sol durante el día, estimular el ejercicio o el paseo diurno, respetar su

sueño en la noche, evitar en lo posible horarios de tratamientos en medio de la noche).

- Control de la agitación y prevención de caídas, en lo posible evitando la contención física (preferir la vigilancia y acompañamiento y la persuasión).
- **Orientado a la causa**
 - Ajustar fármacos en uso.
 - Antibióticos, corrección trastorno electrolítico y/o ácido/base, corrección insuficiencia respiratoria, suplementación de vitaminas u hormonas.
- **Medidas farmacológicas:** Una vez asegurado el correcto diagnóstico.
 - Regulación ciclo sueño/vigilia: **Trazodona 50mg - 100mg PM o Zolpidem 5-10 mg PM.**
 - Alucinaciones y/o ideas delirantes/paranoides: Neurolépticos como **Risperidona 0.5-1 mg o Haloperidol 0.5-2mg c/2-6hrs** (máximo lo tolerado por el paciente). Dosis inicial 2mg c/6hrs oral + 2mg SOS. En caso de que el paciente no colabore para deglutir el medicamento, considerar el uso de formulaciones de neurolépticos en gotas insípidas y eventualmente neurolépticos parenterales; puede llegar a utilizarse **bolos de Haloperidol de 2.5-5 mg repetidos cada 5 minutos con un tope de 20 mg** totales. Especialmente en situaciones que se prevean serán de larga duración, preferir en lo posible, aquellos neurolépticos con menores efectos extrapiramidales (**risperidona, olanzapina, quetiapina**).
 - Agitación psicomotora prominente: **Trazodona 50mg c/8hrs, o benzodiazepinas orales.** En caso de que el paciente no colabore para deglutir el medicamento, considerar **Midazolam 10-30mg/día** a pasar en **bolos repetidos de 2.5 - 5 mg** (vía intramuscular o intravenosa) y eventualmente por bomba de infusión continua (dosis inicial 1mg/hr) u otro benzodiazepínico parenteral; antes de recurrir a esta conducta se debe haber tomado las medidas necesarias para manejar adecuadamente una eventual depresión respiratoria. Se debe titular las dosis

con precaución considerando la edad, masa corporal, uso de otros medicamentos concomitantes y sensibilidad farmacológica previa del paciente para así minimizar el riesgo de provocar depresión respiratoria.

- Si no se obtiene respuesta clínica con la implementación de uno de los esquemas, se administran en conjunto.

Depresión y ansiedad

Depresión

Para el médico interesado en los cuidados paliativos la cuestión relevante desde un punto de vista clínico es identificar hasta que punto existe un sufrimiento normal relacionado con la enfermedad terminal o más bien se trata del desarrollo de síntomas depresivos que den cuenta de un proceso patológico. La prevalencia de los síntomas depresivos en este contexto es significativamente más alta que en la población general (entre un 25% y un 45%), y su reconocimiento de mucha importancia ya que éstos impactan no sólo en el cuidado global del paciente y su calidad de vida, sino que también en la adherencia a tratamiento. Los síntomas depresivos habitualmente responden a un tratamiento apropiado.

Cuadro clínico

Los síntomas depresivos son de difícil diagnóstico en el contexto del cuidado terminal ya que la patología de base con frecuencia determina la aparición de síntomas vegetativos como fatiga, sensación de debilidad, insomnio, falta de interés en las actividades habituales, disminución de la libido, falta de motivación y de concentración, todos ellos comunes en la depresión.

El médico dependerá entonces de la aparición de los **síntomas psicológicos de la depresión** para hacer el diagnóstico. Estos son:

- Ánimo disfórico o depresivo
- Disminución de la autoestima y del sentimiento de autovalía
- Anhedonia (que es la falta de placer frente a actividades antes placenteras)
- Desesperanza
- Ideas suicidas
- Ideas de culpa

Los síntomas depresivos también pueden pesquisarse a través de alteraciones conductuales tales como falta de cooperación con el tratamiento o invalidez desproporcionada, o debido a la presencia de somatizacio-

nes dentro de las que destaca el dolor crónico intratable.

Pueden tener distintas presentaciones:

- En su forma más leve como un **trastorno adaptativo**. Aparecen en relación a la situación de crisis, y en general son de corta duración.
- **Trastorno depresivo mayor**, mucho más intenso y requiere de tratamiento farmacológico.
- **Distimia**, que corresponde a cuadros depresivos prolongados y de baja intensidad (a los que se le puede agregar un episodio depresivo mayor constituyendo lo que se describe como depresión doble)

El diagnóstico de depresión mayor requiere de una entrevista estructurada, sin embargo disponemos de instrumentos de screening que son breves y de fácil administración como el HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), o la pregunta única: “**¿Se ha sentido recientemente deprimido, desesperanzado o decaído?**”.

La evaluación minuciosa de la historia personal y familiar, incluyendo el antecedente de depresión y/o otras patologías psiquiátricas como el abuso de sustancias, es de suma importancia para definir un plan de tratamiento adecuado.

Las ideas de suicidio deben ser exploradas de rutina en el contexto de síntomas depresivos. **Esto no aumenta el riesgo de suicidio**, sino que por el contrario permite una intervención oportuna.

Tratamiento

Antes de iniciar un tratamiento determinado es necesario descartar causas médicas que expliquen los síntomas. Dentro de las más frecuentes es preciso mencionar el delirium, los trastornos metabólicos, los efectos adversos de algunos fármacos (corticoides, agentes quimioterapéuticos, sedantes, anticonvulsivantes, etc.), entre otros.

1. Medidas generales
 - a. Actitud de apoyo y empatía
 - b. Información veraz y sencilla
 - c. Explorar las dudas que tenga el paciente en relación con su enfermedad
 - d. No ofrecer posibilidades irreales o inalcanzables

- e. Fortalecer redes de apoyo
2. Psicológico
 - a. terapia de apoyo individual y de grupo
 - b. terapia cognitivo conductual
 3. Farmacológico.

Como regla general, todos los antidepresivos disponibles en el mercado tienen una potencia antidepresiva similar. La elección del fármaco estará determinada por sus efectos secundarios, la interacción con otros fármacos, y sensibilidades individuales.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) son de uso común en pacientes con patología médico-quirúrgica, por su favorable perfil de efectos secundarios. Fluoxetina, paroxetina, sertralina y citalopram carecen de los efectos anticolinérgicos y sedativos característicos de los tricíclicos.

Ansiedad

Los síntomas de ansiedad constituyen la forma más frecuente de sufrimiento psicológico en los pacientes terminales. La ansiedad anticipatoria en relación a la evolución de la enfermedad y su tratamiento, y la exacerbación de un trastorno ansioso pre-existente constituyen las principales fuentes de los síntomas ansiosos.

Con frecuencia la ansiedad se relaciona con dolor físico mal controlado, alteraciones metabólicas tales como hipoxia, tromboembolismo pulmonar, sepsis, delirium, hemorragia, arritmias cardíacas e hipoglicemia.

Algunos medicamentos son reconocidamente ansiogénicos. Es el caso de los corticoides, algunos neurolépticos usados habitualmente como antieméticos, broncodilatadores, tiroxina y estimulantes.

Los síntomas de ansiedad pueden ser transitorios y en directa relación con el evento que las gatilla (**ansiedad normal**), o presentarse en el contexto de un trastorno adaptativo, como un **trastorno de ansiedad generalizada**, **trastorno de pánico** o como **trastorno de ansiedad situacional** (como es el caso de los síntomas fóbicos desarrollados, por ejemplo en el contexto del tratamiento quimioterapéutico).

Tratamiento

Es necesario descartar causas orgánicas de ansiedad, algunas de las cuales ya hemos mencionado.

El entorno psicosocial del paciente es con frecuencia una fuente de sufrimiento (dificultades interpersonales, financieras, etc.), así como también una fuente de soporte y ayuda, por lo que es necesario llevar a cabo una evaluación integral que incluya una descripción de las redes sociales disponibles, de las características de personalidad del paciente y sus habilidades adaptativas frente a las distintas etapas de la progresión de su enfermedad.

1. Las medidas generales descritas para el caso de depresión son también válidas en el caso de síntomas ansiosos.
2. Psicológico
 - a. Terapia de apoyo individual y grupal
 - b. Terapia cognitivo conductual
3. Farmacológico
 - a. uso de ansiolíticos de manera racional y escalonada para no provocar efectos adversos (somnia, delirium) o reacciones cruzadas (con opioides)
 - b. antidepresivos
 - c. neurolepticos

Diarrea

Definición

Es el **aumento de la frecuencia acompañado de alteración de la consistencia** de las deposiciones

Etiología	
Pseudodiarreas	Fecaloma impactado
	Pseudo obstrucción intestinal
	Trastornos endocrinos (polidefecación)
Trastornos de motilidad	Alteraciones del plexo mientérico
	Drogas
Osmóticas	Malabsorción por compromiso de la pared intestinal
	Insuficiencia pancreática
	Biliar
Irritativas	Infecciones/Disbacteriosis
	Hemorragias
	Actínicas

Evaluación

- **Deshidratación:** La primera medida ante un paciente con diarrea es determinar el nivel de deshidratación (causante de múltiples complicaciones: anorexia, astenia, náuseas) y corrección oportuna, en volumen y velocidad, apropiado para cada paciente.
- **Anamnesis, examen físico y de laboratorio:** Destinados a la búsqueda de posibles causas reversibles (fecaloma impactado, drogas, disbacteriosis) como a alteraciones secundarias a pérdida de volumen (alteraciones electrolíticas)

Manejo

- **Evaluar la necesidad de tratamiento de este síntoma en función de las repercusiones para el paciente.**
- **Explicar el origen del síntoma, y determinar con el enfermo el tipo y los objetivos del tratamiento a realizar.** Esto disminuye la ansiedad del paciente y su familia.
- **Hidratación:** De preferencia vía oral (líquidos abundantes o con sales de rehidratación). Si no es posible utilizar la vía enteral (compromiso de conciencia, disfagia importante, náuseas y vómitos importantes, diarreas de alto flujo) se utiliza hidratación endovenosa. Recordar siempre que el volumen y velocidad de reposición deben ajustarse a las condiciones de cada paciente en particular, evitando sobrehidratación.
- **Manejo de la causa subyacente:**
 - Fecaloma impactado: Extracción digital o con proctoclisia
 - Drogas: Ajuste de medicamentos posiblemente involucrados
 - Insuficiencia pancreática: Enzimas pancreáticas (Creón 25.000 U antes de las comidas)
 - Biliar: Colestiramina (2-4 gotas c/4-8hrs)
 - Enteritis actínica: AINES.
- **Medidas generales**
 - Mantener reposo gástrico por 1-2 hora, reiniciar alimentación con régimen blando, sin residuos, con volúmenes pequeños.
 - Suspender ingesta de fibras y productos lácteos
 - Prevención y pesquisa precoz de deshidratación
 - Vigilar lavado de manos
 - Observar continuidad de piel anal y perianal.
 - Otorgar elementos de apoyo: Pañales, toallas, pomadas lubricantes, papel higiénico y protector de cama.
- **Medidas farmacológicas**
 - Suspender laxantes
 - **Loperamida:** 1 comprimido ó 12-30 gotas después de cada deposición diarreica, máximo 6 veces al día.

Disnea

Definición

Sensación subjetiva de falta de aire. Como todo síntoma no es objetivable y se suele confundir con las variables medidas por el equipo de salud: taquipnea (ventilación a mayor frecuencia) e hiperpnea (ventilación con mayores volúmenes). Muy frecuente en pacientes terminales (25-75%) sobre todo en las semanas previas al fallecimiento.

Etiología	
De la enfermedad	Progresión de la enfermedad
	Obstrucción bronquial
	Derrame pleural
	Neumonía
	Invasión linfática
	Derrame pericárdico
	Ascitis a tensión
Por el estado del paciente	Distensión abdominal
	Anemia
	Atelectasias
	TEP
	Distrés psicológico
Del tratamiento	Astenia/Caquexia (debilidad muscular)
	Cirugías
	Drogas (quimioterapia)
	Radioterapia
Concurrentes	EPOC/Asma
	Insuficiencia cardíaca
	Acidosis metabólica (IRC, DHC)

Evaluación y Manejo

- **Evaluar:** intensidad del síntoma (escala de 0 a 10. Clasificación de la NYHA: I: Sin disnea o de esfuerzos máximos; II: Disnea de moderados esfuerzos; III: Disnea de esfuerzos mínimos; IV: Disnea de reposo. Otros sistemas de cuantificación del síntoma: EORTC QL-30), atenuantes y agravantes. Examen físico y de laboratorio destinados a buscar alguna causa corregible.
- **Evaluar la necesidad de tratamiento de este síntoma en función de las repercusiones de la enfermedad y de los tratamientos para el paciente.**
- **Explicar el origen del síntoma, y determinar con el enfermo el tipo y los objetivos del tratamiento a realizar.** Esto disminuye la ansiedad del paciente y su familia.
- **Manejo de las causas contribuyentes:**
 - Asma/EPOC/Obstrucción bronquial: Optimizar broncodilatadores y eventualmente corticoides.
 - Derrame pleural: Punción evacuadora (si el derrame es significativo), evaluar sellamiento pleural.
 - Infecciones: Antibióticos (si resultan proporcionados).
 - TEP: Anticoagulantes (si resultan proporcionados).
 - Anemia: Evaluar necesidad y proporcionalidad de transfusión de GR sólo si éste parece ser un factor que determina la disnea.
 - Insuficiencia cardíaca: Diuréticos, digitálicos y fármacos que disminuyan la precarga según necesidad.
 - Sd. Vena cava superior: Evaluar administración de corticoides en altas dosis y Radioterapia.
- **Medidas generales:**
 - Evaluar real necesidad de monitorización: la saturometría puede ser útil, pero no es indispensable.
 - Compañía permanente del enfermo
 - Técnicas de relajación
 - Favorecer drenaje adecuado de secreciones.
 - Posición Fowler
 - Ventilador (de hélice) frente al enfermo

- Contención psicológica del paciente y su familia
- **Medidas farmacológicas:**
 - **Suplemento de O₂:** Si el paciente está hipóxico y/o contribuye a dar alivio sintomático. Ser flexible si el paciente no tolera máscara facial o cánula nasal (uso intermitente de O₂, tolerar saturaciones de O₂ menores a lo normal. El objetivo no es alcanzar condiciones fisiológicas, sino el control del síntoma). Uso prudente en pacientes con EPOC severo.
 - **Opioides:** Usados en forma controlada, reducen la sensación de falta de aire **SIN** disminuir saturación de O₂. Si el paciente no está recibiendo opioides como analgesia, comenzar con **Morfina 2.5-5mg sc c/4-6hrs + refuerzos según necesidad** (no reforzar antes de transcurrida 1 hora de dosis anterior). Si ya está recibiendo opioides, se puede **aumentar la dosis entre un 30-50%** según necesidad.
 - **Benzodiazepinas:** No existe evidencia de que contribuyan a disminuir la disnea, sin embargo, pueden tener utilidad en pacientes con elevado nivel de ansiedad. **Diazepam 5-10mg c/día** para adultos. Disminuir dosis en ancianos (2-5mg/día). Efecto paradójico en niños, ancianos y daño hepático crónico. **Alprazolam 0.25-0.5mg c/8-12hrs** o **Lorazepam 1-3mg/día** son posibles alternativas.
 - Evaluar uso de **neurolepticos sedantes** (clorpromazina, tioridazina). No existe evidencia de que contribuyan a disminuir la disnea, sin embargo, pueden tener utilidad en pacientes con elevado nivel de ansiedad.
 - **Corticoides:** Podrían tener un rol en la linfangitis carcinomatosa, sin que existan datos que avalen su uso. Tienen una función claramente demostrada en relación a síndrome de vena cava superior, en EPOC y asma descompensada.

Dolor

Definición

Dolor ha sido definida por la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor como **“una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo. Indudablemente se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo, pero es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional”**. Afecta a gran parte de los pacientes en etapa terminal. Su intensidad debe ser medida mediante instrumentos “subjetivos”, entre los cuales la Escala Visual Análoga (EVA) es la más utilizada.

Clasificación

Podemos clasificar el dolor según su perfil temporal: **agudo/crónico** o según su probable etiología: en relación a la **enfermedad de base** (dolor tumoral), a **progresión de la enfermedad**, al **compromiso de estructuras nerviosas** (visceral o somático), por **la terapia**, debido a **complicaciones** del paciente terminal (retención urinaria, obstrucción intestinal, escaras) o producto de **enfermedades intercurrentes**.

Evaluación

La evaluación semiológica del dolor hace posible la formulación de la causa del dolor, así como de los mecanismos fisiopatológicos, estructuras involucradas y vías de conducción empleadas. Por lo tanto resulta fundamental para la proposición y selección de intervenciones terapéuticas y posteriormente el control de la eficacia y eficiencia del tratamiento implementado. Debe incluir:

- **Anamnesis:**

- **Características de dolor:** Localización, irradiación, carácter, frecuencia, duración, atenuantes y agravantes, respuesta a diferentes fármacos, consecuencias en las actividades de la vida

diaria y estado de ánimo.

- **Intensidad:** Se utiliza frecuentemente la escala visual análoga (EVA) o cuantificación con escala numérica (EN: de 0 a 10). Se debe incluir evaluación del dolor en actividad (dinámico) y en reposo (estático), el más intenso, el menos intenso y el actual, y antes y después de cada intervención analgésica.
- Historia clínica del paciente: Buscando posibles causas.
- **Examen físico:** Buscando posibles agentes, mecanismos causales y patrones de presentación.
- **Evaluación psicosocial:** Buscando elementos que interfieran con la percepción o comunicación del dolor (factores gananciales, del ánimo).

Clasificación

Según los datos recabados en la evaluación inicial se suele clasificar el dolor en:

Tipo de dolor		Mecanismo	Ejemplo	Tratamiento
Nociceptivo	Visceral	Estimulación de terminales nerviosas	Úlcera gástrica	Analgésicos
	Somático		Dolor óseo	Analgésicos
			Calambres	Relajantes musculares
Neuropático	Compresión nerviosa	Estimulación nervi nervorum?	Sd. Túnel carpiano	Analgésicos, corticoides, bloqueos, neurolisis
	Daño nervioso directo	Daño de nervios periféricos o del SNC	Compresión medular	Analgésicos, anti-depresivos, anticonvulsivantes
	Simpático/Vascular	Actividad anormal	Distrofia simpático refleja	Bloqueo simpático

Manejo

Se puede enfrentar el dolor desde distintos niveles, ya sea modificando el curso de la patología de base (cirugía, quimioterapia), la generación de estímulos dolorosos (AINES y coadyuvantes), la transmisión del impulso nervioso (bloqueo de nervios periféricos), la percepción del dolor en el SNC (opioides, psicofármacos, terapia psicológica) o modificando las conductas dolorosas (terapia ocupacional, fisioterapia).

Principios generales para el manejo del dolor

1. El dolor **puede y debe tratarse**.
2. Asegurarse del **correcto diagnóstico etiológico del dolor** y de la enfermedad de base.
3. Tratar de precisar los mecanismos fisiopatológicos involucrados en el origen y trasmisión del dolor.
4. Considerar los **aspectos psicosociales del dolor** (eventual manejo terapéutico) Motivarlos a darle un “sentido” al dolor.
5. Usar el método más simple para la administración de analgésicos, de preferencia **vía oral** o subcutánea en caso necesario.
6. Usar racionalmente analgésicos de potencia creciente. **Escala analgésica y terapias intervencionales.**
7. Concepto de “**por reloj**”. Dolor persistente requiere administración de drogas en forma preventiva, no es necesario que aparezca el síntoma para tratarlo.
8. **Individualizar los tratamientos** para cada paciente en particular
9. **Evaluar constantemente** el efecto analgésico de los fármacos, así como sus efectos adversos
10. Utilizar **drogas adyuvantes**, ya sea para mejorar el efecto analgésico o para contrarrestar efectos adversos; recordar que son parte de la escala analgésica.
11. Se debe **derivar al paciente** a un centro que cuente con especialistas en el manejo del dolor en casos de falta de respuesta, o como enfrentamiento inicial en ciertos casos más complejos.

Escala Analgésica Actualizada (OMS)



Fármacos utilizados habitualmente

- **AINES y Paracetamol:** Usados inicialmente como única terapia en dolor leve y como adyuvantes en etapas sucesivas. Efecto principalmente periférico (tisular) aunque podría tener efecto central. Paracetamol no tiene poder antiinflamatorio, pero posee el mismo poder analgésico que los otros AINES. Efectos adversos: reacciones de hipersensibilidad, falla renal, insuficiencia cardiaca congestiva, descompensación de pacientes hipertensos, úlcera gástrica, sangrado, disfunción hepática.

Fármaco	Dosis	Inicio	t 1/2	Dosis máx.
Paracetamol	500mg c/4-6hrs	30 min	3-4 hrs	3-4gr/día
Metamizol	300-600mg c/4-6hrs			1.5-2gr/día
Diclofenaco	30mg c/6-8hrs	20-30 min	6-9 hrs	150mg/día
Ibuprofeno	400-600mg c/6-8hrs	20-30 min	2-4 hrs	1600mg/día
Ketorolaco	10 mg c/6-8hrs	20-30 min	24-86 hrs	120mg/día
Naproxeno	250-500mg c/8-12hrs	20-30 min	12-15 hrs	200mg/día
Piroxicam	10-20mg c/12hrs	30 min	50 hrs	40mg/día

- **Opioides:** Fármacos esenciales para el manejo del dolor moderado a severo. Efecto principalmente central, aunque tienen algún efecto a nivel periférico. Se clasifican en agonistas puros (morfina,

codeína, metadona, fentanil, tramadol, oxycodona), agonistas parciales (buprenorfina) y agonistas-antagonistas (nalbufina), teniendo en cuenta que no se puede administrar un agonista puro junto a un agonista-antagonista (disminución de efecto analgésico o síndrome de privación). Debe tenerse en cuenta la gran variabilidad individual a los efectos analgésicos de los opioides, por lo que **debe titularse muy bien la dosis a administrar a cada paciente en particular. Sus efectos colaterales (nauseas, vómitos, somnolencia, constipación, prurito, mareos, retención urinaria y depresión respiratoria)** son comunes a todos los fármacos de esta familia y **deben tratarse en forma preventiva** para evitar el fracaso del tratamiento analgésico. Es importante destacar que el muy temido efecto depresor del centro respiratorio asociado al uso de opioides de mayor potencia (morfina) es prácticamente inexistente al usarlo en forma crónica en las dosis necesarias para la analgesia y no constituye una razón para evitar su uso. Es factible presenciar el **efecto de tolerancia** con el uso de opioides, esto es, un aumento de las dosis necesarias para obtener un mismo efecto analgésico, el que no debe confundirse con la dependencia, adicción o aumento de los requerimientos del fármaco por progresión de la causa del dolor.

Fármaco	Dosis inicial	Peak	t 1/2
Codeína	30-60mg c/4-6hrs		
Tramadol	50-100mg c/6-8hrs	2-3hrs	6-7hrs
Tramadol "long"	100-150mg c/12hrs		
Morfina (iv)	5-10mg c/4-6hrs		2.5-3hrs
Morfina (vo)	15-30mg c/4-6hrs	30-60min	2.5-3hrs
Morfina (retard)	30-60mg c/12hrs	1-4hrs	2.5-3hrs
Metadona	5-10mg c/12hrs		11-12hrs
Oxicodona (retard)	10-20mg c/12hrs	30-60min	3-4hrs
Buprenorfina (transdérmica)	35µg c/hrs (1 parche c/3días)	16hrs	

Rotación de opioides

Se puede rotar de un opioide a otro, siguiendo los siguientes pasos:

- Opioides de acción inmediata:

1. Cálculo de las dosis de opioide recibida, incluyendo las dosis de refuerzo.
2. Cálculo de la dosis equianalgésica según tabla
3. Disminuir la dosis diaria en un 30-50% por tolerancia cruzada incompleta. Tener en cuenta: estado general del paciente, función renal, insuficiencia hepática (disminución mayor); dolor severo (disminución menor o sin disminución)
4. Suspender opioide inicial e indicar nuevo opioide, estableciendo horarios, dosis y dosis de refuerzo.
5. Monitorizar según balance de analgesia y efectos adversos

- Opioides de acción retardada:

1. Pasos 1 a 3 de la misma forma que opioides de acción inmediata
2. Realizar sustitución gradual en 3 días con disminución progresiva del primer opioide (100% dosis; 50% dosis; 0% dosis) e inicio paulatino del segundo opioide (0% dosis; 50% dosis; 100% dosis)
3. Monitorizar según balance de analgesia y efectos adversos

Opioide	De opioide parenteral a morfina parenteral	De opioide parenteral a opioide oral	De opioide oral a morfina oral	De morfina oral a opioide oral
Morfina	1	2.5	1	1
Codeína	--	--	0.15	7
Tramadol	0.05		0.25	4
Meperidina	0.13	4	0.1	10
Metadona	1	1	--	0.5
Oxicodona	--	--	1.5	0.7

- **Adyuvantes:** Son drogas que tienen cierto efecto analgésico propiamente tal, potencian el efecto de los opioides o AINES o tratan otros síntomas que condicionan un aumento de la percepción del dolor.

Tipo	Fármaco	Dosis	Usos
Antidepresivos	Amitriptilina	25-100mg/día	Dolores neuropáticos, dolor postherpético
	Imipramina	25-200mg/día	
Benzodiacepinas	Clonazepam	0.5-3mg/día	Ansiedad, dolores musculares
	Diazepam	5-10mg c/8-24hrs	
Relajantes musculares	Baclofeno	5-10mg c/8hrs	Dolores musculares
Anticonvulsivantes	Gabapentina	100-600mg c/8hrs	Dolores neuropáticos y/o paroxísticos
	Topiramato	25-50mg c/12hrs	
	Carbamazepina	100-600mg c/12hrs	
Corticoides	Dexametasona	4-24mg/día	Infiltración y compresión nerviosa, distrofia simpático refleja
	Prednisona	5-60mg/día	
Anestésicos locales	Lidocaína	1mg/Kg ev en bolo, luego bic 5mg/Kg en 2 hrs	Dolor neuropático
	Mexiletina	200-400mg c/6hrs	

Fatiga

Definición

Se entiende por astenia a la **falta de energía, tanto física como mental**. Incluye: **cansancio fácil** e incapacidad de mantener la performance; **debilidad generalizada**, definida como la sensación anticipatorio de dificultad, antes de iniciar una actividad; **fatiga mental**, definida como la alteración de la capacidad de concentrarse, pérdida de la memoria y labilidad emocional. Es probablemente el síntoma más frecuente a manejar en medicina paliativa.

Etiología	
De la enfermedad	Progresión de la enfermedad
	Anemia
	Hipo/Hipercalcemia
	Neuropatías
	Miopatías
	Insuficiencia suprarrenal
	Disfunción autonómica
Del paciente	Depresión
	Insomnio
	Caquexia
	Postración
	Deshidratación
Del tratamiento	Infecciones
	Cirugías
	Drogas/sedación
	Quimio-radioterapia

Evaluación

- Focalizado en la **severidad del cuadro** (Escala de 0 a 10; Puntaje Karnofsky o ECOG, cuantificar tiempo de actividades al día)
- En los **efectos que tenga** la debilidad sobre la independencia y actividades de la vida diaria del paciente y en el bienestar psicosocial.
- Evaluar efectos específicos de la fatigabilidad (en músculos respiratorios puede causar disnea). El paciente y su familia suelen asociar debilidad a proximidad de la muerte: evaluar ansiedad que genere el síntoma.

Manejo

- **Evaluar la necesidad de tratamiento de este síntoma en función de las repercusiones para el paciente.**
- **Explicar el origen del síntoma, y determinar con el enfermo el tipo y los objetivos del tratamiento a realizar.** Esto disminuye la ansiedad del paciente y su familia.
- **Manejo de la causa subyacente:**
 - Dolor
 - Depresión, ansiedad, trastornos del sueño: Evaluar medidas farmacológicas
 - Deshidratación: Hidratación apropiada
 - Anorexia/caquexia
 - Medicamentos: Simplificar régimen de medicamentos. Evaluar efectos secundarios.
 - Infecciones: Evaluar alternativas y proporcionalidad de antibióticos.
 - Anemia: Evaluar transfusión de GR.
 - Inmovilidad: Kinesioterapia motora.
- **Medidas generales:**
 - Conversar con el paciente de cómo se siente, qué piensa, a qué atribuye la falta de fuerza, existe alguna motivación de vida, temor, angustia.
 - Explicar la importancia de cambios de posición, lubricación de piel, prevención de escaras

- Motivar a realizar ejercicios activos y pasivos, con y sin ayuda.
- Motivar a los familiares a colaborar en el desarrollo de algunas actividades de acuerdo a las posibilidades del paciente: levantarlo a silla, sacarlo al patio, acompañarlo a ducharse, etc.

- **Medidas farmacológicas:**

- **Acetato de megestrol (160mg c/8-24hrs):** Estimulante del apetito, estado nutricional y disminuye fatigabilidad
- **Corticoides (Dexametasona 4-8mg c/12hrs; Prednisona 10-30mg/día):** Efecto no inmediato, evaluar en una semana. Efectividad disminuye con el tiempo (no indicado más de 4 semanas)
- **Metilfenidato (5-10mg c/12hrs):** Psicoestimulante.

Náuseas y vómitos

Muchos pacientes con enfermedades terminales sufren de náuseas y vómitos, estimándose su prevalencia entre el 20% y el 70%. Siendo de etiología multifactorial (por la enfermedad, por el tratamiento, por causas concurrentes), es importante determinar cuáles son los elementos que contribuyen a provocarla, para diseñar un mejor enfrentamiento.

Mecanismo	Lugar de acción (mediador)		Efactor final
Ansiedad/Estrés	Corteza cerebral (GABA; 5HT)		Centro del Vómito (Formación reticular) (H1; AChM)
Duelos/Dolor			
Hiponatremia			
Hipertensión endocraneana			
Movimientos	Núcleos vestibulares (AChM; H1)		
Uremia	Zona gatillo de quimorreceptores/Area postrema (5HT3; D2)		
Hipercalcemia			
Drogas			
Distensión gástrica/ Gastroparesis	Receptores pared intestinal (5HT3)	Aferentes vagal y simpático	
Obstrucción intestinal/ Constipación			
Compresión extrínseca			
Drogas			

Evaluación

- Anamnesis:

- Determinar intensidad (escala 0-10) tanto de las náuseas, arcadas y vómitos.
- Inicio, duración y frecuencia de síntomas. Evaluar agravantes y atenuantes

- Presencia de vómitos y caracterización de éstos
- Caracterizar hábito intestinal y posibles cambios
- Revisar **historia del paciente y medicamentos en uso** (opioides, corticoides, AINES, OH, antibióticos, etc.)
- **Examen físico:** Hidratación, estado nutricional. Descartar obstrucción intestinal, compromiso del SNC u otra posible causa.
- **Exámenes complementarios:** según sospecha diagnóstica. Electrolitos, calcemia, función renal y/o hepática. Radiografía de abdomen simple (en obstrucción intestinal). TAC de cerebro (en metástasis cerebrales).

Manejo

- **Evaluar la necesidad de tratamiento de este síntoma en función de las repercusiones para el paciente.**
- **Explicar el origen del síntoma, y determinar con el enfermo el tratamiento a realizar.** Esto disminuye la ansiedad del paciente y su familia.
- **Corregir factores involucrados:**
 - Constipación: Mejorar tránsito intestinal
 - Opioides: Rotación, suspensión o cambio de vía de administración del fármaco
 - Trastornos electrolíticos: Corrección
 - Hipertensión intracraneana: Corticoides
 - Ansiedad: Terapias de relajación, información, etc.
- **Medidas generales:**
 - Físicas: Mantener en buen estado la cavidad oral. Dar volúmenes pequeños y frecuentes. Determinar la consistencia, presentación y temperatura de los alimentos más apropiados a su gusto y preferencias. No permitir restos de alimentos cerca del paciente. Evaluar uso de SNG (descompresión gástrica en obstrucción intestinal). Adoptar posición Fowler o decúbito lateral. Incentivar pequeñas caminatas después de alimentación mayor.
 - Psicológicas: Escuchar al paciente, indagando en los factores que influyen en el síntoma. Tratar la ansiedad del paciente y su fa-

milia en relación con el síntoma. Reducir la incertidumbre sobre el manejo posterior. Focalizar su atención en tareas gratas o distractoras. Técnicas de relajación. Acupuntura.

- Sociales: Cultivar redes de apoyo (familia, amigos, voluntarios)

- **Medidas farmacológicas:** Identificado el mecanismo involucrado en la génesis del síntoma, es conveniente enfrentarlo con medicamentos que bloqueen los mediadores participantes.

De no tener respuesta con el fármaco de primera línea, se pueden cambiar o asociar medicamentos según el sitio de acción. Como último escalón se utilizan drogas de amplio espectro (Clorpromazina).

Droga	Dosis	D2	H1	ACh	5HT2	5HT3	5HT4
Clorpromazina	10-25mg c/6	++	++	+			
Cisaprida	10-20ng c/6-12						+++
Dexametasona	8-16mg/día					*	
Difenhidramina	25-50mg c/4		++	++			
Dronabinol	2.5mg c/12					*	
Escopolamina	10-20mg c/4-8			+++			
Haloperidol	1-5mg c/8-12	+++					
Levopromazina	6.25-25mg c/8hrs	+++	+				
Metoclopramida	10-20mg c/6-8	++				+	++
Ondansetrón	4mg c/6-12					+++	
Tietilperazina	6.5mg c/8-24hrs	++	++	++			

*: efecto probable

Como primera línea se sugiere utilizar:

Mecanismo involucrado	Fármacos a utilizar	Ejemplo
Gastritis, gastroparesias, obstrucciones funcionales del tubo digestivo	Antieméticos prokinéticos (5HT4)	Metoclopramida 10mg c/8hrs. Cisaprida 10 ng c/12hrs
Drogas, electrolitos, insuf. renal, hipercalcemia	Antieméticos del área postrema (5HT3; D2)	Ondansetrón 4 mg c/12hrs Haloperidol 1-2mg c/8hrs
Hipertensión endocraneana, sd. vertiginoso	Antieméticos del centro del vómito (H1; ACh)	Difenhidramina 25-50mg c/4hrs. Tietilperazina 6.5mg c/12hrs. Corticoides

Retención urinaria e incontinencia de orina

Definiciones

Retención urinaria es la **dificultad o incapacidad para evacuar voluntariamente la vejiga**. Puede ser de causa obstructiva o por atonía vesical.

Incontinencia es la **pérdida involuntaria de orina**, ya sea por aumento de la presión intraabdominal (incontinencia de esfuerzo), acompañado de deseo de orinar sin la capacidad de inhibir la micción hasta llegar a un lugar apropiado (incontinencia por inestabilidad del detrusor) o ser la etapa avanzada de la retención urinaria (incontinencia por rebalse). Una etapa previa de la incontinencia de orina por inestabilidad del detrusor es la **Urgencia miccional** que se define como un **deseo repentino e imperioso por orinar** causada por contracciones no inhibidas del detrusor, pero en este caso se logra contener la micción.

Etiología Retención urinaria			Etiología Incontinencia
De la enfermedad	Compromiso del cuello vesical o uretra		De la enfermedad
	Compromiso del plexo sacro o presacro		
	Compresión medular	Hipercalcemia	
Irritación vesical			
Del tratamiento	Cirugía		Del tratamiento
	Anticolinérgicos	Diuréticos	
	Opioides		
Del paciente	Incapacidad de bipedestación		Del paciente
	Debilidad generalizada		
	Infección urinaria		
	Constipación	Diabetes	

Evaluación y Manejo

- Evaluar la intensidad del síntoma (escala de 0 a 10). Se debe indagar sobre posibles etiologías tanto en la historia clínica, en el examen físico o con el apoyo de exámenes de laboratorio.
- **Evaluar la necesidad de tratamiento de este síntoma en función de las repercusiones para el paciente.**
- **Explicar el origen del síntoma, y determinar con el enfermo el tipo y los objetivos del tratamiento a realizar.** Esto disminuye la ansiedad del paciente y su familia.
- **Manejo de la causa:** Mejorar sedación, tratar infección, solucionar constipación
- **Medidas generales:**
 - Tranquilizar al paciente y sus familiares sobre el significado del síntoma. Cuidado de higiene genital y vigilar aparición de lesiones.
 - Estimular la deambulación de los pacientes, principalmente en el acceso hacia baños o lugares apropiados para orinar (con privacidad)
 - Retención urinaria: Evaluar necesidad de Sonda Foley o sondeos intermitentes
 - Incontinencia: Régimen sin líquidos a partir de 18hrs, evitando estimulantes de diuresis (te, café, bebidas alcohólicas)
 - Incontinencia: Fomentar micción a intervalos regulares, frecuentes
- **Medidas farmacológicas:**
 - Retención urinaria: Naproxeno 500mg c/12hrs; Doxazosina 1-8mg/día ($\alpha 1$ antagonista)
 - Incontinencia: Amitriptilina 25-50mg/día; Naproxeno 500mg c/12hrs; Trospio 45mg/día, Tolterodina 1-2mg/día (anticolinérgicos)
 - Urgencia miccional: Oxibutinina 5mg c/8-12hrs, Flavoxato 200mg c/6-8hrs (anticolinérgicos); Imipramina 25-75mg/día.

Sistemas de evaluación

Instrumentos utilizados en Cuidados Paliativos

Evaluación de síntomas

Recomendaciones generales antes de evaluar

- Definir qué instrumentos se utilizarán, en base al tipo de paciente y orientación de nuestro centro.
- Estudiar y conocer los instrumentos que se utilizan; no se puede improvisar.
- Disponer del tiempo que requiere cada evaluación.
- Evaluar en un lugar adecuado, tranquilo, sin distracciones e interrupciones.
- Evaluar la posibilidad de realizar la entrevista sin la presencia de familiares.
- Explicar al paciente los objetivos de la evaluación: si comprende su finalidad la aceptará y colaborará.
- Presentar al paciente el instrumento que se utilizará para que lo conozca.
- Explicar cómo se realizará la evaluación; es necesario que comprenda las preguntas de la evaluación.
- Preguntar si la evaluación le resulta incómoda, molesta o difícil.
- Solicitar al paciente una respuesta concreta; si el paciente no puede, asentar los motivos en la evolución y establecer que se realiza una hetero-evaluación.
- En cada entrevista se deben consultar las evaluaciones anteriores para conocer la evolución de los síntomas y hacer énfasis en los de mayor intensidad o importancia.

Existen varias formas de cuantificar los síntomas. Algunas pueden ser aplicadas en forma general para varios síntomas (Escala visual análoga, Escala numérica), otras están diseñadas para síntomas y signos específicos (Dolor: Escala de Wong-Baker FACES; Disnea: Escala Borg CR10;

Depresión: HADS; Confusión: Método de evaluación CAM), y otras fueron creadas pensando en pacientes con compromiso de conciencia (ECAAF: Escala de Confort de Edmonton). Presentamos aquí algunas de estas herramientas de evaluación.

Escala Visual Análoga (EVA).

Es una línea horizontal de 100 milímetros en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma (dolor, cansancio, angustia, etc.). En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad posible. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.



Escala numérica (EN).

Es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y probablemente el más utilizado en nuestro medio.



Escala categórica

Cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, se puede utilizar la escala categórica, que expresa la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico.



Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton.

(ESAS: Edmonton Symptom Assessment System).

Es una lista de 10 escalas numéricas que evalúan el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo determinado (24hrs, 48hrs, 1 semana) según la condición del enfermo (hospitalizado, ambulatorio). Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.

Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) Seleccione el número que mejor indique la intensidad		
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Max. dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Max. cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Max. náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Max. depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Max. ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Max. somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Max. bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Max. malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Max. falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Max. dificultad para dormir
		Completado por Paciente Cuidador

A partir de estos datos es posible construir una tabla de seguimiento del control de síntomas, y de este modo evaluar la utilidad de las medidas implementadas para paliar alguno de estos síntomas.

Estudios	Edad					
	<39	40-49	50-59	60-69	70-79	>80
0-4 años	20	20	20	19	18	16
5-8 años	24	24	25	24	23	22
9-12 años	28	28	27	27	26	23
Universidad	29	29	28	28	27	26

Para evitar que el paciente se sienta evaluado o incómodo, se le debe informar la frecuencia y el motivo de esta evaluación y aclarar que no se está midiendo su inteligencia.

Escala de confusión.

(DRS: Delirium Rating Scale)

Es una hetero-evaluación muy simple que el personal de enfermería completa antes de finalizar su turno. Utiliza las siguientes definiciones:

Desorientación: manifestación verbal o de conducta que demuestra que el paciente no está orientado en tiempo y/o espacio, o que no reconoce una persona conocida.

Conducta inapropiada: para consigo mismo o con el medio, p.e.: tocar las líneas del suero, desvestirse, intentar salir de la cama cuando no puede, etc.

Comunicación inapropiada: sin posibilidad de comunicarse o un lenguaje no comprensible o ilógico.

Alucinación: percepción sensorial sin estímulo externo del órgano sensorial correspondiente. Por ejemplo: “ver” en la habitación una persona que no está. Pueden ser visuales, auditivas, olfatorias, táctiles, gustatorias.

Ilusión: percepción defectuosa de un estímulo externo real. Por ejemplo: el movimiento de las hélices del ventilador de techo de la habitación parecen ser las alas de un gran pájaro.

	Mañana	Tarde	Noche
Desorientación			
Conducta inapropiada			
Comunicación inapropiada			
Ilusiones/alucinaciones			

Instrucciones para el uso:

1. Codificar cada ítem de la siguiente manera:

0 = no presente durante el turno.

1 = presente en forma leve durante el turno.

2 = presente en forma acentuada durante el turno.

2. Si la evaluación no fue posible durante todo el turno especifique por qué:

A = Durmió tranquilo.

B = Sedado farmacológicamente.

C = Estuporoso o en coma.

D = Otra razón (especificar).....

Método diagnóstico de confusión

(CAM: Confusion Assessment Method)

Es una hetero-evaluación utilizada para **diagnosticar** delirium muy simple y rápida de realizar, contestando si la característica está presente en el paciente. La desventaja es que requiere un evaluador familiarizado con los conceptos.

1.- Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Existe evidencia de algún cambio en el estado mental con respecto al basal del paciente?

¿La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando periodos normales con estados de confusión de severidad variable?

2.- Desatención

¿Tuvo el paciente dificultad en enfocar la atención, por ejemplo estuvo distraído o perdió en algún momento el hilo de lo que estaba diciendo?

3.- Pensamiento desorganizado

¿Tuvo el paciente pensamientos incoherentes, o mantuvo una conversación irrelevante, poco lógica o con ideas poco claras; o inexplicablemente cambió de tema de conversacion?

4.- Alteración de conciencia

Observando al paciente, se considera normal al estado ALERTA.

Estados anormales:

VIGILANTE (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales)

SOMNOLIENTO (fácilmente despertable)

ESTUPOROSO (difícil de despertar)

COMA (imposible de despertar)

DELIRIUM: características 1 y 2, y características 3 ó 4.

Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)

Es una escala de medición que debe ser administrada por personal médico. Requiere 10 minutos y consta de 10 ítems, en los que se puede asignar 4 puntos en cada uno. El puntaje obtenido va de 0 a 30 puntos y está diseñada para **cuantificar la severidad del delirium**.

Fue elaborada con la intención de ser utilizada como una herramienta de evaluación que pudiera ser administrada de forma repetida en un mismo día y permitir una medición objetiva de los cambios en corto plazo en la severidad del delirium en respuesta a cambios clínicos y variaciones en el tratamiento.

		Puntos
Nivel de conciencia (Alerta)		
Normal	Paciente alerta. Interacción adecuada.	0
Leve	Paciente no interactúa espontáneamente con el ambiente, pero responde adecuadamente al ser estimulado.	1
Moderado	Paciente no interactúa espontáneamente con el ambiente, y no responde adecuadamente pese a ser estimulado. Entrevista prolongada	2
Severo	Paciente no interactúa con el ambiente pese a ser estimulado. Entrevista irrealizable	3
Desorientación: Preguntar día, fecha, mes, año, estación, piso, hospital, ciudad, región y país		
Normal	Responde adecuadamente 9 ó 10	0
Leve	Responde adecuadamente 7 ó 8	1
Moderado	Responde adecuadamente 5 ó 6	2
Severo	Responde adecuadamente <5	3
Memoria de corto plazo: Decir 3 palabras, pedirle que las repita inmediatamente y volver a preguntarlas 5 minutos después		
Normal	Repite y recuerda 3 palabras	0
Leve	Repite 3 palabras, recuerda 2 palabras	1

Moderado	Repite 3 palabras, recuerda 1 palabra	2
Severo	Repite 2 ó menos palabras	3
Habilidad numérica: Pedir que repita cifras de 3, 4 y 5 cifras, diciendo los números en el orden inicial y luego en orden inverso		
Normal	Puede repetir series de 5 cifras, e invertir series de 4 cifras	0
Leve	Puede repetir series de 5 cifras, e invertir series de 3 cifras	1
Moderado	Puede repetir series de 4-5 cifras, e invertir series de 3 cifras	2
Severo	No puede repetir series de más de 3 cifras	3
Habilidad de dirigir y mantener atención		
Normal	Paciente dirige y mantiene atención en forma normal	0
Leve	Problemas de atención ocurren 1 ó 2 veces durante la entrevista	1
Moderado	Problemas de atención ocurren frecuentemente durante la entrevista, paciente difícil de entrevistar	2
Severo	Problemas de atención constantes, paciente casi imposible de entrevistar	3
Pensamiento desorganizado		
Normal	Pensamiento organizado y direccionado	0
Leve	El pensamiento está levemente desorganizado. Respuestas tienden a ser tangenciales.	1
Moderado	El pensamiento está desorganizado, pero es posible entrevistar al paciente	2
Severo	El pensamiento está tan desorganizado que no es posible realizar la entrevista	3
Alteraciones perceptuales		
Normal	Ilusiones o alucinaciones ausentes	0
Leve	Ilusiones o alucinaciones presentes durante el sueño o muy infrecuentes	1

Moderado	Ilusiones o alucinaciones frecuentes, pero sin alteraciones conductuales	2
Severo	Ilusiones o alucinaciones frecuentes, con alteraciones conductuales importantes	3
Delusiones: Interpretación anormal de hechos reales que pueden generar alteraciones conductuales		
Normal	Delusiones ausentes	0
Leve	Delusiones presentes, aunque sin alteraciones conductuales	1
Moderado	Delusiones presentes, admitidas por el paciente o que alteran levemente la conducta	2
Severo	Delusiones presentes que alteran severamente la conducta	3
Alteraciones de la actividad psicomotora: Tanto hiperactivo, hipoactivo como formas mixtas		
Normal	Actividad normal	0
Leve	Inquietud psicomotora leve o lentitud de movimientos	1
Moderado	El paciente se mueve constantemente o marcada reducción en el número o velocidad de los movimientos	2
Severo	Paciente requiere medidas de contención o no se mueve en lo absoluto	3
Alteraciones del ciclo sueño-vigilia		
Normal	Duerme bien de noche, durante el día no tiene problemas para mantenerse despierto	0
Leve	Le cuesta quedarse dormido o se despierta durante la noche, durante el día está somnoliento, pero no es difícil mantenerlo despierto	1
Moderado	Duerme mal durante la noche, duerme frecuentemente durante el día, requiere estimulación para mantenerse despierto	2
Severo	Ciclo sueño-vigilia totalmente invertido	3

CAGE

Diseñada como test de screening para el abuso y dependencia de alcohol, es ampliamente utilizada en Cuidados Paliativos como factor pronóstico de la conducta del paciente frente a drogas potencialmente adictivas, por lo que un test alterado supone un mal pronóstico para el control del dolor.

Las preguntas se refieren a toda la vida del paciente

¿Sintió alguna vez que debía dejar de tomar bebidas alcohólicas? (<i>Cut down</i>)
¿Se ha molestado con las personas que critican su manera de beber? (<i>Annoyed</i>)
¿Se ha sentido culpable por su manera de beber? (<i>Guilty</i>)
¿Ha tenido alguna vez que tomar bebidas alcohólicas como primera cosa por las mañanas, o para sacar la resaca? (<i>Eye-opener</i>)

CAGE positivo:

Hombre: 2 ó más respuestas positivas

Mujer: 1 ó más respuestas positivas

Escala de Depresión y ansiedad

(HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale)

Auto o hetero-evaluación utilizada como *screening* para trastornos de ansiedad y del ánimo. Las preguntas se refieren al estado del paciente los últimos 7 días.

1. Me siento tenso o nervioso a) Todos los días b) Muchas veces c) A veces d) Nunca	8. Me siento como si cada día estuviera más lento a) Nunca b) A veces c) Muy a menudo d) Por lo general, en todo momento
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba a) Como siempre b) No lo bastante c) Solo un poco d) Nada	9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas a) Muy a menudo b) Con bastante frecuencia c) En ciertas ocasiones d) Nunca
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder a) Definitivamente, y es muy fuerte b) Sí, pero no muy fuerte c) Un poco, pero no me preocupa d) Nada	10. He perdido interés en mi aspecto personal a) Me preocupo igual que siempre b) Podría tener un poco más de cuidado c) No me preocupo tanto como debiera d) Totalmente
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas a) Al igual que siempre lo hice b) No tanto ahora c) Casi nunca d) Nunca	11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme a) Mucho b) Bastante c) No mucho d) Nada
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones a) La mayoría de las veces b) Con bastante frecuencia c) A veces, aunque no muy a menudo d) Solo en ocasiones	12. Me siento optimista respecto al futuro a) Igual que siempre b) Menos de lo acostumbrado c) Mucho menos de lo acostumbrado d) Nada

6. Me siento alegre a) Casi siempre b) A veces c) No muy a menudo d) Nunca	13. Me asaltan sentimientos de pánico a) Muy frecuentemente b) Bastante a menudo c) No muy a menudo d) Rara vez
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado a) Nunca b) No muy a menudo c) Por lo general d) Siempre	14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión a) A menudo b) A veces c) No muy a menudo d) Rara vez
Escala Ansiedad (preguntas impares) a) 3 b) 2 c) 1 d) 0	Escala depresión (preguntas pares) a) 0 b) 1 c) 2 d) 3
Normal < 8 puntos Riesgo 8-10 puntos Alterado > 10 puntos	

Diagnóstico multiaxial

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centra en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Requiere de un evaluador entrenado, por lo que no cualquier profesional puede realizarlo, pero resulta imprescindible ser capaz de interpretar la información que entrega.

Eje I: Trastornos Clínicos, principalmente trastornos por abuso de sustancias y Trastornos Afectivos

Eje II: Trastornos de la Personalidad y del Desarrollo

Eje III: Enfermedades Médicas

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Eje V: Evaluación de la actividad global (EEAG)

Instrumentos utilizados en Cuidados Paliativos. Evaluación de capacidad funcional.

La medición de la capacidad funcional se realiza frecuentemente con escalas originadas en el ámbito del paciente oncológico, que con el transcurso del tiempo se generalizaron a los pacientes en cuidados paliativos. Estas escalas son el ECOG (del 0 al 5) y el puntaje Karnofsky (en porcentajes)

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Groups)	Grado
Actividad normal, puede cumplir con todos sus quehaceres al igual que antes de la enfermedad, sin ninguna restricción.	0
Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo independiente y capaz de llevar a cabo trabajos ligeros o sedentarios	1
Autovalente y capaz de cuidarse, pero no de llevar a cabo cualquier trabajo. Tiene que quedarse en cama durante < 50% de las horas del día	2
Parcialmente autovalente, en cama durante >50% de las horas del día	3
Totalmente inválido e incapaz de cuidarse, en cama permanentemente	4
Muerto	5

Puntaje Karnofsky (KPS: Karnofsky performance scale)	Porcentaje
Normal, sin síntomas, sin indicios de enfermedad	100
Capaz de llevar a cabo actividad normal, pero con signos o síntomas leves	90
Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad	80
Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo	70
Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades	60
Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente	50
Dependiente, no autovalente, necesita ayuda y asistencia especiales	40
Muy dependiente, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo	30
Muy gravemente enfermo, tratamiento activo necesario	20
Moribundo	10

Sin embargo, estos sistemas carecen de medición de elementos objetivos, atribuyéndosele la responsabilidad de evaluar al un solo observador, quien le asigna un puntaje según su apreciación. Por esto, se han desarrollado sistemas que asignan un puntaje al paciente según la realización de diferentes actividades y la presencia de distintos síntomas y signos. Entre ellos tenemos al PPSv2 (Palliative Performance Scale version 2) o el EFAT (Edmonton Functional Assessment Tool).

Evaluación de capacidad funcional de Edmonton.

(EFAT: Edmonton Functional Assessment Tool).

Diseñado para evaluar el estado funcional de pacientes en etapa terminal y de los efectos de la rehabilitación. Se basa en la medición de 10 funciones, que deben ser observadas por el personal de salud calificado para evaluarlos (terapeuta ocupacional, kinesiólogo, etc) más la apreciación subjetiva de un observador.

	0 = Normal	1 = Disfunción mínima	2 = Disfunción moderada	3 = Disfunción severa
Comunicación	Independiente en todos los aspectos de la comunicación	Requiere lentes, audífonos u otros aparatos para comunicarse	Se comunica efectivamente <50% del tiempo	Incapaz de comunicarse
Estado mental	Orientación y memoria intactos	Entiende órdenes simples	Respuesta inapropiada	No responde a órdenes verbales
Dolor	Dolor no interfiere con las actividades	Limitación mínima de algunas actividades	Limitación moderada de las actividades	Incapaz de realizar cualquier actividad por dolor
Disnea	Sin disnea	Disnea leve	Disnea moderada	Disnea severa
Equilibrio	Normal	Disminución de equilibrio. Alcanza/mantiene posición con ayuda. Uso de bastones.	Equilibrio inestable. Mantiene posición con la ayuda moderada de 1 ó más personas.	Mantiene posición con la ayuda importante de 1-2 personas o imposible de evaluar

Movilidad	Moviliza 4 extremidades a voluntad de manera independiente y segura	Moviliza/ controla 4 extremidades pero con algún grado de limitación. Requiere asistencia de 1 persona para movilizarse	Puede colaborar en los cambios de posición iniciados por otros. Requiere la asistencia de 2 personas para movilizarse	No colabora con los cambios de posición.
Locomoción	Camina o se moviliza en silla de ruedas de manera independiente	Camina con la ayuda de 1 persona o se moviliza en silla de ruedas con vigilancia	Camina con la ayuda de 2 personas o se moviliza en silla de ruedas con ayuda	Incapaz de movilizarse
Fatiga	Sin necesidad de descanso	Descansa <50% del tiempo	Descansa >50% del tiempo	En cama 100% del tiempo
Motivación	Quiere participar en las actividades a pesar de las limitaciones	Participante activo o pasivo >50% del tiempo	Participante activo o pasivo <50% del tiempo	No desea participar de ninguna actividad
Actividades de la Vida diaria	Independiente	Independiente con la ayuda de implementos especiales	Asistencia manual o verbal para completar tareas	Requiere asistencia total en sus actividades de la vida diaria
Capacidad funcional	Independiente	Independiente o con mínima asistencia	Requiere asistencia moderada	Requiere la asistencia importante de 1 ó más personas

Instrumentos utilizados en Cuidados Paliativos Evaluación de Pronóstico

Paciente terminal (según MediCare)

Guías generales

- Pronóstico reservado en conocimiento del paciente y su familia
- Progresión de la enfermedad documentada
 - Marcadores específicos para cada condición
 - Múltiples hospitalizaciones o consultas en el Servicio de Urgencia.
 - Disminución en la capacidad funcional (Karnofsky <51%; básicamente mejor)
 - Déficit en el estado nutricional (Baja de peso >10% en 6 meses o albúmina <2.5 g/dL)

Marcadores específicos

- Enfermedades cardíacas
 - Capacidad funcional Etapa IV (NYHA)
 - Recibiendo tratamiento óptimo con diuréticos y reductores de postcarga
 - TPSV sintomática, TV, síncope no explicado, shock cardiogénico
 - Fracción de eyección <20%
- Enfermedad pulmonar
 - Disnea de reposo que no responda a tratamiento
 - Disminución del FEV1 >40ml/año
 - *Cor pulmonale*
 - Hipoxemia en reposos (PaO2 <56mmHg o SatO2 <89%) pese a oxigenoterapia
 - Hipercapnia (PaCO2 >49mmHg)
 - Taquicardia de reposo
- Enfermedad hepática
 - Déficit en síntesis hepática (Albúmina <2,5 g/dL y TP >5 segundos de control)
 - Ascitis refractaria a diuréticos

- Episodios de PBE
- Síndrome hepatorenal
- Encefalopatía hepática (G III-IV)
- Sangrado variceal recurrente
- Enfermedad renal
 - Clearance de creatinina <10 cc/min (<15 cc/min en diabéticos) y
 - Creatinina plasmática >8 (>6 en diabéticos)
 - Síndrome urémico
 - Oliguria
 - Sobrecarga de volumen de difícil manejo
 - SIN HEMODIÁLISIS
- Enfermedad de Alzheimer (y otras demencias)
 - Una puntuación en el MiniMental 0/30 no es suficiente
 - Comorbilidad (aspiración, escaras, ITU, etc)
 - Compromiso nutricional
 - Con SNG: Baja de peso >10% en 6 meses
 - Sin SNG: Rechazo alimentario

Predicción de sobrevida según escala KPS

(Pacientes oncológicos)

Predicción de sobrevida en días						
KPS	10-20%		30-40%		>50%	
Mortalidad	50%	90%	50%	90%	50%	90%
Síntomas						
0	23	53	11	450	172	450
1	36	168-199	83-98	362-428	125-191	450
2	29-38	128-165	63-82	275-356	93-123	413-450
3	23-30	10-13	50	218-283	75-93	328-406
4	19-23	10-95	41-49	181-215	62-74	272-322
5	16	72	36	156	54	234
Síntomas: Anorexia, Disfagia, Disnea, Baja de peso, Boca seca						

Puntaje de Pronóstico Paliativo

(Pacientes oncológicos)

(PaPScore: Palliative Prognostic Score)

		Puntos
Disnea	No	0
	Si	1
Anorexia	No	0
	Si	1.5
KPS	>50%	0
	30-40%	0
	10-20%	2.5
Predicción clínica (semanas)	>12	0
	11-12	2
	9-10	2.5
	7-8	2.5
	5-6	4.5
	3-4	6
Leucocitos	1-2	8.5
	4800-8500 cel/mm3	0
	8501-11000 cel/mm3	0.5
Linfocitos	>11000 cel/mm3	1.5
	20-40%	0
	12-19.9%	1
	0-11.9%	2.5

Grupo de riesgo	Puntos
A (>70% de sobrevivir 30 días)	0-5.5
B (30-70% de sobrevivir 30 días)	5.6-11
C (<30% de sobrevivir 30 días)	11.1-17.5

Duelo

conceptos básicos

Etapas del duelo.

El duelo es un proceso que tiene varias etapas que la persona tiene que recorrer para elaborar su pérdida y poder así emprender nuevos caminos. El reconocerlas permite comprender mejor al que lo está viviendo.

La primera etapa es la fase de **rechazo**, con un período de shock. Se está como aturdido o paralizado, esto es un mecanismo de protección a un dolor psicológico muy grande. Aunque “en la cabeza” se entiende la noticia, el entender con el corazón es más lento. En esta etapa se observa la negación: “se equivocaron”, “es un error, estoy soñando”. Corresponde al momento en que se informa al paciente y su familia que tiene una enfermedad grave, por ejemplo cáncer, y esto explica porque muchas veces uno escucha decir “a mí no me han dicho nada”. También puede presentarse la sensación de enojo “por no haberme cuidado bien y por eso me enfermé” o bien contra el médico culpable de la no-curación. El llanto es una expresión muy frecuente y necesaria, lo mismo que identificar emociones como “estoy triste”, “estoy furioso”, “estoy dolido”. Esta expresión por un lado es un desahogo y permite que “salgan” las penas y también las frustraciones, pero también es una expresión de que se está enfrentando una dura realidad. Es importante destacar que estas emociones son normales y debemos permitir que fluyan. Si las ignoramos o tratamos de suprimir con frases como “tienes que ser fuerte”, “que no te vean llorar”, sólo hacemos más lento el proceso. En este período la pena puede expresarse también con síntomas físicos, como mareos, opresión en el pecho, dolor de cabeza, agotamiento. La expresión de las emociones produce un alivio, en especial al compartir estos sentimientos con el que acompaña o está cerca. La duración de esta fase puede ser horas, días o semanas.

La segunda fase es de **enojo**, de ira, “¿por qué a mí?”, “¿por qué este castigo?”. Puede ser en contra de todo y de todos: “me hacen esperar mucho”, “no saben lo suficiente”, “me molesta que me examinen”, “la

enfermera me trata mal”... Dios también está incluido en este enojo: “Dios es injusto porque castiga a un inocente” o “¿por qué no me prueba a mí en lugar de a mi hijo?”. Esta frase es muy dura y produce mucho sufrimiento a los pacientes, que sienten que han sido castigados por Dios. En realidad las enfermedades son parte de nuestra humanidad, y si nosotros como padres nunca le hacemos daño voluntariamente a nuestro hijo, ¿cómo lo va a hacer Dios que es un Padre infinitamente más bueno que nosotros?. En ocasiones hay sentimientos de autocas-tigo: “si hubiese ido antes al médico”, “si me hubiera dado cuenta”, “si hubiera tenido más paciencia”, “le fallé a mi familia”. La rabia en esta etapa es porque se trunca la vida, los proyectos se acaban... etc. Lo difícil para la familia y los que acompañan es entender la causa del enojo, que no tiene que ver con nosotros ni los que lo rodean, sino con la situación que se está viviendo. Si uno reacciona enojado, como si fuera algo personal, esta hostilidad aumenta. Si uno logra comprender esta fase y le dedica tiempo y atención, permitiendo que se exprese el enojo, acogiendo sin juzgar, los berrinches serán cada vez menos frecuentes.

La tercera fase es la etapa de **desolación**, es la que permite aceptar la pérdida. En el caso del cáncer, es el momento en que ya se hace real la enfermedad, coincide a veces con la caída del pelo, o la recuperación de la cirugía o con las primeras complicaciones del tratamiento. En la situación del paciente que enfrenta la muerte es parte de la despedida; hay que darle la posibilidad de revisar su vida y resolver cosas pendientes, comunicarse con su familia, organizar aspectos laborales y económicos que le puedan permitir proteger a sus seres queridos, y “prepararse” de acuerdo a su religiosidad.

En esta fase se puede producir alteraciones del apetito, insomnio. Ayuda mucho la cercanía, el contacto físico, un abrazo y en especial sentarse al lado, en silencio. Como las anteriores, es una fase normal que debe aceptarse como tal, puede durar desde semanas a meses.

La última fase es la **aceptación**. En el paciente con cáncer es el período en que aún está en tratamiento pero avanza bien, se retoma la vida bastante normal y con mucha esperanza de curación, porque el enfermo se va recuperando. En el caso del paciente que va a fallecer, en lo posible,

el dolor físico debe estar controlado con medicamentos, de modo que el paciente tenga conciencia de que ha luchado mucho, se encuentre en paz, cansado y con mucho sueño, por lo que quiere visitas cortas pero se alegra cuando ve que no lo dejamos solo, aunque no quiera hablar. En este momento es la familia la que requiere mayor apoyo y comprensión, en especial sobre cómo serán los últimos días, si fallecerá en el hospital o la casa -que es lo más habitual cuando la causa de muerte es cáncer-, reafirmando que podemos hacer muchas cosas para ayudarlo a aliviarse aunque no podamos sanarlo.

El dolor no es cancelable, no es evitable. Si no lo experimento y no le doy un espacio, se transformará en algo equivalente y aparentemente sin relación con las causas originarias del dolor. Como está fuera de conciencia se instala, se queda, dejándonos rígidos y cicatrices a medio curar.

El dolor es parte de nosotros los seres humanos y central en la protección de la especie, no puede evadirse sin daño posterior.

Vemos al dolor, tanto físico como psicológico, ineludible, no cancelable, de primera necesidad, que está inserto en nuestra vida biológica y psicológica, que nos ayuda y orienta para el mejor vivir en nuestra vida con los demás.

El conocer nuestro dolor y aceptarlo es conocernos. Esto lleva al cambio y al crecimiento en libertad.

Esto es también importante para percibir dolores ajenos y estar cerca de los que nos necesitan como compañeros en el dolor, así como para pedir ayuda a otros cuando lo necesitemos.

No hay evento humano que acerque más que las dinámicas que se producen en el ámbito del dolor donde el amor toma su lugar sanador. El dolor llama al amor a través de la compasión.

Variedad de respuestas frente al dolor

Frente a situaciones que causan dolor, la mente del ser humano puede elaborar una serie de mecanismos de defensa. Si estos mecanismo facilitan el proceso de la adaptación a los cambios que implica la nueva situación, se habla de **respuestas adaptativas**, entre las cuales contamos:

Humor. Siempre que no impida apreciar la realidad en forma objetiva.

Negación (inicial). Frecuentemente es necesario recurrir a una “fragmentación” de la realidad, lo que permite aceptar la nueva situación en forma escalonada: se reconoce la existencia de una enfermedad, luego se reconoce la gravedad de esta enfermedad, para finalmente reconocer la falta de algún tratamiento curativo.

Rabia abstracta. Se dirige la rabia en contra de la misma enfermedad, o no es posible identificar el agente causante de la rabia.

Llanto. Siempre que no paralice.

Temor. Siempre que no paralice.

Búsqueda de metas personales. Siempre que la concreción de esas metas no constituya un riesgo para la salud del paciente.

Esperanzas realistas.

Religiosidad. Con el fin de encontrarle un fin al sufrimiento.

Cuando los mecanismos de defensa hacen más difícil la tarea de adaptarse, se habla de **mecanismos maladaptativos**, por ejemplo:

Culpa.

Negación patológica. Cuando por desconocimiento de la enfermedad, el paciente no es capaz de tomar las decisiones pertinentes.

Rabia. Cuando se dirige el sentimiento contra el personal de salud o contra cualquier tipo de cuidador.

Esperanzas no realistas.

Manipulación.

Indiferencia. Se diferencia de la negación en que se reconoce la presencia de la enfermedad, pero ésta no genera ningún sentimiento.

Sugerencias para acompañar

¿Qué podemos hacer frente al dolor ajeno?

Primero, creemos que es muy importante **trabajar con los dolores propios**, en toda su riqueza y profundidad. Darnos cuenta que son puertas que tenemos que abrir y transitar por ellas para ir humanizándonos.

- Tengo que **aceptar mi naturaleza y mis limitaciones**.

- **Sirve mucho el contacto físico, sólo cuando no es invasivo y es bien acogido**.

- **No aconsejar ni dar soluciones radicales**, más bien promocionar miradas diferentes de una situación.

- **Permitir la expresión emocional del dolor**, sea cual sea, sin tratar de canalizarla, obstruirla o minimizarla. Permitir expresiones como el llorar, que llevan a atenuar y expresar emociones. Alentar estas expresiones y no confundirlas con depresión. El llorar es lo biológicamente espontáneo; hay conciencia del dolor y trae alivio posterior. La retención de la pena termina en otras manifestaciones, y el dolor queda encriptado, oculto, lejos de la luz de la conciencia y su dinámica natural de sanación.

- Lo central es el contacto con este paciente. Obligatorio es desplegar el dolor en toda su magnitud, estar con él profundamente, sin resistirlo. Es actividad y abandono. Así, el dolor se queda como dolor, crecimiento, madurez, experiencia, aumento de conciencia de mí mismo, de mis limitaciones y fortalezas frente a la adversidad.

Dios no nos manda el dolor, nos manda a Jesús para enseñarnos del dolor, de la aceptación, de la esperanza y de la compasión amorosa, dejando así el dolor en dolor y no en sufrimiento que nos aleja del amor.

¿Cómo nos protegemos nosotros de la experiencia dolorosa del enfermo?

La primera pregunta que tenemos que hacernos -antes de acompañar a un paciente que enfrenta su muerte- es si queremos hacerlo. En el caso del médico, la motivación se da en el marco de la vocación personal, y de saber que con nuestra intervención médica podemos mejorar su calidad de vida y de muerte; por lo tanto, no nos exponemos al dolor como simples observadores, sino con la finalidad de aliviarlo. El lema del equipo de cuidados paliativos es: **“Si puedes curar... cura. Si no puedes curar... alivia. Si no puedes aliviar... consuela”**.

Hay que tener claro dónde comienza y dónde termina nuestro rol. Tenemos que desarrollar una actitud empática con el paciente, de tal manera que se formen lazos humanos intensos. Pero hay que tener claro también que, si nos hundimos con el paciente, no le servimos de nada.

De igual manera tenemos que aceptar nuestras propias limitaciones y no vivir la falla de la curación ni la muerte como “fracasos personales”, aceptando que muchas veces lo mejor que podemos ofrecer será sólo nuestra compañía.

El estar cerca de la muerte nos enseña a vivir en plenitud, con una vida más intensa, a no dejar cosas pendientes. A diferencia de lo que piensan algunos, el médico nunca se acostumbra a la pena que ésta produce y muchas veces que lloramos -por ejemplo, con una película- en realidad estamos llorando la pena del día.

El trabajo con los pacientes con cáncer no es un trabajo individual sino un **trabajo en equipo**, con el que compartimos nuestras penas y lágrimas y entre todos analizamos cada situación y nos preguntamos cómo apoyar. No sólo se hace un esfuerzo por proteger y cuidar a los pacientes, sino también nos preocupamos de cuidarnos nosotros.

Indudablemente, la fe en el Señor y la oración también es muy importante porque le da sentido a mi vida, la que continúa después de la muerte. Por lo tanto, en el acompañar al buen morir no estoy solo, el Señor me acompaña; y en la medida que desarrollo mi propia espiritualidad, se me facilita acompañar al que sufre.

Análisis de problemas éticos frecuentes

Metodología de análisis ético

La complejidad de la medicina moderna hace que el proceso de toma de decisiones clínicas no siempre sea fácil. Es así como, además de las dudas netamente técnicas, en ocasiones pueden surgir dilemas éticos que dificultan las decisiones clínicas. Algunos ejemplos de esto son la pregunta referente a la proporcionalidad de las cargas - físicas, psicológicas, espirituales y/o económicas - que un determinado tratamiento podría imponer al paciente, su familia o la institución que lo acoge; las dudas acerca del derecho de un paciente o sus familiares a rechazar intervenciones que el equipo médico considera beneficiosas; el cuestionamiento del deber médico de comunicar la verdad en casos en que el diagnóstico y pronóstico son ominoso; etc.

El Dr. Bernard Lo definió operacionalmente un problema ético-clínico como una dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente, en cuya resolución es necesario referirse a valores o principios que especifiquen lo que debe ser hecho en oposición a lo que simplemente puede ser hecho o frecuentemente se hace. (*Cf. Arch Intern Med 1981; 141: 1063-1064*). A pesar de sus limitaciones, esta definición tiene el mérito de explicitar que un profesional de la salud se ve enfrentado a un problema de naturaleza ética cada vez que en su práctica clínica se le plantea la pregunta por el deber ser, en oposición al simple poder hacer. Otro aporte de esta definición es que nos proporciona la clave para encontrar la salida de estas situaciones de conflicto: la referencia a valores o principios éticos. Sin embargo, es justamente esta parte de la definición la que con mayor frecuencia nos plantea dificultades a los profesionales de la salud. ¿Cuáles y cuántos son esos principios éticos? ¿Existen valores éticos que puedan ser aceptados por personas de diferentes lugares, culturas y momentos históricos? ¿Se puede afirmar que los problemas ético-clínicos admiten un análisis racional o debemos aceptar que ellos caen más bien en el campo de lo emocional y lo netamente subjetivo?

En el contexto de estas breves líneas no es posible dar una respuesta cabal a las complejas preguntas relacionadas con el carácter objetivo o relativo de la ética. Por tanto, sin negar la importancia y el interés que reviste el dar una respuesta satisfactoria a esas preguntas, nos limitaremos a proponer aquí una metodología que nos ha permitido introducir una cierta racionalidad en el análisis de los problemas ético-clínicos. La pauta que solemos utilizar en el Hospital Clínico de la Universidad Católica para sistematizar el análisis y la resolución de los problemas ético-clínicos consta de los siguientes 6 pasos que serán aplicados en forma práctica a 5 situaciones frecuentes en medicina paliativa:

1. Identificación y descripción del (los) problemas ético-clínico(s).

- Formulación operacional de la pregunta.

2. Referencia a los principios éticos involucrados.

- Principios de inviolabilidad de la vida humana.
- Principio de no-maleficencia.
- Principio de beneficencia
- Principio de autonomía.
- Principio de justicia.
- Principio de proporcionalidad terapéutica.
- Principio del doble efecto.
- Principio de veracidad.
- Principio de prevención.
- Principio de no-abandono.

3. Evaluación de alternativas de acción y sus resultados.

- Análisis de los posibles cursos de acción y la forma en que se preservarían los principios éticos involucrados.

4. Análisis de la información clínica éticamente relevante.

- Certeza del (los) diagnóstico(s).
- Pronóstico de supervivencia basado en evidencia.
- Costos: físicos, psicológicos, espirituales, económicos, etc.
- Competencia del paciente.
- Red de apoyo social.

5. Resolución del problema.

- Propuesta del curso de acción que mejor preserve los valores éticos involucrados.

6. Implementación práctica de la solución.

- Detallar el modo en que se debe implementar la solución propuesta:
 - ¿Quién?
 - ¿Cómo?
 - ¿Dónde?
 - ¿Cuándo?

Lecturas recomendadas

1. Beauchamp, T. & Childress, J. *Principles of Biomedical Ethics*. (Fourth Edition). Oxford University Press. New York, 1994.
2. Fletcher J.C. et al. *Introduction to Clinical Ethics*. University Publishing Group. Maryland, 1995
3. Lavados, M. & Serani, A. *Ética Clínica. Fundamentos y aplicaciones*. Ediciones Universidad Católica. Santiago, 1993
4. Lo, B. & Schroeder, S. *Frequency of Ethical Dilemmas in a Medical Inpatient Service*. Arch Intern Med 1981; 141: 1063 -1064.
5. Pellegrino, E.D. *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. Oxford University Press, New York, 1988.

Competencia y Autonomía

Caso clínico

Paciente de 26 años. En control frecuente en policlínico de ETS por conductas de riesgo. En uno de sus exámenes se diagnostica VIH (+), indicándosele el plan de controles posterior y el eventual inicio de medicamentos antivirales. El paciente se niega a creer el diagnóstico y no se realiza los exámenes complementarios (recuento CD4). Comienza a faltar a los controles y termina por abandonar el seguimiento un año después de efectuado el diagnóstico. 5 años después se informa al personal de salud que efectuaba los controles que el paciente se encuentra hospitalizado en Unidad de Tratamiento Intermedio por Neumonía por *Pneumocystis*, con compromiso nutricional severo y lesiones cutáneas difusas compatibles con Sarcoma de Kaposi, sin compromiso neurológico. Recuento CD4<50. La madre del paciente solicita repetidamente al personal de salud inicio terapia antiviral, aún en contra de la voluntad del enfermo, quien vuelve a reiterar su negativa a recibir drogas antivirales. 1 semana después, el paciente cambia de opinión producto de presiones familiares, y comienza el tratamiento indicado. Las patologías oportunistas evolucionan satisfactoriamente, siendo dado de alta 1 mes después. Actualmente se encuentra en buenas condiciones de salud, recibiendo triterapia con buena adherencia y en controles regulares con equipo de Infectología.

Análisis ético

1.- Definición del dilema ético

Este caso, que se vive frecuentemente, no suele llamar la atención y la conducta seguida es la descrita: el paciente acepta los riesgos derivados del rechazo de tratamiento y abandona control. Sin embargo, revisándolo con más detención, plantea una serie de dudas éticas ¿en qué condiciones un paciente puede negarse a recibir un determinado tratamiento?, ¿tiene el equipo de salud alguna responsabilidad además de explicar la enfermedad y ofrecer un tratamiento adecuado?; cuando aparecen las complicaciones y la familia está en contra de la conducta

acordada con el paciente adulto ¿pueden atribuirse el derecho a tomar estas decisiones?... en definitiva **¿quién está capacitado para tomar decisiones?**

2.- Referencia a principios éticos involucrados

En este caso entran en conflicto fundamentalmente 2 de los 4 grandes principios fundamentales de la bioética: Beneficencia y Autonomía. En general, las acciones médicas debieran estar orientadas a curar enfermedades, prolongar la sobrevida y/o mejorar la calidad de vida de las personas, lo que se condice con el principio de **Beneficencia**. Por otro lado, se entiende por **Autonomía** el derecho que tiene cada individuo de tomar decisiones informadas respecto de las posibles intervenciones médicas; este principio presupone la capacidad de ejercer este derecho, conocida como **competencia**. Es difícil determinar esta capacidad, ya que se puede caer en apreciaciones personales. Es por esto que se ha intentado establecer criterios objetivos para evaluar la competencia:

- Capacidad de comprender y retener la información ofrecida
- Capacidad de apreciar la situación y sus consecuencias
- Capacidad de procesar racionalmente la información
- Habilidad para comunicar decisiones

El problema está, como en este caso, cuando las personas ejerciendo su Autonomía, rechazan las intervenciones que el personal de salud propone buscando su beneficencia.

3.- Información clínica éticamente relevante

En este caso tanto el diagnóstico de VIH, como la conducta a seguir no merecen dudas técnicas. Es en los criterios que buscan analizar la competencia donde debemos recabar mayores antecedentes.

Este paciente es a primera vista autónomo, cumple con los criterios de competencia: es capaz de comprender la información y de comunicar decisiones (enseñanza media cumplida, trabajo estable como vendedor); clínicamente no impresionaba que padeciera algún trastorno que impidiera apreciar la situación y sus consecuencias o procesar racionalmente la información (realizaba las actividades de la vida diaria

en forma normal). Sin embargo, llama la atención la incapacidad para asumir su diagnóstico de VIH (+) en un paciente que se asume con los suficientes factores de riesgo como para estar en control regular en policlínico de ETS (¿negación inicial por “conmoción” relacionado con el diagnóstico?, ¿negación de algún otro fenómeno relacionado, por ejemplo homosexualidad?). Es por esto que hubiese sido útil contar con una evaluación psicológica formal para evaluar grado de competencia.

En el segundo momento de nuestro caso existen factores objetivos que podrían hacernos cuestionable el nivel de autonomía del paciente. Está en Unidad de Tratamiento Intermedio, con patologías graves, bajo un estrés mental significativo. Por otro lado la hipoxemia a la que se ve sometido por su neumonía podría explicar alteraciones en el procesamiento de la información. Por último, si bien no tiene alteraciones neurológicas descritas, no se cuenta con un examen de la personalidad, que también podría verse afectado en un proceso infeccioso del SNC.

4.- Alternativas de acción

Si bien nuestro caso se desarrolla en dos momentos temporales diferentes (el diagnóstico y la hospitalización, 5 años después), los patrones de conducta son similares: **respetar la voluntad del paciente y no hacer la acción de beneficencia correspondiente, o asumir que no es competente y buscar la forma de implementar el tratamiento apropiado.**

Al momento del diagnóstico se podría aceptar su negativa a recibir tratamiento sin mayores cuestionamientos, o presionarlo de algún modo para que se someta al programa indicado (ya que se trata de un tratamiento ambulatorio que exige de la colaboración del paciente). Cuando se presentaron las complicaciones aparecen más actores (la familia), por lo que existen más alternativas: respetar su voluntad y no seguir proponiendo el tratamiento; acceder a las peticiones de la familia y administrar terapia aún sin el consentimiento del paciente (algo realizable en el medio hospitalario); esperar a que cambie de opinión y acceder en ese momento a dar la terapia.

5.- Propuesta de solución ética

A primera vista existe un enfrentamiento entre el principio de beneficencia (hacer lo que nosotros consideramos correcto: dar la terapia) y el principio de autonomía (dejar que el paciente cumpla su voluntad: no recibir la terapia). Sin embargo, este conflicto es solo aparente.

El principio de beneficencia establece la necesidad de hacer un bien al paciente. Como personal de salud, frecuentemente proporcionamos bienestar físico (curar enfermedades, prolongar sobrevida o paliar síntomas), pero no debemos olvidar que el enfermo es ante todo una persona, con una serie de otros intereses que también merecen ser considerados. Por lo tanto, sólo procuraremos bienestar a nuestros pacientes en la medida que escuchemos estos deseos, y que nuestras acciones de salud los potencien o por lo menos no los contravengan en forma desproporcionada. Esto no quiere decir que debamos cumplir todo lo que nuestros pacientes nos soliciten, sino que debemos incorporar estos elementos aportados por el paciente y su entorno en la toma de decisiones clínicas.

La competencia necesaria para ejercer el principio de autonomía (derecho que tiene cada individuo de tomar decisiones informadas respecto de las posibles intervenciones sobre sí mismos), requiere de 4 requisitos ya enunciados. Todos ellos tienen una dimensión cognitiva (conjunto de conocimientos y creencias que permitan entender y analizar la información proporcionada, así como aventurar posibles consecuencias de los actos decididos) y una dimensión afectiva (conjunto de sentimientos y estados anímicos que interfieren subjetivamente en la toma de decisiones). Debiese ser, por lo tanto, deber del equipo de salud no solo el proporcionar la información necesaria, ajustada al nivel cognitivo del paciente, para que este pueda tomar decisiones, sino también explorar y ayudar en la identificación y manejo de elementos de la dimensión afectiva del enfermo que puedan interferir subjetivamente en el proceso de elegir. Un enfermo asustado que se niega a recibir tratamiento puede requerir mayor información para tomar la mejor decisión; un paciente deprimido puede necesitar tratamiento de su trastorno del ánimo para apreciar las situaciones con mayor objetividad; un paciente homosexual puede necesitar asumir su condición sexual antes de aceptar que es VIH (+).

Es en este sentido que se complementan el principio de Autonomía y Beneficencia: las acciones del equipo de salud están orientadas a que el paciente desarrolle su autonomía, liberándose de elementos que coaccionan su capacidad de elegir, para tomar la mejor decisión en búsqueda de su propio bien.

6.- Implementación práctica de la solución

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, nos parece que la mejor conducta hubiese sido explorar y tratar en el momento del diagnóstico otros factores que explicasen su negativa a recibir tratamiento (depresión en relación a condición VIH (+), falta de información, negación de conductas sexuales, presiones familiares y/o sociales, etc.) antes de aceptar su negativa a la terapia. Si libre de condicionantes, externos o internos, el paciente desea no someterse a tratamiento, debemos respetar su decisión ya que esto le proporciona mayor bien (no físico, sino global).

Proporcionalidad terapéutica

Caso clínico

Paciente de 60 años, que sufre de deterioro psicoorgánico grave secundario a múltiples infartos cerebrales, actualmente postrado en cama. Vive sólo con su señora, quien está encargada de atenderlo. Se encuentra en un muy mal estado nutricional. Durante los dos últimos años ha requerido múltiples hospitalizaciones por neumonías a repetición, ITUs e infecciones de escaras.

Frente a un nuevo cuadro de neumonía con mala respuesta a tratamiento domiciliario se decide hospitalización. En el examen físico de ingreso destacan lesiones cutáneas en manos y pies, sugerentes de sarcoma de Kaposi, por lo que se practican pruebas para detección de VIH, resultando positivos el test y su confirmación. Se obtiene además recuento de CD4 con un valor <100 , y carga viral de 80.000 copias/ml. Se discute el posible inicio de terapia antirretroviral (Highly Aggressive Antiretroviral Therapy, HAART).

Análisis ético

1.- Definición del dilema ético

Debido a todas las implicancias de un tratamiento antirretroviral (alto costo, efectos adversos importantes) y a un beneficio dudoso (prolongación de vida de un paciente deteriorado, con mala calidad de vida) nos podríamos plantear si **es moralmente lícito no comenzar una terapia antirretroviral.**

2.- Referencia a principios éticos involucrados

El principio de Beneficencia pide que nuestras acciones de salud causen un bien al paciente visto como un todo. Esto no siempre significa la tarea de curarlo de la enfermedad o prolongar su sobrevivencia, sino que a veces puede referirse a mejorar la calidad de vida dentro de lo posible. En este caso particular podría suponerse que la terapia antirretroviral constituye un bien para el paciente por estar demostrada su efectividad en la infección por VIH, pero dada la deteriorada condición basal de

este paciente este beneficio no es tan claro.

Por otra parte, sabemos que estos fármacos tienen efectos secundarios importantes que podrían ser muy mal tolerados por este paciente en particular dada su condición basal. Como el principio de **No maleficencia** establece que nuestras acciones no deben causar algún daño evitable al paciente, agravando su enfermedad o empeorando su calidad de vida, podrían plantearse dudas razonables sobre la indicación del HAART en este caso.

Dado que el beneficio es dudoso y los efectos adversos podrían ser importantes, nos vemos en la necesidad de emitir un **“Juicio de proporcionalidad terapéutica”**.

El principio ético de la proporcionalidad terapéutica sostiene que existe la obligación moral de implementar sólo aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas intervenciones en las que esta relación no se cumple se consideran ‘desproporcionadas’ y no son moralmente obligatorias. Los elementos que deben tenerse en cuenta a la hora de juzgar la proporcionalidad de una intervención médica son, entre otros:

- La utilidad o inutilidad de la medida;
- Las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios;
- El pronóstico en sentido amplio, es decir, incluyendo los criterios de sobrevida y calidad de vida con y sin la implementación de la medida;
- Los costos en sentido amplio: cargas físicas, psicológicas, morales, sociales, económicas, etc.

Es importante destacar que el juicio acerca de la proporcionalidad de una determinada intervención médica debe hacerse por referencia al **beneficio global de la terapia y no sólo en relación a los posibles efectos fisiológicos** que ella sea capaz de inducir. En la evaluación de esta utilidad fisiológica los conocimientos técnicos del médico juegan un rol primordial (Medicina Basada en Evidencia); mientras que en la evaluación de los elementos cualitativos de la proporcionalidad cobran importancia elementos valóricos del paciente y sus familiares,

que deben ser ponderados en conjunto con el médico.

En este contexto, la voluntad del paciente cobra especial relevancia (principio de **Autonomía**). Sin embargo, en este caso la competencia del paciente esta limitada por su daño cognitivo previo. Por lo tanto, debemos recurrir a otras personas para tomar decisiones (consentimiento subrogado).

3.- Información clínica éticamente relevante

Es necesario hacer referencia a algunos datos técnicos para basar las decisiones:

- Criterios de enfermedad que determinen la indicación de inicio de terapia HAART. En este caso el paciente está en etapa SIDA, por lo que el tratamiento debiese ser la terapia antirretroviral.
- Pronóstico del paciente con y sin terapia: sin terapia el paciente sufrirá un mayor deterioro de su sistema inmune, con mayor gravedad de las infecciones oportunistas, y un desenlace fatal en el corto plazo. De iniciar la terapia es posible aumentar la sobrevida, pero sin mejorar en forma significativa la calidad de vida.
- Alternativas de terapia, tanto para el SIDA como para sus problemas asociados (neumonía, sarcoma, etc.) y sus resultados potenciales: debido a lo avanzado de la inmunosupresión no es planteable otro esquema de tratamiento, sin embargo se pueden intentar terapias para las enfermedades asociadas, sin poder asegurar una respuesta satisfactoria.
- Alternativas de nutrición: alimentación vía oral (riesgo de aspiración significativo), alimentación por sonda naso gástrica, por sonda naso enteral, ostomías, alimentación parenteral.

4.- Alternativas de acción

En este caso tenemos tres posibles alternativas:

- Tratar al paciente, asumiendo los riesgos de la terapia. Es probable que al mejorar su respuesta inmune, el paciente mejore su estado basal y experimente algún grado de mejoría de sus comorbilidades (infecciones oportunistas y sarcoma de Kaposi), implementando pa-

ralelamente las medidas necesarias para mejorar su estado nutritivo (nutrición parenteral, ostomías). Sin embargo, también podría ocurrir que, al mejorar el sistema inmune, se expresen patologías antes enmascaradas. Optar por esta alternativa supondría prolongar la sobrevida de un paciente con deterioro psicoorgánico severo, lo que trae consigo cuidados básicos de enfermería y nutrición, con los costos económicos y personales asociados.

- No tratar de SIDA, pero ofrecer el apoyo básico de hidratación, confort y nutrición, y tratar las comorbilidades (antibióticos apropiados para la neumonía, curación óptima de escaras). Optar por este curso de acción supone plantearse el grado de agresividad que al que deberíamos llegar en la implementación de intervenciones ante eventuales complicaciones futuras (decisión de limitar terapia en relación a ventilación mecánica, reanimación en caso de un paro, etc).
- No tratar al paciente, limitando también la atención a problemas intercurrentes.

5.- Propuesta de solución ética

Dado que las múltiples patologías previas de este paciente determinan un mal pronóstico tanto en sobrevida como en calidad de vida, el juicio de proporcionalidad terapéutica sugiere que la utilidad del HAART es limitada. Debemos tener en cuenta que para iniciar terapia HAART en este caso, que presenta un estado nutricional precario secundario a múltiples patologías, habría que implementar previamente apoyo nutricional intensivo si queremos lograr el efecto deseado con una tolerancia aceptable. Evaluando los beneficios esperables y las implicancias de este curso de acción, en conjunto con los familiares se estimó que la terapia antirretroviral resultaba desproporcionada. Esta decisión no se refiere al tratamiento de posibles complicaciones posteriores, cuya proporcionalidad deberá ser evaluada oportunamente, en el contexto de cada situación individual.

Es necesario distinguir entre la limitación de tratamiento por falta de proporcionalidad de la llamada “eutanasia pasiva” o “por omisión”, ya

que en esta última se limitan intervenciones que resultarían proporcionadas con el fin de acortar la sobrevida del paciente. Por tanto, en el caso analizado, limitar la terapia HAART no constituye ninguna forma de eutanasia, porque se estima que la sobrevida está determinada primariamente por su deteriorada condición general.

6.- Implementación práctica de la solución

En conjunto con los familiares se decide no iniciar terapia HAART, iniciándose el tratamiento de la neumonía e implementando todas las medidas básicas de confort junto con alimentación por sonda nasogástrica. Durante su evolución, el paciente presenta insuficiencia respiratoria. Dado que su conexión a ventilación mecánica resulta desproporcionada, se realiza un apoyo sintomático con oxígeno terapia y morfina sc.

Nutrición e hidratación al final de la vida

Caso clínico

Paciente de 72 años, sin familiares, hospitalizado en Estado Vegetativo Persistente (EVP) desde hace varios meses. Durante su evolución el paciente ha presentado múltiples infecciones respiratorias y urinarias, que han respondido bien a las terapias habituales.

Por el riesgo de aspiración que tiene este paciente y debido al deterioro progresivo de su estado nutricional, se decide instalarle una sonda de alimentación enteral por gastrostomía. Durante una visita médica, un miembro del equipo sugiere que la realización de este procedimiento es desproporcionada para este paciente dado su estado neurológico y propone suspender la hidratación y nutrición en este paciente.

Análisis ético

1.- Definición del dilema ético

El dilema ético que se plantea en este caso es si **es lícito suspender la hidratación y nutrición a un paciente en EVP**. Esta pregunta es motivo de un intenso debate a nivel internacional en la actualidad. Así tenemos, por un lado, algunos grupos que se plantean a favor de la licitud de la suspensión, como por ejemplo las Asociaciones Americanas de Neurología y de Medicina Intensiva (Crit Care Med. 1990; 18 (12): 1435-1439), la Conferencia Nacional de Obispos Católicos Americanos (Origins 21: 4, Abril 19, 1992, p. 705). Por otro lado está el planteamiento de la Iglesia Católica, que propone que la hidratación y nutrición deben ser consideradas como “medidas básicas” a las que toda persona tiene derecho y que, por tanto, no sería lícito suspender (S Congr Doc Fe, Carta a los Agentes de la Salud, 1984, N° 120).

2.- Referencia a los principios éticos involucrados

El dilema ético se plantea como una confrontación entre los principios de **beneficencia** y **no-maleficencia**. Aquellos que proponen que sería lícito suspender la hidratación y nutrición en pacientes en EVP argumentan que un ser humano permanentemente privado del ejercicio de

sus capacidades de autoconciencia y raciocinio no puede ser considerado una “persona” en el pleno sentido de la palabra. Consideran, por tanto, que mantener “artificialmente” la vida de estos seres humanos sería un acto de maleficencia - un ensañamiento terapéutico - y que el principio de beneficencia obligaría a suspender las medidas que prolongan esta penosa situación. Por otro lado, los que afirman que es ilícito suspender la hidratación y nutrición en estos casos afirman que el acceso a una adecuada hidratación y nutrición es un derecho humano básico. Dado que no se trata de “terapias médicas”, sino de “medidas básicas” a las que todos los seres humanos tienen derecho, no podría estar sujeta a un juicio de proporcionalidad terapéutica que legitime su limitación. En este contexto, suspender estas medidas sería un acto de maleficencia. El principio ético de respeto y promoción de la vida obligaría a hidratar y nutrir a un ser humano, independientemente de su condición neurológica.

3.- Alternativas de acción

Los posibles cursos de acción en un paciente en EVP serían:

- Asegurar un aporte nutricional y de volumen adecuados a sus requerimientos básicos.
- Suspender la nutrición, manteniendo el mínimo aporte de volumen y electrolitos necesario para reponer las pérdidas obligadas.
- Suspender tanto nutrición como hidratación.

4.- Información clínica éticamente relevante

La evidencia empírica dice que sería poco probable que un paciente que lleve más de una año en estado vegetativo persistente recupere su conciencia. Dado que nuestro paciente lleva algunos meses en ese estado, aún no podríamos asegurar que su condición neurológica no pueda experimentar algún grado de recuperación. Por otro lado, sabemos que los pacientes en EVP pueden tener una supervivencia de años. Su mortalidad suele estar dada por las infecciones intercurrentes (urinarias, respiratorias, escaras, etc.) que característicamente se presentan dentro de su evolución.

En relación a los requerimientos de hidratación y nutrición de un paciente en estas condiciones, sabemos que debido a las pérdidas obligadas diarias de agua y electrolitos (diuresis, deposiciones, pérdidas insensibles, etc.) un paciente que no reciba reposición de volumen y electrolitos caerá en insuficiencia renal pre-renal en un período variable, dependiendo de su estado general y de su función renal basal. Por otro lado, si sólo nos limitáramos a reponer agua y electrolitos, el estado nutritivo se deterioraría progresivamente, lo que a su vez tendría un impacto en el sistema inmune, favoreciendo las infecciones intercurrentes que podrían conducir a un desenlace fatal. Así, la evidencia nos dice que si no cubrimos adecuadamente los requerimientos nutritivos y de volumen de un paciente en EVP, su sobrevida se verá necesariamente acortada.

5.- Propuesta de solución ética

En base a lo anterior estimamos que el curso de acción que mejor preserva el deber médico de respetar y promover la vida humana sería el de asegurar un aporte nutricional y de volumen adecuados a los requerimientos básicos de los pacientes en estado vegetativo persistente. No hacerlo, equivaldría a acelerar intencionalmente su muerte, pues se estarían omitir medidas que sabemos que necesariamente afectan la sobrevida. Por tanto, si esta omisión se hiciera por consideraciones “pseudo-beneficentes” (“compasión”), se trataría de un acto de eutanasia por omisión.

6.- Implementación práctica de la solución

Idealmente el aporte debería hacerse por vía enteral mediante una gastrostomía, debido al riesgo de aspiración que tienen estos pacientes y a la mayor facilidad de manejo que permite esta vía. Si esta posibilidad no existiera, podría realizarse el aporte mediante una sonda naso-enteral, cuidando todos aquellos detalles de manejo del paciente que puedan ayudar a disminuir el riesgo de aspiración.

Sedación terminal y principio del doble efecto

Caso clínico

Paciente de 18 años, portador de leucemia linfóide aguda (LLA). Tratado con quimioterapia de primera línea, con respuesta parcial, por lo que se inicia tratamiento con drogas de segunda línea con respuesta completa. Estando en fase de consolidación, presenta cuadro de cefalea intensa, asociado a náuseas y vómitos. Estudio posterior demuestra recaída en SNC. Se maneja con quimioterapia de tercera línea y corticoides para la hipertensión endocraneana con respuesta no significativa y con importante toxicidad inducida por las drogas citotóxicas. No habiendo más medidas de tratamiento curativo, se decide iniciar manejo paliativo. Por presentar dolor refractario a manejo médico habitual se plantea utilizar opioides por bomba de infusión continua según requerimientos del paciente. Se prevé que las dosis utilizadas podrían tendrán importantes efectos secundarios: el paciente probablemente permanecerá en sopor profundo, con alteración del patrón respiratorio que requerirá suplementos de oxígeno y KNTR para el manejo de secreciones de vía aérea, sin descartarse el uso de sonda Foley para diuresis y/o SNG para alimentación.

Se plantea a la familia la alternativa de manejo propuesta, así como los riesgos y consecuencias, quienes finalmente aceptan la implementación de las medidas analgésicas.

Análisis ético

1.- Definición del dilema ético

Si bien el caso nos plantea una serie de dilemas éticos (proporcionalidad de medidas de alimentación en un paciente terminal; competencia de la familia para tomar decisiones; elección del lugar de permanencia del enfermo) la pregunta que analizaremos se refiere más bien a las consecuencias de las medidas de analgesia: **¿es correcto privar a alguien de su conciencia sólo para aliviar un síntoma?, ¿es éticamente lícito someter a una persona a medidas paliativas que impliquen riesgos importantes, incluso el de acortar la sobrevida?.**

2.- Referencia a principios éticos involucrados

De los 4 principios tradicionales de la Bioética (Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia), en este caso se ven fundamentalmente involucrados los 3 primeros. Es bastante claro que medidas como la analgesia están destinadas a hacerle un bien al paciente: quitarle el dolor, y de no tener otras consecuencias no merecería mayor análisis. Sin embargo, en este caso el principio de la **beneficencia** entra en conflicto con los otros dos. Por un lado tenemos efectos no deseados deletéreos (tendencia a hipoventilar, mal manejo de secreciones, necesidad de sonda Foley para manejo de orina, permanencia en hospital) que podrían llevar a mayores complicaciones (infecciones respiratorias o urinarias) y eventualmente podrían adelantar el fallecimiento del paciente, con lo que no se respetaría el principio de **no maleficencia**; por otra parte, el nivel de sedación alcanzado con los analgésicos le significa verse privado de la conciencia, y esto implica la inhabilidad para ejercer la **autonomía**. Debemos considerar, que la conciencia es uno de los principales bienes con que cuenta el hombre, por lo que privar a alguien de ella, sin causa muy justificada, es extremadamente grave.

3.- Información clínica éticamente relevante

Tenemos absoluta certeza tanto del diagnóstico como de la resistencia de la enfermedad a las medidas terapéuticas disponibles. En este momento, no quedan más alternativas de manejo con intención curativa (sin respuesta a tercera línea de quimioterapia, con toxicidad importante), y por lo tanto, de efectuar algún tratamiento, debiese ser con intención paliativa.

El dolor de este paciente se debe a la infiltración de las meninges por células tumorales y al edema causado por esta infiltración. El manejo de este síntoma pasa por la disminución del número de células malignas (que en este caso no es posible, por no responder a quimioterapia y haber sido irradiado previamente en la misma zona afectada como parte del protocolo de tratamiento de LLA), y por la disminución del edema con corticoides (respuesta parcial). Debido a la pobre respuesta en la paliación de los síntomas a las medidas habituales, es necesario

utilizar analgésicos. Dentro de este grupo, las drogas de menor potencia (AINES, Paracetamol y opioides débiles) no parecen tener ningún rol debido a la severidad del cuadro en este paciente, al igual que los fármacos destinados a disminuir dolores de tipo neuropático (Gabapentina, Amitriptilina), por no ser éste el mecanismo que explica el origen del dolor. De los analgésicos que tendrían algún rol en este paciente tenemos a los opioides de mayor potencia. Todos comparten los mismos efectos adversos a dosis equipotentes, principalmente retención urinaria, depresión respiratoria y sedación. Es por esto que usualmente se implementan medidas especiales en pacientes con tales niveles de opioides: Sonda Foley (para diuresis), SNG (para alimentación), suplementos de O₂ y KNTR (para manejo de secreciones de vía aérea). Estas medidas no están exentas de complicaciones (infecciones urinarias y respiratorias).

4.- Alternativas de acción

En base a la información clínica disponible, podemos plantear tres posibles conductas a seguir:

- Definir otros síntomas a paliar, sin utilizar drogas que pudieran afectar su nivel de conciencia. Tendríamos un paciente despierto, pero con cefalea invalidante.
- Dar analgésicos según requerimientos del paciente, aunque eso signifique un compromiso de conciencia importante (sopor profundo).
- Dar analgésicos con un tope según el grado de conciencia máximo tolerado. Probablemente el paciente estaría con un compromiso de conciencia farmacológico de menor intensidad (somnia), confuso y con cefalea intensa, sin poder asegurar una adecuada relación con el medio externo.

5.- Propuesta de solución ética

Es situación, muy corriente en medicina paliativa, pone al médico en la posición de elegir entre realizar o no un determinado acto, a sabiendas de que tiene efectos secundarios evidentemente adversos. En relación a esto surge la teoría del **doble efecto**. Este principio señala algunas con-

diciones que deben darse para que un acto que tiene dos efectos – uno bueno y uno malo – sea moralmente lícito. Estas condiciones son:

- **que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente;**
- **que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino sólo tolerado;**
- **que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo;**
- **que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.**

Es necesario, por lo tanto, distinguir claramente entre el acto en sí, la intencionalidad de la acción, el efecto deseado y los efectos secundarios.

En el caso que estamos analizando, la motivación es proporcionarle al paciente una mejor calidad de vida, entendiendo esto como un bienestar no solo físico, sino también psicológico, social y espiritual. La acción es administrarle al paciente opioides parenterales en dosis suficiente para conseguir un efecto bueno, esto es, eliminar un síntoma deletéreo.

Es importante recalcar que la dosis de analgésico utilizada para producir un efecto bueno es tan elevada, que produce el efecto malo (privar al paciente de conciencia y eventualmente acortarle la sobrevida), pero la elección de droga y dosis no busca, y si fuera posible evitaría, tales consecuencias. La relación entre sedación y analgesia no es causa-efecto, sino que ocurren en forma independiente; no sería lo mismo, si usáramos otros fármacos que por su efecto depresor de la conciencia impidiese al paciente percibir el dolor. Probablemente lo más difícil de establecer en este caso es la proporcionalidad entre el bien conseguido y el daño producido, debemos recordar que los cuidados paliativos buscan el bienestar del paciente como un todo (Biológico, psicológico, social, espiritual) y debemos tener en consideración los intereses que existan en estas otras esferas para evaluar la proporcionalidad de las consecuencias de nuestras acciones; alguien puede preferir mantener la conciencia a pesar del dolor para participar de determinados eventos familiares, o preferir sentir algún grado de dolor porque tiene para esta persona un sentido religioso del que no quiere verse privado. En el caso que estamos analizando, la relación médico-paciente previamente establecida

permitió tener fundados conocimientos respecto de las preferencias del paciente, por lo que, en conjunto con la familia, se tomó la decisión de privilegiar las medidas de analgesia aún a costa de la sedación.

6.- Implementación práctica de la solución

Para asegurarnos de proporcionar al paciente el máximo confort posible, no basta con paliar el síntoma principal: de poco sirve tener un paciente sin cefalea, pero muriendo deshidratado. Por lo tanto se implementaron no solo las medidas de analgesia, sino también de alimentación (SNG, bien instalada, revisada con frecuencia, por la que se administran papillas), diuresis (Sonda Foley para evitar globo vesical), uso de laxantes (para evitar constipación inducida por opioides), suplementos de O₂ y KNTR.

Los requerimientos de analgésicos del paciente serán evaluados diariamente, así como el nivel de compromiso de conciencia que presenta y las medidas suplementarias que es necesario implementar, por lo tanto la conducta seguida está sujeta a posibles modificaciones según cambien las circunstancias a las que esté sometido el paciente, su familia y el equipo de salud.

Comunicación en Medicina Paliativa

Caso clínico

Paciente de 65 años, portadora de Carcinoma pulmonar de células pequeñas diagnosticado hace 8 meses. Desde entonces ha recibido un ciclo de radioterapia localizada y dos ciclos de quimioterapia, sin resultados satisfactorios, presentando recidiva local y múltiples metástasis óseas, dolor pleural de difícil manejo, anorexia y caquexia severas y disnea de pequeños esfuerzos.

Debido al marcado compromiso del estado general, la paciente es hospitalizada. Mientras se realiza el ingreso, se constata que la paciente no conocía el diagnóstico ni el pronóstico. Se consulta a la familia los motivos para ocultar la información, respondiendo que era “para protegerla, porque no sería capaz de enfrentar la verdad”. Durante la conversación queda claro que la paciente no tenía un compromiso cognitivo significativo y que no existen alteraciones del ánimo de importancia.

Se plantea el dilema acerca de la necesidad de revelar a la paciente su condición de terminalidad.

Análisis ético

1.- Definición del dilema ético

El caso anterior nos presenta un problema ético frecuente en el manejo de la información en los pacientes terminales: **¿es lícito no entregar toda la información al paciente?, ¿podría un paciente negarse a recibir parte de la información?** Las implicancias de estas preguntas, nos abren una serie de otras interrogantes respecto al rol de la familia (¿pueda la familia solicitar no revelar parte de la información al paciente?) y a la toma de decisiones (si el paciente no puede tomar las decisiones por carecer de la información necesaria, ¿quién puede decidir?)

2.- Referencia a principios éticos involucrados

En este caso debemos hacer referencia a 3 de los principios fundamentales de la bioética: **Autonomía, Beneficencia y No maleficencia.**

La **Autonomía** se entiende como *el derecho que tiene cada individuo de tomar decisiones respecto de las posibles intervenciones médicas*; para esto es fundamental tener la información adecuada respecto al diagnóstico y pronóstico, a las posibles medidas a implementar y a las posibles consecuencias de cada alternativa propuesta. Por otra parte, el principio de **Beneficencia** nos insta a realizar las acciones necesarias para mejorar las condiciones de salud de nuestros pacientes y/o su calidad de vida. Dado que Autonomía es vista como un bien, en relación al principio de Beneficencia, es nuestro deber procurar todas las condiciones para respetar la independencia de nuestros enfermos. Sin embargo es planteable que al dar “malas noticias” causemos un daño innecesario al paciente, contraviniendo así el principio de **No maleficencia.**

3.- Información clínica éticamente relevante

Tanto el diagnóstico como el pronóstico de esta paciente son seguros, por lo que tampoco existen dudas sobre la conducta a seguir desde un punto de vista meramente técnico.

En la entrevista quedó claro que no existían alteraciones cognitivas significativas ni alteraciones del ánimo de importancia, por lo que no existiría ningún problema en el procesamiento de la información (competencia).

La paciente cuenta con una buena red de apoyo: vive con su hijo y la señora de éste; tiene más familiares que la visitan regularmente y se preocupan de ella.

4.- Alternativas de acción

Las posibles alternativas de acción son bastante claras:

- Entregar información respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento a la paciente, para comenzar a discutir con ella las decisiones sobre medidas a implementar, en contra de la voluntad de los familiares.
- No entregarle a la paciente más información que la proporcionada por la familia, y mantener el esquema de toma de decisiones, teniendo como interlocutor válido a la familia.
- Evaluar cuál es el nivel de información que desea recibir la paciente.

5.- Propuesta de solución ética

Podemos presumir que la paciente tiene algún grado de conocimiento respecto de la situación pues se trata de una paciente sin compromiso cognitivo ni afectivo, con síntomas importantes, que se encuentra hospitalizada. En atención a los principios en conflicto y la información clínicamente relevante, por tanto parece prudente entrevistar a la paciente en forma independiente para indagar si ella quiere recibir información más detallada en relación al diagnóstico y pronóstico.

Lo más habitual es que el paciente desee recibir la información completa, ya sea para confirmar sus sospechas, como para tomar decisiones en relación al manejo futuro. Sin embargo, no es infrecuente encontrar pacientes que manifiestan de forma verbal o no verbal su deseo de no saber. A primera vista esta opción podría sugerir que el paciente se niega a ejercer su autonomía en una situación límite. No obstante, una mirada más profunda nos muestra que se trata de una forma diferente de ejercer la autodeterminación (“derecho a no saber”); el paciente puede tomar decisiones diferentes a las que nosotros tomaríamos. Esas opciones podrían parecer “no libres” o incorrectas, si no se tiene el cuidado de verificar que en realidad son el resultado de una serie de factores culturales, espirituales, sociales, económicos, etc.

Resultaría, por lo tanto, una violación a su Autonomía el proporcionarle más información de la solicitada, aunque lo hiciésemos con la intención de respetar su derecho a la autodeterminación.

En relación a las frecuentes solicitudes de las familias de no entregar mayor información a sus parientes, desde el punto de vista ético es necesario explorar la motivación principal de estas solicitudes. En ocasiones ellas corresponden a un pseudo paternalismo, que intenta proteger a los seres queridos del sufrimiento. En otros casos, estas solicitudes obedecen a un conocimiento más profundo del paciente (características psicológicas, preferencias, creencias, etc.). Por último, la motivación podría surgir de otros intereses que no necesariamente corresponden a lo que es mejor para el enfermo. Es parte de la labor médica indagar estas motivaciones para que el manejo de la información siempre tienda a beneficiar al paciente, y posibilitar el ejercicio de su autonomía.

6.- Implementación práctica de la solución

Se entrevistó a la paciente en forma independiente. Aunque esta medida inicialmente molestó a los familiares, finalmente estuvieron de acuerdo.

Durante la entrevista insistió en repetidas oportunidades en su deseo de que todas las decisiones sobre el tratamiento fueran discutidas con su familia, y que no tenía ningún interés en tener más información sobre su diagnóstico y pronóstico.

En vista del resultado de la entrevista se decide no revelar el diagnóstico ni el pronóstico a la paciente, evaluándose todos los cambios de la terapia con los familiares.

En conjunto con la familia, se toma la decisión de cambiar la terapia para el dolor, se inicia acetato de megestrol para manejar la anorexia, y se administra oxígeno intermitente y morfina subcutánea para manejar la disnea. Presentó mejoría en el estado general, por lo que fue dada de alta, falleciendo en su domicilio dos meses después, con buen control de los síntomas.

Epílogo

Educar en el proceso de morir: La experiencia de la Clínica Familia

La Clínica Familia tienen una experiencia de 18 años, impulsada por la Iglesia Católica para acoger al enfermo en su alma y su cuerpo, bajo el liderazgo del Padre Baldo Santi, y reconocida en el año 2001 por la **Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos**.

Todas sus actividades (asistenciales, educativas, académicas, extensión e investigaciones) han estado enmarcadas en las normas y recomendaciones del Consejo Pontificio para la Pastoral de los Operadores Sanitarios, contando con el apoyo de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Su desarrollo sin límites geográficos cumple los criterios de salud establecidos, manteniendo indicadores de calidad en la atención a un bajo costo.

Tiene la **visión** de orientar el comportamiento humano en la fuerza del **amor**, dando sentido al sufrimiento a través de dos **misiones**: acoger, acompañar y asistir al enfermo en compañía de sus familiares y promover un estilo de vida sana, fortaleciendo el rol primordial de la familia. Para servir en el camino del amor, como el Buen Samaritano, contempla cuatro **estrategias**:

1. El **Modelo familiar de Educación y Asistencia**, donde la familia sienta que tiene un lugar importante para expresar sus potencialidades, en permanente unión y comunión con el enfermo. Las familias pueden permanecer las 24 horas con el enfermo y participar en su atención, insistiendo en la importancia de su presencia en especial al realizar algún procedimiento o en la visita médica.
2. La **motivación a integrar y enfrentar el dolor** que es parte de la vida, tiene un sentido y es una forma de crecimiento y purificación para convertirse en adulto. “Una vida humana sin dolor no existe, y

quien no es capaz de aceptar el dolor rechaza la única purificación que nos convierte en adultos” (Ratzinger, 1997). El ser humano desde que nace hasta que muere experimenta dolor y sufrimiento. Al elaborarlos, en vez de ocultarlos, tenemos la oportunidad de crecer.

3. El **enfoque de atención digna**. La asistencia está dirigida de preferencia a los pacientes con menos recursos, más necesitados, abandonados y/o discriminados en la sociedad. Por lo tanto, entendemos como “digno” el mejor servicio posible. Así valoramos en primer lugar el amor, luego el profesionalismo y finalmente el factor económico e infraestructura.
4. La **integración de los aspectos físicos, psicosociales y espirituales**. Esta integración debe ser primero en el desarrollo personal, luego familiar, para después aplicarlo en lo profesional. Se relaciona con la **Pastoral Sanitaria** que integra la fe y la ciencia. Ingresan enfermos de distintas religiones, a los que se ayuda a desarrollar el aspecto espiritual de su creencia. A los no creyentes sólo se les sirve, sin imponer el propio credo. Sin embargo ningún paciente en esta experiencia, ha fallecido no creyente.

Experiencia Educativa

El área educativa de la Clínica Familia contempla la educación al enfermo y su familia, al personal y programas de extensión a la comunidad, junto a la integración docente asistencial, desarrollada desde el área académica que incluye actividades de pre grado, post grado e investigaciones. En los **encuentros educativos ofrecidos a las familias de los enfermos**, los contenidos y valores implícitos, se adaptan a las necesidades de cada familia según sus valores. Al investigar la formación de éstos en las familias de los enfermos terminales atendidos en la Clínica Familia, se observó una jerarquía valórica asociada a un mayor bienestar de los familiares y enfermos.

Preferencia Jerárquica	Valores
Mayor	La vida Dios La familia El amor La persona
Intermedia	Educación Bienestar psíquico y físico (salud física) Sufrimiento (como parte de la vida y una oportunidad de aprendizaje) Vida eterna (como ayuda para enfrentar la muerte en el creyente)
Baja	Dinero (incluye valoraciones por lo externo)

De acuerdo a las dimensiones establecidas para dicho estudio, los valores de mayor preferencia se relacionarían con la dimensión del mundo interno (transcendentales, familiares, psicosociales e intelectuales), luego los valores relacionados con la dimensión corporal fisiológica y en la jerarquía inferior lo relacionado con el mundo externo.

Dimensiones	Valores	Indicadores
Relación con el mundo externo, no humano	Útiles-técnicos (agrado y desagrado)	Interés por dinero, Bienes materiales Actividades técnicas
Relación corporal fisiológica de sí mismo y los demás (mundo interno-externo)	Vitales – físicos	Salud (física) Práctica deportivas. Interés en el desarrollo desde nacer... muerte?
Relación con el mundo interno, espiritual-psi-cosocial	Estéticos (belleza)	Contempla el arte-naturaleza Crea arte Interés por la educación
	Intelectuales (verdad)	Lectura Prácticas de enseñanza Trabajo
	Psicosociales	Amistad (convivencia) Bienestar psíquico (estado de ánimo) Crecimiento con el sufrimiento
	Familia (comunidad)	Interés por pertenecer a una familia (seguridad) Amor (satisfacción) vida familiar Preferencias similares a los padres Actividades de solidaridad con familia y otros
	Morales-éticos (bien)	Interés, libertad, responsabilidad, respeto Justicia-equidad Acciones mundo en paz
	Trascendentes	Sentido del mundo, la persona y la vida Cree en Dios Vida eterna (esperanza)

La asistencia y educación desde el punto de vista cuantitativo, se resumen en la Tabla 1 y 2 respectivamente:

Tabla 1: Resumen asistencia hospitalaria y ambulatoria de pacientes vivos y fallecidos (al 30-05-04)

Asistencia	Pacientes vivos	Pacientes fallecidos	Total N° (%)	Tasa Mortalidad H.
Hospitalizado Clínica Familia	20 Hospitalizado 316 (alta-reingreso)	703	1.039 (23.7)	67.6
Ambulatoria	2.493	855	3.348 (76.3)	25.5
Total	2.829	1.558	4.387 (100)	35.5

Tabla 2: Resumen area educativa – academica pastoral de salud (al 30-05-04)

Participantes Por Area	N°
Paciente y familia	3.151
Personal – voluntarios	203
Integración Docente Asistencial Pre grado y Post grado	557
Extensión a la comunidad	13.476
Total	17.387

Anexos

Más información en Internet

Asociaciones

Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos

www.hospicecare.org

Sociedad Española de Cuidados Paliativos

www.secpal.com

Asociación Canadiense de Cuidados Paliativos

www.chpca.net

Revistas

American Journal of Hospice and Palliative Care

www.hospicejournal.com

International Journal of Palliative Nursing

www.markallengroup.com/ijpn

Journal of Clinical Oncology

www.jco.org

Journal of Palliative Medicine

www.liebertpub.com/jpm

Otras instituciones

Departamento de Control de Síntomas y Cuidados Paliativos

MD Anderson Cancer Center, Universidad de Texas

www.mdanderson.org/Departments/palliative/

Academia Americana de Hospicios Medicina Paliativa

www.aahpm.org

Programa de cuidados paliativos. Universidad de Harvard

www.massgeneral.org/palliativecare/

Centro de Recursos educacionales en Cuidados Paliativos

www.eperc.mcw.edu

Grupos de pacientes específicos

Guía para cuidados domiciliarios en pacientes oncológicos

www.aconline.org/public/h_care/contents.htm

Cuidados Paliativos en Pediatría

www.promotingexcellence.org/childrens

Cuidados Paliativos en Pacientes VIH

hab.hrsa.gov/tools/palliative

Índice farmacológico

Analgésicos Opioides

Codeína+Paracetamol	CODEIPAR DOLEAN	Comprimidos: Paracetamol 500mg + Codeína 15-30-60mg
Tramadol	EUFINDOL TRAMAL TRAMADOL ZODOL	Comprimidos 50mg Ampolla 100mg/2ml Gotas 100mg/ml
	TRAMAL LONG	Comprimidos 100-150-200mg
+Paracetamol	ZALDIAR	Comprimidos: Tramadol 37.5mg + Paracetamol 325mg
Meperidina	DEMEROL PETIDINA	Ampolla 100mg/2ml
Metadona	AMIDONA METADONA	Ampolla 10mg/2ml
Morfina	Oral	M-ESLON Comprimidos 10-30-60- 100mg
	ev	MORFINA Ampolla 10mg/ml Ampolla 20mg/ml
Oxicodona	OXYCONTIN	Comprimidos 10-20-40mg

Analgésicos no opioides

Diclofenaco	ARTREN 50 DICLOFENACO FLOTAC LERTUS	Comprimidos 25-50mg Supositorios 50mg Ampolla 75mg/3ml
Ibuprofeno	BEDIATIL IBUPIRAC IBUPROFENO IPSON NIOFEN	Comprimidos 200-400- 600mg Jarabe 100-200mg/5ml Gotas 40mg/ml
Ketorolaco	DOLGENAL KETOROLACO NETAF	Comprimidos 10mg Ampolla 30mg
Metamizol	BERALGINA CONMEL DIPIRONA METAMIZOL	Comprimidos 300-500mg Gotas 500mg/ml Supositorios 250mg Ampolla 1gr/2ml
Naproxeno	EUROGESIC NAPROGESIC NAPROXENO	Comprimidos 275-550mg
Paracetamol	KITADOL PANADOL PARACETAMOL ZOLBEN WINASORB	Comprimidos 500mg Jarabe 120-160mg/5ml Gotas 100mg/ml Supositorios 125-250mg
Piroxicam	FABUDOL PIROXICAM	Comprimidos 10-20mg

Anticolinérgicos

Flavoxato	BLADURIL	Comprimidos 200mg
Oxibutinina	ODRANAL URAZOL URICONT	Comprimidos 5mg Jarabe 5mg/5ml
Tolteradina	DETRUSITOL	Comprimidos 2mg
Trospio	SPASMEX	Comprimidos 30mg

Anticonvulsivantes

Ac. Valproico	ATEMPERATOR CONVULEX DEPAKENE NEURACTIN VALCOTE	Comprimidos 125-200- 250-400-500mg Jarabe 250mg/5ml
Carbamazepina	CARBACTOL R CARBAMAZEPINA TEGRETAL	Comprimidos 200-400mg Jarabe 100mg/5ml
Gabapentina	DINEURIN NORMATOL	Comprimidos 300-400- 600-800mg
Topiramato	TOPAMAX TOPREL	Comprimidos 25-50-100mg

Antidepresivos

Amitriptilina	AMITRIPTILINA	Comprimidos 25mg
Citalopram	ACTIPRAM CIMAL CIPRAMIL SETRONIL TEMPERAX	Comprimidos 20-40mg
Fluoxetina	ACTAN ANISIMOL CLINIUM FLUOXETINA PRAGMATEN PROZAC SOSTAC TREMAFARM	Comprimidos 20mg
Imipramina	IMIPRAMINA TOFRANIL	Comprimidos 25mg
Proxetina	AROXT POSIVYL SERETRAN	Comprimidos 20mg
Sertralina	ALTRULINE DEPRAX ELEVEL EMERGEN IMPLICANE SEDORAN SERTRALINA	Comprimidos 50-100mg
Trazodona	TRANT TRITTICO	Comprimidos 25-75-100-150mg

Antieméticos

Cisaprida	CISAPRIDA GASTROKIN PREPULSID	Comprimidos 5-10mg Gotas 5mg/ml
Difenhidramina	PASIFEN SOMOL	Comprimidos 25mg Jarabe 2.5mg/ml
Escopolamina	ESCOPOLAMINA	Ampolla 20mg/ml
+ Metamizol	COLSEDAN DOLCOPIN	Gotas: Metamizol 333.4 mg+escopolamina 6.67 mg/ml
Metoclopramida	METOCLOPRAMIDA HEMIBE ITAN	Comprimidos 10 mg Jarabe 1.85mg/ml Ampollas 10mg Gotas 1mg/10gts
Ondansertron	AMILENE GARDOTON IZOFAN ODANEX ONDANSERTRON	Comprimidos 4-8mg Ampolla 4mg/2ml Ampolla 8mg/4ml Supositorio 16mg
Tietilperazina	TORECAN	Comprimidos 6.5mg Supositorios 6.5mg Ampolla 6.5mg/ml

Antipsicóticos

Clorpromazina	CLOPRIMAZINA LARGACTIL	Comprimidos 25-100mg
Haloperidol	ALTERNUS HALDOL HALOPERIDOL	Comprimidos 0.5-1-5mg Gotas 2mg/ml Ampolla 5mg/ml
Levomepromazina	SINOGAN	Comprimidos 25mg
Olanzapina	ZYPREXA	Comprimidos 5-10mg
Quetiapina	QUETIDIN SEROQUEL	Comprimidos 25-100- 200mg
Risperidona	RISPERDAL SPAX SPIRON	Comprimidos 1-2-3mg Gotas 1mg/ml

Benzodiazepinas

Alprazolam	ALPRAZOLAM TRCALMA ZOTRAN	Comprimidos 0.25-0.5-1- 2mg
Clonazepam	CLONAPAM NEURYL RAVOTRIL VALPAX	Comprimidos 0.5-1-2mg Ampolla 1mg/ml
Diazepam	DIAZEPAM	Comprimidos 5-10mg Ampolla 10mg/2ml
Lorazepam	AMPARAX LORAZEPAM	Comprimidos 1-2mg Ampolla 4mg/ml
Midazolam	DORMONID MIDAZOLAM NOCTURA	Comprimidos 7.5-15mg Ampolla 5-15-50mg

Corticoides

Dexametasona	DEXAMETASONA ORADEXON	Comprimidos 0.5mg Ampolla 4mg/ml
Prednisona	BERSEN CORTIPREX METICORTEN PREDNISONA	Comprimidos 5-20-50mg Jarabe 1mg/ml

Psicoestimulantes

Metilfenidato	RITALIN ARADIX	Comprimidos 5-10-20mg
---------------	-------------------	-----------------------

Reguladores del tránsito intestinal

Bisacodilo	ALSYLAX	Grageas 5 mg Supositorios 10 mg
Lactulosa	DISMAM DUPHALAC LACTULOSA RENCEF	Solución 66% 200ml Solución 66% 1L
Loperamida	CAPENT COLIPER LOPEDIAR LOPERAMIDA	Comprimidos 2 mg Gotas 2mg/ml

Otros

Acetato de Megestrol	MEGACE MESTREL	Comprimidos 40-160mg Solución 200mg/ml
Baclofeno	LIORESYL	Comprimidos 10mg
Ciproheptadina	GRISÉTIN CON CARNITINA	Jarabe 2mg ciproheptadina + 200mg carnitina / 5ml