

## *Cuidados Paliativos en el Paciente con Cáncer en la Atención Primaria de Salud*

**Dra. Marcela González O.**

*Médico Familiar*

*Médico Unidad de Cuidados Paliativos  
SSMSO*

**Dra. Luz Eugenia Montero O.**

*Médico Familiar*

*Docente Departamento de Medicina  
Familiar  
Pontificia Universidad Católica de  
Chile*

Correspondencia a:

Marcela González Otaíza

E-mail: mgonzalez\_otaiza@hotmail.com

Luz Eugenia Montero Ossandón

E-mail: luzmonte@med.puc.cl

### RESUMEN

La prevalencia de enfermedades terminales ha ido en aumento y junto con ésta se ha comenzado a desarrollar el área de cuidados paliativos en Chile, manifestado por su incorporación en el plan AUGE (por ahora sólo en los pacientes con cáncer). En este artículo revisaremos la definición, los principios y las bases terapéuticas de los cuidados paliativos y la forma de llevarlas a cabo en Atención Primaria en nuestro país, con un especial énfasis en los pacientes con cáncer terminal.

**Palabras clave:** cuidados paliativos, cáncer, terapia, dolor.

### PALLIATIVE CARE IN CANCER PATIENTS AND PRIMARY CARE

*The prevalence of terminal diseases has increased in Chile and with it there has been developed progressively the palliative care area, which has been incorporated to the AUGE plan (but only for patients with cancer). In this article we will review the definition, the principles and the therapeutic bases of palliative care and how to implement some of them in primary care in our country, with a special focus in patients with terminal cancer.*

**Key words:** palliative care, cancer, therapy, pain.

### INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida, unido a los avances en los métodos diagnósticos y terapéuticos han favorecido un incremento en la prevalencia de enfermedades avanzadas e incurables susceptibles de recibir cuidados paliativos.

Éstos son aplicados en todas aquellas enfermedades que cursan con un cuadro progresivo e incurable (cáncer, SIDA, demencias, etc.); el abordaje de esta revisión será enfocado hacia el paciente con cáncer, dada la magnitud del problema y a su incorporación el año 2002 dentro de los protocolos del plan AUGE<sup>1</sup>.

De acuerdo a las normas vigentes, las Unidades de Dolor y Cuidados Paliativos se ubican en los niveles secundarios de cada Servicio de Salud, y la Atención Primaria debe recibir al paciente en **condición estable**, es decir, a los pacientes que tienen controlado el dolor y los otros síntomas. El rol fundamental en el nivel primario será el control y seguimiento de los síntomas, y la educación para el autocuidado al paciente y a

su familia, enfatizando además, en este nivel, el desarrollo y consolidación de la red de apoyo social y espiritual.

No cabe duda, de que estos pacientes y sus familias, podrían tener una experiencia más positiva en la última fase de su vida, si se les cuidara dentro de su propio ambiente. La Atención Primaria resulta, por lo tanto, el medio más adecuado para prestar estos cuidados; las condiciones de accesibilidad, continuidad, el trabajo en equipo, el conocimiento del entorno familiar y comunitario, así como la posibilidad de ofrecer una atención integral en el domicilio, hacen que los profesionales de ésta constituyan el recurso más lógico e idóneo para la atención de las personas con enfermedades terminales.

### Definición

Paliar viene del latín *palliare, pallium* que significa capa, manto. En los cuidados paliativos los síntomas son **cubiertos** con tratamientos cuyo objetivo esencial es proporcionar confort.

La OMS define los cuidados paliativos como "Los cuidados apropiados para el

*paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia*"<sup>2</sup>.

El paciente se encuentra en una situación de enfermedad avanzada, con muchos síntomas y con múltiples causas de sufrimiento en la esfera biopsicosocial, que se conoce como **Dolor Total**, es decir, no sólo hay un dolor físico, sino que hay un sufrimiento en la esfera emocional, social y espiritual<sup>3</sup>.

Los elementos fundamentales que definen la **enfermedad terminal** son<sup>4</sup>:

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

#### Principios del tratamiento en los cuidados paliativos

Basados en la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)<sup>4</sup>.

- Atención Integral, evaluando al paciente en los aspectos biopsicosociales y contemplando además la esfera espiritual.
- El enfermo y la familia son la unidad a tratar.

- Se debe promover la autonomía y la dignidad del enfermo.
- Concepción terapéutica activa.
- Importancia del ambiente donde se le proporcione comodidad, confianza y seguridad, idealmente su domicilio.

Para profundizar en estos aspectos se sugiere visitar la página web de la SECPAL<sup>18</sup>.

### BASES TERAPÉUTICAS EN MEDICINA PALIATIVA

#### 1. Control de síntomas

Consiste en saber *Reconocer, Evaluar y Tratar* adecuadamente los numerosos síntomas. Mientras algunos síntomas se podrán controlar (como el dolor y los vómitos), en otros será preciso promocionar la adaptación del enfermo a los mismos (como la astenia y la anorexia).

Los principios generales para el control de síntomas son<sup>4</sup>:

- Evaluar antes de tratar.** Evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener cáncer. No siempre el cáncer es el causante de los síntomas; éstos pueden ser debidos a los tratamientos recibidos o bien, causados por alguna comorbilidad.
- Explicar las causas de los síntomas**, así como las medidas terapéuticas a emplear, en términos que el paciente pueda comprender.
- La estrategia terapéutica siempre será mixta**, es decir, con medidas farmacológicas y no farmacológicas.
- El tratamiento siempre debe ser individualizado.**
- Monitorización de los síntomas**, que puede ser con instrumentos de medida estandarizados (como la escala visual analgésica: EVA) y otros sistemas de registro (por ejemplo, el diario personal).

- Dar instrucciones correctas y completas** sobre el tratamiento, detallando muy bien los medicamentos, dosis, intervalos, vías de administración y posibles efectos secundarios. También es importante que el enfermo sepa para qué sirve cada uno de los fármacos (idealmente dejar por escrito en una planilla con letra legible).
- Síntomas constantes, tratamiento preventivo:** aquellos síntomas permanentes, como el dolor, deben recibir medicamentos en forma fija, no a demanda. Además, es frecuente que con el uso de ciertos fármacos, como los opiodes, se produzcan reacciones adversas para las cuales hay que anticiparse y prescribir los medicamentos necesarios para prevenir que estas reacciones aparezcan o que, al menos, sean más tolerables.

#### 2. Apoyo emocional y comunicación

**La comunicación con el paciente:** Constituye una de los ejes centrales de la medicina paliativa<sup>5</sup>. El proceso de atención integral, no se puede conseguir si el profesional de salud no establece una comunicación adecuada con el paciente, que contemple la respuesta a sus dudas y miedos.

Las bases de una buena comunicación con el paciente, en el contexto de la medicina paliativa, cobran una importancia primordial; es por eso que se debe hacer énfasis en:

- Permitir expresar sentimientos y miedos en un clima de confianza y seguridad.
- Transmitir aspectos afectivos que hagan sentir que el paciente no va a ser abandonado ni rechazado.
- Debe basarse en la escucha activa.
- El lenguaje no verbal adquiere gran relevancia: el contacto visual, la postura del cuerpo, la expresión facial deben mostrar cercanía y comprensión.



**ACTUALIZACIONES EN CLÍNICA**

Muchas veces las preocupaciones más importantes para el paciente no coinciden con las de la familia o las de los profesionales. Aquí las preguntas claves son: **“¿Qué es lo que más le preocupa?”** (Se facilita la identificación y priorización de los problemas). **“¿Qué es lo que más podría ayudarle en este momento?”** (Para dirigir los esfuerzos hacia ello). Esto también debe aplicarse a la familia, en especial, al cuidador principal<sup>6</sup>.

Encontrarse próximo a la muerte implica para el paciente transitar por una serie de pérdidas, una de las más importantes es la pérdida de autonomía, lo que provoca un sentido de impotencia frente a las situaciones más simples de la vida diaria, y que lleva a experimentar un sentimiento de desesperanza e inutilidad. La sensación de control se puede mantener respetando y facilitando la toma de decisiones por parte del paciente y promoviendo la actividad en las tareas que pueda realizar.

**La comunicación con la familia**

El proceso de comunicación con la familia tiene similares fundamentos a los comentados con el paciente. Es muy importante evitar la aparición de *“la conspiración del silencio”* en la que la familia impide cualquier comunicación con el enfermo que suponga que éste se entere de su diagnóstico y pronóstico con el fin de *“protegerlo”* del sufrimiento derivado al conocer la realidad. La información otorgada debe ser entregada en forma gradual y al ritmo que el paciente y la familia precisan.

Los contenidos de la comunicación con la familia tienen que estar dirigidos a la resolución de sus miedos, culpas y dudas, así como a los distintos aspectos técnicos que capaciten a los familiares el cuidado del paciente en el domicilio. En estas circunstancias, la actuación del equipo puede prevenir una claudicación familiar<sup>7</sup>.

Las intervenciones en la familia deben incluir el asesoramiento adecuado para que sea capaz de realizar la mayor parte de los cuidados del enfermo. En todos los encuentros con el cuidador principal debe incluirse el abordaje del área afectiva de éste, como realizar el reconocimiento explícito de la importancia de su labor (**“¡Ud. lo está haciendo muy bien!”**, **“¡Qué bien cuidado está el paciente!”**). Este último aspecto además de incrementar la autoestima de la persona, será un elemento afectivo que ayudará en el futuro, al enfrentarse a la pérdida del ser querido. Resulta menos doloroso elaborar un duelo sintiendo que le entregó todo su afecto y cuidado al ser querido hasta el final de sus días<sup>6</sup>.

Al igual que el paciente frente a la muerte próxima, la familia inicia un **duelo anticipatorio** donde progresivamente se va aceptando la realidad y se va preparando para la pérdida definitiva.

La psiquiatra Elizabeth Klüber Ross<sup>8</sup> estableció a través de sus investigaciones, una serie de etapas emocionales por las que atraviesa el paciente y su familia frente al diagnóstico de una enfermedad terminal. Estas fases no siguen una secuencia rígida y pueden al-

ternarse o repetirse en la persona; tampoco se correlaciona la fase que vive el paciente y la que vive su familia (por ejemplo, el paciente puede haber aceptado su enfermedad y la familia seguir en la etapa de rabia). Es importante reconocer en qué etapa está el paciente y su familia para facilitar la comprensión y apoyo de ellos y para entender, por ejemplo, que la ira proyectada muchas veces hacia algún miembro de la familia o hacia el equipo de salud es parte de este proceso de adaptación (Figura 1).

**3. Trabajo en equipo**

El concepto de equipo es esencial en los cuidados paliativos debido a las múltiples necesidades que presenta el paciente y la familia y que un solo profesional no podría cubrir; además de mejorar la calidad asistencial del paciente y la familia, con el trabajo en equipo se previene el síndrome de desgaste profesional (*“Burnout”*)<sup>9</sup>.

**¿CÓMO ALIVIAR EL DOLOR?**

El dolor en pacientes con cáncer es de origen multicausal y de naturaleza compleja. Es siempre subjetivo y, por lo tanto, es una experiencia *única*.

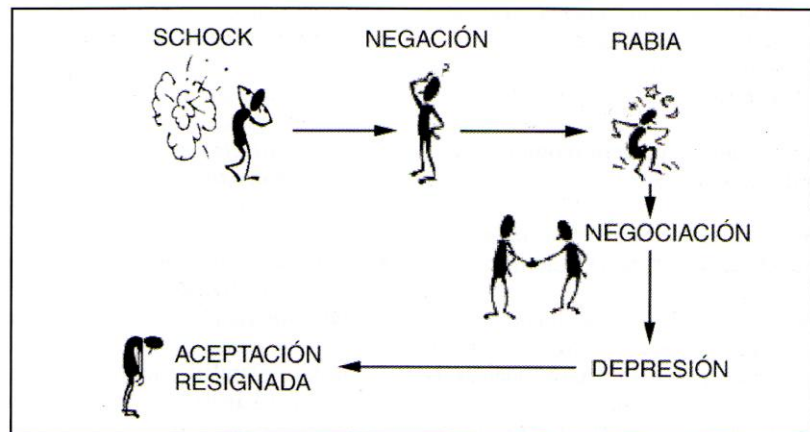


Figura 1. Respuesta de adaptación al diagnóstico de cáncer (Klüber Ross).

El dolor no tratado es un determinante clave del deterioro de la calidad de vida debido a que disminuye la actividad del enfermo, interfiere con el apetito, con el sueño, su estado anímico, y conlleva a la pérdida del autocontrol y autonomía. Los pacientes con cáncer frecuentemente pierden la esperanza cuando aparece el dolor y presumen el progreso de la enfermedad. La calidad de vida de los pacientes con dolor es significativamente menor si se compara con los pacientes con cáncer que no lo padecen<sup>10</sup>.

De todos los aspectos semiológicos del dolor, por todos conocidos, uno de los puntos relevantes a resaltar, tiene que ver con el tipo de dolor de acuerdo a sus características clínicas y que están relacionadas al sitio (órgano) de activación del impulso doloroso; de acuerdo a esto, existen dos clases de dolor que presentan cuadros diferentes y distinguibles: el dolor nociceptivo (somático y visceral) y el dolor neuropático.

El **dolor somático** se genera en la activación de los receptores para el dolor (nociceptores) localizadas en estructuras somáticas (piel, huesos, articulaciones, músculos y tendones), los cuales producen sensaciones de dolor muy bien definidas y localizadas debido a la capacidad discriminatoria de estos receptores.

El **dolor visceral** se presenta como producto de la compresión, isquemia, contractura y dilatación sanguínea o de estructuras viscerales (intestino, peritoneo, hígado, etc.) las cuales se inervan principalmente con receptores viscerales y conectados al sistema neurovegetativo, que traducen un dolor de vaga localización, asociado a respuestas autonómicas (náuseas, vómitos) y que se describe como una presión, retorcijón o cólico.

El **dolor neuropático**, producido por lesiones del sistema nervioso central o periférico, no se genera en receptores de dolor, pero las zonas afectadas (plexos, SNC y periférico) generan impulsos

nerviosos espontáneos evocados que, siguiendo un curso anormal, van a producir la sensación dolorosa descrita como descarga eléctrica u hormigueo en áreas del cuerpo que tienen alterada la sensibilidad.

Cabe recordar que la manera de reconocer frente a qué tipo de dolor estamos es basándose en las características semiológicas que indagamos en el paciente, de ahí la importancia de una adecuada evaluación clínica. En muchas situaciones, puede coexistir más de un tipo de dolor. (Ejemplo: dolor visceral por cáncer de próstata asociado a dolor somático por metástasis óseas en el mismo paciente).

La importancia de reconocer el tipo de dolor radica en la elección del analgésico con el que mejor se beneficiará el

paciente. Así, para los dolores somáticos los AINES constituyen la primera opción y para el dolor de tipo neuropático, el grupo de los fármacos coadyuvantes tipo tricíclicos y anticonvulsivantes son la primera alternativa (Tabla 1).

Uno de los conceptos centrales en el manejo del dolor en medicina paliativa es conocer la **“escalera analgésica de la OMS”** y se basa en (Figura 2):

- Medicamentos en forma reglada y no a demanda.
- Administración por vía oral como primera elección.
- En forma escalonada.
- Utilizando coadyuvantes para mejorar el tratamiento del dolor.

Los medicamentos utilizados en cada peldaño se clasifican en:

Tabla 1. Tipos de dolor y respuesta a fármacos

Fármacos	Somático	Visceral	Neuropático
Aines	++++	+	-
Paracetamol	+++	+	-/+
Opiodes	+++	+++	+
Tricíclicos	-	-	++++
Anticonvulsivantes	-	-	++++

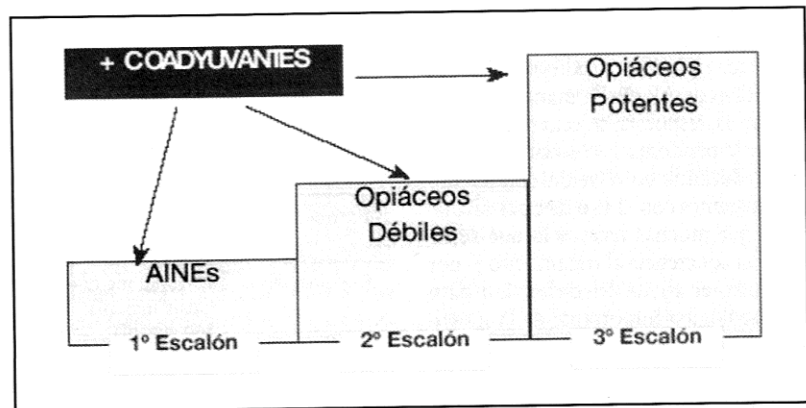


Figura 2. Escalera analgésica de la OMS.

**ACTUALIZACIONES EN CLÍNICA**

- Analgésicos periféricos (no opiodes).
- Analgésicos opiodes débiles.
- Analgésicos opiodes potentes.

El médico indicará un tratamiento analgésico empezando por el peldaño inferior. Cuando el dolor no se controla de manera efectiva, se pasa a medicamentos del peldaño siguiente hasta llegar al último escalón. En dolores severos, se debe empezar con analgésicos potentes desde el inicio. En Atención Primaria se dispone de fármacos del primer escalón; los fármacos del segundo y tercer escalón están disponibles en el nivel secundario (Tabla 2).

**Primer Escalón: AINEs**  
(disponibles en Atención Primaria)

En general, cualquier AINE puede ser utilizado en el primer nivel, sin embargo, algunos como la aspirina o el piroxicam debido a que son mal tolerados y a sus frecuentes reacciones adversas a nivel digestivo, están relegados a un segundo plano. Se recomienda protección gástrica (ranitidina u omeprazol) con el uso de AINEs<sup>11</sup> (Tabla 3).

**Segundo Escalón: Opiodes débiles**

Ver Tabla 4.

**Tercer Escalón: Opiodes fuertes**

Ver Tabla 5.

Aunque corresponde a las Unidades de Cuidados Paliativos la entrega de los fármacos opiodes, es indispensable que el médico de AP pueda manejar el control de la respuesta, adecuando las dosis, anticipándose a las reacciones adversas y educando en relación con los mitos existentes con el uso de estos fármacos y que muchas veces es lo que determina la adherencia al tratamiento y, por lo tanto, el alivio del dolor. Un dato farmacológico importante de la morfina es que no tiene techo terapéutico, es decir, se puede aumentar paulatinamente la dosis para lograr la analgesia deseada.

Tabla 2. Escalera analgésica de la OMS

Peldaño	Analgésico	Fármaco base	Alternativas
1. Dolor leve a moderado	AINES*	Paracetamol	Metamizol Ibuprofeno Ketoprofeno Aspirina Naproxeno
2. Dolor Moderado	AINE + "opiode débil"	Codeína Tramadol	Tramadol de acción sostenida Oxicodona
3. Dolor Severo	AINE + "opiode potente"	Morfina	Metadona Fentanilo

\* Para efectos prácticos, se incluyen dentro de los AINES al paracetamol aunque no lo sea propiamente tal.

Tabla 3. Primer escalón: AINEs

Fármaco	Dosis oral	Efectos	Precauciones
Paracetamol	500-1.000 mg c/6 h Dosis máxima: 6 gr/día	Potencia analgésica similar a AAS	Hepatotóxico: dosis de 9 gr día Cuidado especial en pacientes con enfermedades hepáticas
Metamizol	300-600 mg c/6 h Dosis máxima: 2.400 mg/día	Por su efecto espasmolítico es útil en dolores viscerales	Alergia específica al principio activo
Ibuprofeno	400-600 mg c/6 h Dosis máxima: 2.400 mg/día	Potencia analgésica similar a AAS	Alteraciones gastrointestinales Precaución en uso crónico o en pacientes con daño renal

Tabla 4. Segundo escalón: Opiodes débiles

Fármaco	Dosis (mínima y máxima)	Efectos colaterales	Precauciones
Codeína 6%	15-30-60 mg c/4 h Dosis máxima: 360 mg/día	Náuseas, vómitos, somnolencia, constipación	Agregar laxantes y antieméticos
Tramadol	50-100 mg c/6 h Dosis máxima: 400 mg/día	Similares a la codeína	Agregar laxantes y antieméticos



Tabla 5. Tercer escalón: Opiodes fuertes

Fármaco	Dosis	RAM	Precauciones	Alternativas
Morfina	Oral: 10-30 mg c/4-6 h Parenteral: 5- 10 mg c/ 4 - 6 h Lib. sostenida: 30-60 mg c/8-12 h	Somnolencia Constipación Prurito Sudoración Náuseas Vómitos	Agregar laxantes y antieméticos	Metadona Fentanilo

### Fármacos Coadyuvantes

En todos los peldaños, además del analgésico correspondiente, siempre se puede añadir un medicamento adyuvante o coanalgésico. Su principal efecto es que potencian el efecto analgésico de otras drogas o tratan otros síntomas presentes en los pacientes. Por ejemplo: antidepresivos, corticoides, neurolépticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes (Tabla 6).

La vía oral es la vía de elección para la administración de los medicamentos, debido a que favorece la independencia del paciente, es más cómoda y de bajo costo. Cuando existen complicaciones como los vómitos, la disfagia o la disminución del nivel de conciencia, se

Tabla 6. Fármacos coadyuvantes (utilizables en cualquier peldaño) disponibles en Atención Primaria

Fármaco coadyuvante	Dosis habitual
Amitriptilina, Imipramina	12,5 a 100 mg/día
Carbamazepina	100 a 600 mg/día
Fenitoina	100 a 300 mg/día
Diazepam	5 a 30 mg/día
Alprazolam	0,25 a 3 mg/día
Clorpromazina	12,5 a 200 mg/día
Haloperidol	1 a 10 mg/día
Prednisona	5 a 40 mg/día
Dexametasona	4 a 16 mg/día

deben usar vías alternativas, siendo la vía subcutánea la más recomendable.

### ¿Cómo evaluar la respuesta al tratamiento?

Debido a que el dolor es una experiencia subjetiva, la base de la valoración del mismo es la referencia del propio paciente. Existen varios instrumentos para la valoración y el más usado en nuestro medio es la **Escala Visual Análoga (EVA)**. Se debe enseñar al paciente y familia a utilizar esta escala, que va de 0 (sin dolor) a 10 (el peor dolor)<sup>12</sup>.

0	10
Sin dolor	Peor dolor

### MANEJO DE OTROS SÍNTOMAS EN EL PACIENTE CON CÁNCER

#### Constipación

Es un síntoma que puede aparecer hasta en el 90% de los pacientes terminales. Sus causas principales son: inactividad, deshidratación, alteraciones metabólicas, fármacos (opioides, anticolinérgicos, etc).

La meta del tratamiento es obtener deposiciones cada 1 a 3 días. En las medidas no farmacológicas es importante educar sobre la dieta apropiada con aumento de fibra, favorecer la movilización y tratar los otros síntomas que puedan interferir con el tránsito intesti-

nal, como es el dolor o la deshidratación. Como ya se ha mencionado, debe administrarse laxantes de forma profiláctica a los pacientes que están recibiendo opioides.

Idealmente, se deben usar laxantes que aumenten el peristaltismo (estimulantes) o la presión osmótica (osmóticos). Los laxantes osmóticos tienen una latencia de 1 a 2 días y el fármaco de elección es la lactulosa (15 cc 2-3 veces al día). Los laxantes estimulantes son más rápidos en obtener el efecto (6 a 12 horas). Se usa el sen, bisacodil, fenofaleína. En estreñimientos de varios días de evolución se debe realizar un tacto rectal para valorar el estado de la ampolla rectal<sup>10</sup>.

#### Náuseas y vómitos

Están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado.

Las causas más frecuentes son:

#### Secundarios al cáncer

- Estreñimiento
- Edema cerebral
- Obstrucción intestinal
- Hipercalcemia
- Hepatomegalia
- Toxicidad tumoral
- Lesión gástrica
- Dolor

#### Secundarios al tratamiento

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Fármacos: opioides

#### Comorbilidades

- Uremia, trastornos hidroelectrolíticos
- Úlcera péptica
- Infecciones

Es importante corregir las causas reversibles, cuando sea posible. Dentro de las medidas generales, es necesario restringir la ingesta (sólo líquidos para mantener la hidratación) y restablecer gradualmente la alimentación en la

**ACTUALIZACIONES EN CLÍNICA**

medida en que los vómitos vayan cediendo. De preferencia, sugerir comidas frías, sin grasas ni olores y en pequeñas porciones frecuentes.

**Tratamiento farmacológico**

Si sólo hay náuseas, se puede intentar la administración del antiemético por vía oral; si hay vómitos, utilizar la vía subcutánea o rectal (Tabla 7).

**Anorexia**

Integra el síndrome de anorexia-astenia-caquexia. En su etiología influyen varias causas: alteración metabólica, disminución de la ingesta, náuseas y vómitos, medicación, obstrucción tumoral, trastornos de la cavidad oral, dolor, estado depresivo, etc.

El tratamiento debe ir enfocado a la causa cuando sea posible (manejo del dolor, descartar mal vaciamiento gástrico, alteraciones metabólicas, etc.). En este síntoma es importante insistir en las medidas no farmacológicas:

- Escuchar al paciente atendiendo a su desmotivación por los alimentos.
- No forzar la ingesta.
- Estimular la masticación lenta y en pequeñas porciones.
- Favorecer un ambiente grato, libre de malos olores.

Según algunos estudios, los corticosteroides como la dexametasona mejoran el apetito, la sensación de bienestar y el estado general de los pacientes con cáncer avanzado durante un periodo de tiempo de hasta cuatro semanas. Pese a que no se ha establecido cuál es el mejor corticoide y la dosis ideal, la mayoría de los estudios han usado dosis de 20 a 40 mg de prednisona o dosis equivalentes de otros corticoides<sup>13,14</sup>.

En nuestro medio se usan habitualmente:

Dexametasona 4-16 mg/día vía oral o subcutánea.

Prednisona 10-40 mg/día.

En general, si el pronóstico de vida es mayor a 2 meses y se cuenta con los medios económicos, el fármaco de elección para mejorar el apetito es el **Acetato de Megestrol (MEGACE)**<sup>14</sup>. Este es un antineoplásico usado como terapia paliativa para algunos cánceres hormonosensibles, y por su acción orexígena y antiemética está aprobada por la FDA para el tratamiento de la caquexia en cáncer y SIDA. El gran obstáculo es su elevado costo (30 comp de 160 mg cuestan \$ 61.220 pesos).

Existen múltiples síntomas en el paciente con cáncer terminal (como la disnea, insomnio, confusión, diarrea, etc) que no analizaremos en esta revisión, pero en la bibliografía podrá encontrar mayor información.

**Necesidades psicológicas**

Como se ha mencionado, el diagnósti-

co de una enfermedad terminal genera una gran carga emocional, tanto en el paciente como en su familia. En este contexto, es necesario saber en qué etapa de aceptación de la enfermedad está cada uno de ellos para así ir abordando la información al ritmo que ellos precisen. Es frecuente encontrar en los pacientes con cáncer y sus familiares cercanos, síntomas de depresión, ansiedad e insomnio que ameritan intervención de apoyo psicosocial y, muchas veces, medidas farmacológicas. La mejor intervención para abordar las necesidades psicológicas es mediante una comunicación honesta y cercana.

**Necesidades sociales**

Una de las tareas inherentes a los equipos de APS es asegurar una red de apoyo solidaria a los pacientes terminales y sus familias, involucrando a distintos sectores de la comunidad (juntas de vecinos, agrupaciones, iglesias, etc). Entre las actividades más relevantes de la participación comunitaria está la organización de voluntarios.

El voluntariado significa un elemento clave en los equipos, ya que involucra a la comunidad y promueve el sentido de solidaridad. La función principal del voluntariado es constituir un nexo entre el paciente-familia y el equipo de salud, desarrollando tareas que requieren gran dedicación y tiempo y que el equipo de salud no está en condiciones de satisfacer.

**Necesidades espirituales**

La esfera espiritual es específica del ser humano y no debe entenderse como sinónimo de religiosidad. La dimensión religiosa comprende la vivencia de la persona de sus relaciones con Dios. La dimensión espiritual es más amplia, abarcando el mundo de los valores que abre la posibilidad de trascendencia. Por

Tabla 7. Antieméticos disponibles

Fármaco coadyuvante	Dosis habitual
Metoclopramida	10-20 mg c/6 h
Domperidona	10-30 mg c/8 h
Haloperidol	1- 10 mg
Dexametasona	4-20 mg c/12 h
Tietilperazina (torecan)	1 comp o sup c/8 h
Ondasentrón (Izofran)	Existe en ampollas y tabletas. Se usa fundamentalmente en los vómitos inducidos por la quimioterapia. Su principal limitación es el costo (la caja con 15 comp cuesta aproximadamente \$ 82.000)



lo tanto, abordar las necesidades espirituales no es exclusivo del sacerdote o pastor; cualquiera de los profesionales del equipo pueden y deben ayudar al enfermo. Algunas de las necesidades espirituales que se presentan en los pacientes son<sup>15</sup>:

- Perdonar y ser perdonados. Reconciliación.
- Terminar proyectos inacabados.
- Encontrar sentido al sufrimiento y a la muerte.
- Resolver conflictos con Dios.
- Esperanza de amar y ser amado, encontrar sentido a la vida.

### La agonía

La agonía es uno de los momentos más difíciles, dado el impacto que genera tanto en el paciente, la familia y en el equipo de salud. La labor del equipo de Atención Primaria es esencial en el acompañamiento y educación en torno a los síntomas y a las conductas que deben seguir los familiares (no es infrecuente que algunas familias acudan con el paciente agónico a un servicio de urgencia).

Se define la agonía como aquel estado que precede a la muerte en aquellas situaciones en que la vida se extingue gradualmente. No existe un período definido de duración de la agonía y ésta puede ir de horas a días. Cuando el paciente ha tenido un buen control de los síntomas, lo que habitualmente sucede es el compromiso progresivo del estado de conciencia. En otras ocasiones, puede sobrevenir una muerte violenta como consecuencia de alguna complicación de la enfermedad (Ej: embolia, hemorragia).

El equipo de salud debe reconocer los signos de muerte inminente<sup>10</sup>:

- Deterioro evidente del estado físico.
- Pérdida del tono muscular.
- Pupilas dilatadas y fijas.

- Pulso rápido y débil.
- Descenso de la presión arterial.
- Respiración irregular con periodos de apneas.
- Respiración ruidosa ("estertores premortem").
- Pérdida de reflejos.
- Oliguria.
- Compromiso progresivo de conciencia.
- Extremidades frías.

Es en estas circunstancias donde la comunicación con la familia es muy relevante, fundamentalmente informándoles sobre los síntomas que pudieran aparecer, y que reconozcan que son propios de la agonía, "que el final se acerca". En este período, los cuidados básicos son especialmente importantes para mantener el bienestar: higiene corporal, cuidado continuo de la boca para evitar sequedad, posición confortable, ambiente tranquilo y, por sobre todo, debemos potenciar a los familiares a la expresión de amor a través de caricias, frases cariñosas con el paciente, aún cuando él esté inconsciente<sup>10,16</sup>.

Debemos adecuar el tratamiento farmacológico, eliminando los fármacos que no tengan utilidad, se debe mantener la analgesia (por vía subcutánea si está inconsciente). Una situación frecuente es la preocupación de los familiares porque el paciente no come, se debe reforzar que es una consecuencia de la agonía; la hidratación y la alimentación del paciente no es una alternativa terapéutica necesaria y su aplicación puede provocar sufrimiento innecesario que no va a modificar la evolución del proceso. Sin embargo, es frecuente la petición de la familia de la administración de sueros; y a veces, a pesar de las explicaciones dadas a los familiares, para tranquilidad de ellos, se puede administrar un volumen bajo de suero (500-1.000 cc/día vía subcutánea).

El recuerdo que los familiares tengan

de los últimos días, puede actuar como factor protector o desestabilizador para la etapa siguiente a la muerte del ser querido, el duelo.

### REFERENCIAS

- 1.- MINSAL: Protocolo GES Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer: [http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/AlivioDolorCpaliativosR\\_Mayo10.pdf](http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/AlivioDolorCpaliativosR_Mayo10.pdf)
- 2.- OMS. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer informe técnico 804, Ginebra 1990.
- 3.- TWYXCROSS R. Factors involved in difficult to manage pain. *J Palliative Care* 2004; 10: 67-78.
- 4.- SANZ ORTIZ J, GÓMEZ BATISTE X, GÓMEZ SANCHO M, NUÑEZ OLARTE J M. Cuidados paliativos. Recomendaciones de la sociedad española de cuidados paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1993.
- 5.- STEINHAUSER K E, CHRISTAKIS NA, CLIPPE C, MCNELLY M. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and others care providers. *JAMA* 2000; 204: 2476-82.
- 6.- LIZAN TUDELA L, BENÍTEZ DEL ROSARIO M A, CABEDO GARCÍA V R. Protocolo de cuidados paliativos. Rev Formación Médica Continuada 1999.
- 7.- MUÑOZ COBOS F, ESPINOSA ALMENDRO J M, PORTILLO STREMPPELL J, BENITEZ DEL ROSARIO M A. Atención a la familia. *Atención Primaria* 2002; 30 (9): 576-680.
- 8.- KLUBER-ROSS E. Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo Mondadori 1975.
- 9.- SANZ J. El estrés de los profesionales sanitarios y los cuidados paliativos. *Med Clin* 1991, 96: 377-8.
- 10.- GÓMEZ SANCHO M. Medicina paliativa: La respuesta a una necesidad. Madrid. Aran, 1998.
- 11.- FOLEY K M, INTURRISI C E. Analgesic drug therapy in cancer pain: Principles and practice. *Med Clin North Am* 1987; 71: 207-32.



**ACTUALIZACIONES EN CLÍNICA**

- 12.- ASTUDILLO W, MENDINETA C, ASTUDILLO E, GABIFONDO S. Principios básicos para el control del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* 1999; 6: 29-40.
- 13.- GANNON C, MC NAMARA P. Retrospective observation of corticosteroid use at the end of life in a hospice. *A J Pain Symptom Manage* 2002; 42: 328-34.
- 14.- BRUERA E. Anorexia, cachexia and nutrition. *BMJ* 1997; 315: 1219-22.
- 15.- BERMEJO J C, PETRILLO F. Aspectos espirituales en los cuidados paliativos *Clínica familia* 1999.
- 16.- ADAM J. The last 48 hours. *BMJ* 1997; 315: 1600-3.
- 17.- Cómo cuidar a la persona con cáncer avanzado en el Nivel Primario de Atención [http://www.minsal.cl/ici/S\\_1/U\\_14/Como%20cuidar%20a%20la%20persona%20con%20cancer%20avanzado.pdf](http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/Como%20cuidar%20a%20la%20persona%20con%20cancer%20avanzado.pdf)
- 18.- Página web de la sociedad española de cuidados paliativos. [www.secpal.com](http://www.secpal.com)
- 19.- Página web de la asociación internacional de cuidados paliativos. <http://www.hospicecare.com/>
- 20.- Guías de fisterra sobre cuidados paliativos. <http://www.fisterra.com/guias2/sintomas.htm>