

DOLOR EN EL PACIENTE TERMINAL, ENFOQUE EN EL PACIENTE MORIBUNDO

DR. LUIS CERECEDA G.
INSTITUTO ONCOLÓGICO.
CLÍNICA LAS CONDES.
SERVICIO DE ONCOLOGÍA.
HOSPITAL FACH.

RESUMEN

Este artículo expone algunos de los dilemas habituales con que nos encontramos los equipos médicos durante el manejo de pacientes hacia el fin de la vida. Se van presentando las preguntas prácticas habituales, que debemos respondernos para definir, planificar y llevar a cabo el manejo del dolor en estos pacientes.

SUMMARY

This article presents some of the usual dilemmas the medical team have to face, during the work with patients towards the end of their life. To solve it, common and practical questions arrive, that the medical team have to answer, to define, to plan and to carry out the pain management in this patients.

INTRODUCCIÓN

Si en algo el arte médico ha contribuido a la humanidad, podemos decir que ha sido en la persistente labor de aliviar el sufrimiento. Esto lo podemos entender en el amplio sentido de la lucha para dominar la enfermedad, como también en el combate cotidiano para lograr el control de sus manifestaciones.

Largamente temido, por ser una experiencia universal de todos conocida, el dolor ha sido uno de los focos de preocupación desde los albores de la medicina. Sabemos que el dolor es frecuente en numerosas enfermedades, siendo una manifestación que puede estar presente desde el inicio hasta el fin de algunos procesos patológicos.

Un claro ejemplo es la presencia de dolor en pacientes con cáncer, presente en un tercio de los afectados al momento del diagnóstico y en cerca de un 85% hacia el fin de sus días.

El control del dolor, es desde luego una de los objetivos de la medicina paliativa (1,2). Ha sido considerado una pieza clave para la acreditación de centros hospitalarios por instituciones tan prestigiosas como la "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization" (3) y es uno de los imperativos éticos de la medicina.

Decimos que es un imperativo ético de la medicina, pues no sólo estamos hablando de uno de los pilares deontológicos de la profesión, sino que además, en el caso del tratamiento de los pacientes moribundos sólo tendremos una oportunidad de hacerlo bien. Y si llegásemos a fallar con aquel paciente, el que obviamente no estará después para reprocharnos, baste recordar una sabia frase de Cicely Saunders, (fundadora de los cuidados paliativos modernos):

"How people die remains in the memories of those who live on", con la cual se enfatiza la noción que nuestro deber se extiende también a las familias, hacia aquellos que quedan.

Que el dolor resulta ser un problema hacia el fin de la vida, es algo que ha estado en la inquietud popular desde hace mucho tiempo y ha sido corroborado por algunos estudios. En el estudio SUPPORT (A Study to Understand Prognosis and Preferences for Outcome and Risks of Treatment) (4), como también en el estudio de Stefan Weiss (5), la cantidad de pacientes que experimentan dolor en sus últimas semanas de vida es cercana al 50 %. Interesantemente, como es resaltado por el

estudio de Weiss, no había diferencia entre los pacientes de cáncer y de otras enfermedades (cardíacas, EPOC, etc.) en el análisis multivariado de estos resultados.

Nuestro objetivo en esta revisión sumaria, es exponer algunos de los aspectos prácticos del manejo del dolor en pacientes terminales y especialmente en aquellos que están moribundos, enfocándonos sobretudo en aquellos puntos que frecuentemente nos resultan conflictivos o dudosos, sin pretender agotar el tema, sino más bien tratando de iluminar estos aspectos y poder mostrar su complejidad. Entendemos como paciente Terminal a aquel que padece una enfermedad grave, progresiva, incurable e irreversible, que acabará con su vida en un plazo relativamente breve (que por razones administrativas para el Medicare, en EE.UU., por ejemplo, ha sido definido en seis meses).

DILEMAS FRENTE AL PACIENTE TERMINAL

La primera pregunta que nos debemos hacer es:

Mi paciente ¿está próximo a la muerte?

Esta que parece una pregunta sencilla, desafortunadamente no lo es y con frecuencia nos encontramos con un típico sesgo optimista o con deseos de resultados no realistas, que nos impiden ver con claridad. En estos casos es importante considerar la visión del personal de enfermería, que pasa gran parte del tiempo con el paciente. También es importante conocer las percepciones de los familiares, que pueden tener una particular intuición de lo que pasa y a veces incluso poder considerar la visión del propio paciente, que cuando está lúcido, puede percibir que su momento final está llegando.

En aquellos casos de enfermedad incurable y progresiva, son signos de un pronóstico corto (6,7):

- Pérdida progresiva y profunda de peso.
- Debilidad extrema, confinado a su cama, incapaz de autovalerse.
- Adormecimiento y reducción y alteración del nivel de conciencia.
- Disminución de la ingesta de alimentos y líquidos.
- Dificultad para ingesta de medicamentos.
- Algunos pierden interés por el mundo externo y se encierran en sí mismos.

Si bien estos puntos no constituyen una definición de paciente moribundo, sí son una descripción práctica y comprensible.

¿Debemos cambiar nuestro enfoque clínico?

Redefiniendo los Objetivos:

Cuando reconocemos que nuestro paciente está moribundo, conviene que esto sea conocido por todos los miembros del equipo y procurar que también sea conocido por la familia.

En algunos casos se ha sugerido que debiéramos hacer el diagnóstico de "paciente agónico", (entendiendo como fase de agonía, aquella en que el proceso de morir se ha establecido claramente y la muerte se espera en un tiempo muy corto), pues esto daría más claridad para tomar decisiones y actuar. Los objetivos en un paciente moribundo son (8):

- Manejar y mantener el control de sus síntomas.
- Mantener la mejor calidad de vida posible. En rigor es más exacto decir "la menos mala".
- Mantener la autonomía del paciente en la medida de lo posible, entendiendo el concepto de autonomía como relacionado al respeto que debemos a cada persona y fundamentado en el hecho de que cada individuo tiene el derecho de tomar sus decisiones como un ser humano, con respecto a su propia vida, en la medida en que es capaz (8).
- Si hemos tenido una relación franca y abierta con el paciente, si éste está lúcido y aún le queda algún tiempo, puede ser muy importante y significativo discutir con él algunos puntos(9):
 - a.- cuáles son sus objetivos principales (físicos y espirituales).
 - b.- tratar de definir algunas metas realistas.
 - c.- definir cómo desea ser tratado en el futuro y qué considera aceptable para recibir (p.ej. ¿desea mantenerse en su casa?, ¿aceptaría una sonda gástrica?, etc).

Un aspecto importante a considerar es que la mayoría de los pacientes desean estar libres de molestias, pero manteniendo su conciencia para estar con sus seres queridos. Este es un aspecto esencial para preservar la dignidad de nuestros pacientes, pero lamentablemente no es lo más frecuente, pues muchos pacientes ven comprometida su conciencia por la propia enfermedad, o por intervenciones extemporáneas, a veces apresuradas (las sedaciones a la rápida, sin intentar un control racional del síntoma y a veces más impulsadas para la preservación de la tranquilidad del médico tratante, que del paciente).

Decir que "no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo" (1), es algo que ha sido analizado y aceptado por diferentes credos religiosos.

¿Cómo debemos planificar nuestros cuidados profesionales?

Si existe alguna oportunidad y tiempo para hacerlo, deberemos planificar cuidadosamente como atenderemos a nuestro paciente.

Debemos adaptarnos a si nuestro paciente se mantiene en casa o si será internado (en un centro hospitalario o en una residencia de enfermos crónicos).

Según las características de la enfermedad de nuestro paciente y sus síntomas prevalentes deberemos prever los escenarios y problemas más probables, para enfrentarlos. Por ejemplo: no es lo mismo tratar un paciente con demencia y múltiples dolores óseos por metástasis y con dolor incidental, que muy probablemente requerirá hospitalización para manejo analgésico complejo y manejo activo de la agitación y delirium y en el que se puede llegar a necesitar sedación Terminal (el uso intencional de medicamentos para inducir sueño, en los días finales de vida); en comparación con el caso de un paciente con tumores cerebrales, con compromiso de conciencia progresivo y con una cefalea que cede bien a esteroides y que podría ser óptimamente manejado en su hogar.

Otro punto frecuentemente olvidado, es planificar con la debida antici-

pación, como haremos para continuar controlando los síntomas en un paciente que deja de ingerir medicamentos y alimentos (escapa a esta presentación, el referirnos a las indicaciones de hidratación y alimentación artificial en pacientes moribundos, puesto que este tema por sí solo daría para una larga discusión).

Al respecto, otra medida debe ser la suspensión de los medicamentos innecesarios, p.ej. Los antihipertensivos y drogas para manejo del colesterol son muy buenos para alguien que tiene expectativa de vida de años, pero no, si sólo le quedan pocos días.

Debemos considerar que no pudiendo usar la vía oral, deberemos garantizar el tratamiento analgésico de nuestro paciente.

Como alternativas se puede usar:

- La vía enteral en aquellos pacientes que hayan aceptado sonda gástrica o bien tengan una ostomía.
- La vía rectal es posible, pero suele ser incómoda y errática en cuanto a la absorción de la mayor parte de las drogas. Se pueden usar supositorios (los hay de paracetamol y de algunos AINEs) o incluso se puede usar opioides de liberación prolongada (el caso de morfina, Ms-contin que desapareció de nuestro medio; o de oxycodona, Oxy-contin), pero la información disponible es limitada y mas bien se trata de estudios farmacocinéticos (10).
- La vía transdérmica es factible y tenemos la disponibilidad de Buprenorfina y de Fentanyl para manejo analgésico. Estas alternativas se deben considerar en pacientes que ya estaban recibiendo estos medicamentos, en cuyos casos se debe mantener la aplicación. No es práctico el uso "de-novo" en pacientes moribundos, pues son de difícil titulación, aumentando las posibilidades de subdosificar o sobredosificar (11).
- Vía transmucosa, está disponible en el extranjero el fentanyl transmucoso, para medicación de rescate de crisis de dolor.
- La vía parenteral, ya sea intravenosa, si el paciente tiene un catéter venoso (aunque es incómodo pues generalmente significa estar conectado a una bomba de infusión, no es fácil de manejar fuera del hospital, requiere cambios frecuentes y su morbilidad puede ser mayor), o bien subcutánea, usando medicación en bolus o en infusión continua, que sigue siendo un método de fácil manejo (aún por familiares con un pequeño entrenamiento) y de baja morbilidad. Las drogas analgésicas que se pueden administrar por vía subcutánea son: la Morfina, la diamorfina (usada en Reino Unido), el Tramadol y el Fentanyl. Se puede usar la Metadona, pero no es recomendada pues tiene más reacciones locales.

¿Debemos considerar Métodos Invasivos?

Esto debe ser discutido caso a caso, con los miembros del equipo de manejo del dolor, muchos pacientes se benefician con estos procedimientos (bloqueos, catéteres espinales), pero en general son procedimientos muy invasivos para pacientes deteriorados y más bien se usan cuando hay perspectivas de vida más largas (meses).

¿Qué pasa con las exacerbaciones del dolor hacia el fin de la vida?

En general cuando se ha tenido un buen control del dolor en el curso de la enfermedad, se puede anticipar que se seguirá teniendo buen control del dolor en la etapa de agonía. La aparición de un nuevo dolor es infrecuente y en general es abordable (6).

El aumento del dolor está a menudo relacionado con:

- Pérdida del control durante el cambio de drogas o de rutas de administración.
- Aparición de fracturas patológica, con dolor incidental nuevo.
- Aparición de candidiasis faringo-esofágica con disfgia dolorosa.
- Retención urinaria o constipación que no ha sido detectada.
- Aparición de úlceras de decúbito.

Estos puntos deben examinarse y descartarse, cuando nos enfrentamos con este problema.

Uso de analgésicos al final de la vida

Un paciente puede presentar dolor (los opioides también se ocupan para el manejo de la disnea), desde mucho tiempo antes de su período final. En estos casos continuaremos usando lo que el paciente ha utilizado, adaptándonos a las nuevas situaciones (p.ej. el paso a medicación parenteral).

La mantención de morfina cada 4 horas es adecuada para gran parte de los pacientes.

En las últimas 48 horas un 13 % disminuye su consumo de opioides, un 48 % lo mantiene y en un 44 % sube (6).

En el caso de pacientes con opioides fuertes, la aparición o exacerbación de dolores motivará el uso de medicación de rescate (bolos de rescate equivalentes a 1/10 a 1/6 de la dosis diaria de opioide), y si la necesidad de bolos se hace muy frecuente (más de 3 dosis PRN al día), deberemos modificar la dosis de medicación basal, subiendo la base entre un 30% y un 50% diario.

En aquellos pacientes que no tengan evidencia de dolor, y aparezcan excesivamente somnolientos, podemos reducir la dosis diaria.

Como siempre, en todo paciente con opioides controlaremos nuestras dosis indicadas día a día, con mayor razón en pacientes tan dinámicos, como aquellos que están en sus últimos días de vida.

En aquellos casos en que usted. se enfrente a pacientes con dosis muy rápidamente crecientes de opioides, se sugiere solicitar el apoyo de un grupo especializado en dolor o cuidados paliativos.

¿Abrevian la vida los analgésicos opioides?

Este sigue siendo un temor habitual de muchos médicos. No tiene una base real. La opinión de muchos expertos, es más bien que el buen control del dolor permite vivir más tiempo (muchos pacientes pueden volver a comer o a retomar algunas actividades), aunque esto tampoco ha sido demostrado.

El problema con esta creencia, se origina más bien en el uso inapropia-

do de opioides, pues usados en forma imprudente, sí revisten peligro. El efecto en la sobrevivencia ha sido revisado por N. Sykes y A. Thorn, quienes no ha encontrado evidencias de que el uso de opioides abreviara la vida en ninguno de los estudios examinados (12).

Si aún hubiese reparos sobre los posibles efectos deletéreos (precipitar la muerte), sabemos que desde el punto de vista ético, esto ha sido abordado y explicado con la "Doctrina del doble efecto" (13).

Según el principio del "doble efecto", es inmoral abreviar la vida de una persona deliberadamente, pero si el propósito principal del fármaco (si no hay otras alternativas) es aliviar el dolor y el aceleramiento de la muerte es sólo un efecto colateral posible, pero no necesariamente presente, el proporcionar el analgésico está permitido y puede ser recomendado.

Sin embargo, esto no constituye un pretexto para permitir el suministro de sobredosis mortales de analgésicos con el objeto de abreviarle la vida a alguien que de otra manera viviría más tiempo. El propósito, en conciencia debe ser aliviar el dolor, no eliminar al paciente.

CONCLUSIÓN

Podemos decir que al enfrentarnos a pacientes en su fase final (terminales), que están sufriendo dolor, siempre nos encontraremos con múltiples dudas, que tienen que ver con el manejo práctico de nuestro paciente.

Estas dudas se presentan en un contexto de apremio y angustia, tanto del paciente, de su familia como de ocasionalmente de su equipo tratante. Estas dudas son legítimas y en la medida que se nos presentan, también son motivo para perfeccionar nuestras acciones. Los aspectos éticos se nos harán presentes en forma explícita en muchos de estos casos y debemos tener un claro entendimiento del cómo y el por qué tomamos nuestras decisiones.

Frente al manejo analgésico tenemos herramientas para hacer que nuestros pacientes puedan tener un mejor pasar, controlando el dolor y permitiendo que vivan hasta su último segundo de vida, en lo posible conservando su conciencia.

Aprovechamos esta conclusión para recordar a los lectores, que estos momentos difíciles de la práctica médica, son más abordables si se enfrentan en equipo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, (ed.) Oxford Textbook of Palliative Medicine. New York: Oxford University Press; 2005.
2. World Health Organization. Palliative Care Definition. www.who.int/cancer/palliative/definition

3. Stevenson KM. et al. Journal of Pain and Symptom management 2006; 31: 248-261 .

4. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA. 1995 Nov 22-29;274(20):1591-8.

5. Weiss S. et al. The Lancet, 2001; 357: 1311-1315.

6. Furst KJ., Doyle D. En Oxford Textbook of Palliative Medicine , page 1117. Oxford University Press, 2004.

7. Twycross R. Symptom management in advanced Cancer. Second edition. Radcliffe Medical Press, 1997.

8. Calman K, en Oxford Textbook of Palliative Medicine , page 56. Oxford University Press, 2004.

9. Ethical Issues in Medicine Committee of the Royal College Of Physicians. http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/wp/wp_pc_home.htm

10. Walsh D. et al. Long-term rectal administration of high-dose sustained-release morphine tablets. Support Care Cancer. 2002 Nov;10(8):653-5.

11. Ellershaw JE. Et al . Journal of Pain and Symptom management, 2002; 24:398-403.

12. Sykes N., Thorns A. The lancet Oncology, 2003; 3: 312-318.

13. Gillon R. The principle of double effect and medical ethics. Br Med J , 1986; 292(6514):193-4.