

Cuidados al fin de la vida en Geriatría

Catalina Cárdenas I.

Sección Geriatría, Depto. Medicina, HCUCH.

SUMMARY

With aging, there are various geriatric syndromes that along with the most prevalent chronic diseases make harder the clinical management of the senior citizen patient. It is known that cancer as a disease is included in many palliative programs in the world, not so, another kind of chronic and degenerative diseases that gradually advance to cause the death of many patients. The intention of this document is to review the recommendations in order to give a better care at the end of the life of the geriatric patient. Always taking into account that people have the right to receive an adequate medical care with quality and that nowadays it is not possible that a sick person presents suffering by their uncontrolled symptoms. It is a work of the society and professionals to improve knowledge of palliative medicine and have a humane and compassionate attitude towards the terminal patient.

INTRODUCCIÓN

Según la definición de la OMS y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, la enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses). Es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

Acorde con el envejecimiento de la población, los tipos de enfermedades por las cuales las personas padecen y fallecen también cambian. Cada vez más las personas mueren como resultado de enfermedades crónicas graves como son las enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares,

enfermedades crónicas e infecciosas respiratorias y cáncer⁽¹⁾. Sería difícil determinar con certeza una enfermedad como principal causa de muerte, ya que muchos adultos mayores padecen diversas afecciones que pueden contribuir en su conjunto a la muerte. La demencia es un ejemplo de una afección que normalmente es menos diagnosticada.

Con respecto al pronóstico en tiempo de vida, existe mayor claridad en el cáncer, pero no es así en otras enfermedades crónicas o degenerativas. A pesar de ello, cabe destacar que ya en el año 1995 la National Hospice Organization americana edita una guía de asistencia en patologías terminales no oncológicas⁽²⁾. Por lo tanto, debido a la dificultad de predecir el curso de muchas enfermedades crónicas que afectan a los adultos mayores, los cuidados paliativos deben basarse en las necesidades del paciente y de la familia y no solo en el pronóstico⁽³⁾,

teniendo en cuenta que los problemas que experimentan muchos pacientes en el último año de vida son debidos a la propia vejez y sus trastornos, así como los causados por su propia enfermedad.

CALIDAD Y OBJETIVOS DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Lamentablemente muchos profesionales de la salud no han sido formados para dar una óptima atención al final de la vida. Un estudio en Chile⁽⁴⁾ reveló que el 76% de una muestra de médicos residentes no tuvo formación en medicina paliativa y del restante 24%, sólo la cuarta parte dijo haber obtenido los conocimientos necesarios para enfrentar los casos que a diario deben resolver.

El Instituto de Medicina Americano define como «buena muerte» aquella que ocurre libre de sufrimiento evitable, para el paciente y su familia, respetando los deseos del paciente y donde la atención realizada sea razonablemente consistente con los valores y la cultura de la sociedad donde ésta transcurre⁽⁴⁾. Si tenemos en consideración el término “buena muerte”, podemos plantear los objetivos en el tratamiento.

Las recomendaciones para dar una atención al final de vida de calidad son las siguientes^(5,6):

- Control de síntomas: saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes.
- Aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación o encarnizamiento como el abandono, el alargamiento innecesario (o futilidad) y el acortamiento deliberado de la vida.
- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta. Conocer y respetar los valores del enfermo, promoviendo

así su autonomía y facilitar su participación en la toma de decisiones, prestando una especial atención a las voluntades anticipadas⁽⁷⁾.

- Un enfoque interdisciplinario integral que se centra en el apoyo a la calidad del final de la vida, mejorando además la sobrecarga de los familiares.
- Asegurar continuidad en la atención, coordinando todos los niveles asistenciales y promoviendo y facilitando que el enfermo, si así lo desea, pueda fallecer en su domicilio.

¿HASTA CUÁNDO TRATAR? TRAYECTORIA CLÍNICA

El concepto de trayectoria clínica de algunas enfermedades nos puede ayudar a definir el tipo de tratamiento más adecuado para los pacientes. Para entenderlo mejor lo explicaremos por apartados de algunas enfermedades.

Cáncer: es más frecuente en personas mayores de 65 años. Según el tipo de cáncer, tratamiento y respuesta al mismo tendrá mejor o peor pronóstico.

La trayectoria clínica está caracterizada por un declive lento y una fase terminal clara⁽⁸⁾. Por lo general, las personas no se encuentran severamente limitadas en sus actividades hasta las fases finales de la enfermedad, que es el momento cuando dicha enfermedad deja de responder al tratamiento. En el curso de la enfermedad surgen diversas complicaciones, entre ellas, las infecciosas que deben tratarse. Y ya cuando estamos en la fase final es cuando está más claro que debemos limitar los tratamientos de incluso algunas complicaciones.

Insuficiencia cardíaca: la trayectoria clínica de la insuficiencia cardíaca (IC) está caracterizada por un declive progresivo, con episodios de deterioro agudo y recuperación parcial⁽⁸⁾.

Se han propuestos diversos criterios de enfermedad avanzada cardiaca para optar a tratamiento paliativo, entre ellos, los criterios de la National Hospice Organization (NHO)⁽⁹⁾ que consideran: clase funcional IV a pesar del empleo de tratamiento óptimo, fracción de eyección del ventrículo izquierdo < 20% y presencia de otros factores de mal pronóstico. Pero en la actualidad, comprendiendo que el paciente mayor presenta diversos deterioros, se ha demostrado que es necesaria la evaluación de la propia enfermedad cardiaca junto a la evaluación geriátrica integral para determinar la existencia de comorbilidad, el estadio de las enfermedades coexistentes, la presencia de fragilidad y la situación funcional, física, mental y psicosocial⁽¹⁰⁾. Medidas del estado funcional con el índice de Barthel basal previo a la hospitalización por IC descompensada, se han demostrado predictoras de mortalidad en pacientes ancianos hospitalizados por IC^(10,11).

Un alto porcentaje de pacientes con IC sufren disnea en etapas avanzadas. Para su tratamiento se recomienda optimizar dosis de vasodilatadores y diuréticos. Si existe derrame pleural extenso, se puede realizar toracocentesis evacuadora. En caso de persistir el síntoma, se debe iniciar con opioides, los que están ampliamente demostrados que producen mejoría significativa⁽¹²⁾. La dosis de morfina recomendada para comenzar es de 2.5 a 5 mg vía oral cada 4 horas. Teniendo en cuenta función renal y respuesta, se puede aumentar progresivamente. Si se objetiva ansiedad importante, se puede añadir al tratamiento benzodiazepinas de vida corta como el lorazepam⁽¹³⁾.

Las personas con IC parecen tener menos conocimiento de su diagnóstico y pronóstico. En parte esto es causado por la falta de comunicación con los profesionales sanitarios con la poca disponibilidad para plantear el tema⁽¹⁴⁾.

Demencia: tiene diversas etiologías; la enfermedad de Alzheimer es la causa más común, por ello

nos centraremos en su descripción. El tiempo medio de supervivencia desde el diagnóstico hasta la muerte es de ocho a diez años, aunque está descrito en varios estudios que la media de supervivencia es de 4-5 años desde el diagnóstico^(15,16).

La trayectoria clínica de la demencia se caracteriza por un deterioro lento y progresivo, en algunas ocasiones relacionado con procesos intercurrentes menores que pueden conducir a la muerte. Se observan cambios cognitivos y de la capacidad funcional. Ambas se pueden medir mediante escalas globales. Una de las más utilizadas es el GDS (Global Deterioration Scale) que se complementa con la FAST (Functional Assessment Staging)^(17,18). En la última etapa (GDS 7), fase grave, el enfermo va perdiendo las habilidades psicomotoras básicas entre otras. Ya estando en una fase terminal, los enfermos con demencia presentan una alta tasa de infecciones (urinarias, respiratorias) y problemas de disfagia, siendo la tasa de mortalidad alta. En el estudio de Hanraban *et al*⁽¹⁹⁾ reporta que la media de mortalidad de los pacientes en estadio 7c era de 4,1 meses, habiendo fallecido a los 6 meses el 71% de los pacientes.

Uno de los principales problemas a los que se enfrentan paciente, familiares y profesionales es la alimentación en etapas avanzadas de la demencia. Entre las últimas revisiones, la Sociedad Americana de Geriátrica⁽²⁰⁾ no recomienda el uso de sonda nasogástrica y gastrostomía y sí continuar con la alimentación vía oral habitual con dieta espesa y de forma cuidadosa. Los pacientes que usan sondas de alimentación no presentan diferencias significativas en los resultados de muerte, neumonía por aspiración y estado funcional respecto a los que se alimentan de forma manual. Por otra parte, la alimentación por sonda se asocia con agitación, un mayor uso de restricciones físicas y uso de fármacos, además del uso de atención médica debido a complicaciones relacionadas con las sondas y el desarrollo de nuevas úlceras por presión.

En conclusión, es de suma importancia informar el diagnóstico y pronóstico de demencia a los pacientes que la padecen en las fases iniciales o no avanzadas, que realicen sus voluntades anticipadas ante el uso de invasiones y diversos tratamientos y que ya en la fase terminal de su demencia, se respeten dichas directrices por parte de los profesionales y familiares.

CÓMO DAR MALAS NOTICIAS

Cuando queremos dar información que puede ser negativa, tenemos que tener en cuenta algunos aspectos. Uno de los métodos recomendados es el de los doctores Bayley, Buckman y cols. (método SPIKES)⁽²¹⁾:

Paso 1 - Preparación: es necesario revisar los hechos médicos y asegurarse de disponer de todas las confirmaciones necesarias. Y preguntar al paciente qué personas quiere que estén presentes en el momento de dar la información.

Paso 2 - Averiguar la comprensión del paciente: iniciar la conversación tratando de averiguar lo que sabe el paciente sobre su enfermedad. ¿Qué le han dicho los otros médicos sobre su enfermedad?

Paso 3 - Qué quiere saber el paciente: la mayoría de los pacientes quiere información plena sobre su enfermedad, pero de la misma forma que los pacientes tienen derecho a tener esta información, también tienen derecho a no conocer información que no desean.

Paso 4 - Decírselo al paciente: la comunicación es un proceso gradual que requiere estrategias terapéuticas, intervención de equipo, compromiso y disponibilidad. Facilitaremos la información de manera sensible, progresiva y directa, evitando el lenguaje técnico y los eufemismos, comprobando con frecuencia qué ha entendido el paciente.

Paso 5 - Responder a los sentimientos: es importante una actitud empática y de escucha activa, promoviendo la expresión de las emociones y la aceptación de los sentimientos del paciente, recordando que éstos pueden aparecer en cualquier momento.

Paso 6 - Planificación y seguimiento: el médico debe organizar un plan terapéutico que incorpore las expectativas y prioridades del paciente, discutiendo la posibilidad de pruebas adicionales, opciones terapéuticas, fijando visitas de seguimiento.

CONTROL DE SÍNTOMAS. ASPECTOS PRÁCTICOS

Vía de administración de fármacos

En general, la vía de elección en los cuidados paliativos es la oral; sin embargo, en determinadas circunstancias debemos buscar alguna alternativa. Se puede afirmar que la alternativa preferible es la vía subcutánea, siendo una opción segura, sencilla y cómoda para el paciente, de fácil acceso y manejo por sanitarios y familiares, con pocas complicaciones. La vía subcutánea está contraindicada si el paciente presenta edema generalizado, circulación periférica disminuida (*shock*), coagulopatías e infecciones de repetición en el punto de inserción.

Síntomas y tratamiento específico

En este apartado se abordarán algunos de los síntomas más frecuentes al final de la vida y su tratamiento. Se comenzará por el control del dolor y posteriormente por orden alfabético⁽²²⁾:

Dolor: según el tipo y la intensidad del dolor, se elige el analgésico correspondiente. Para ello nos debemos basar en la escala analgésica de la OMS. Tercer escalón (opioides potentes): la morfina es el opioide más usado, no tiene techo terapéutico. Según las dosis ajustadas podemos conocer las dosis equivalentes de otros tipo de opioides (Tabla 1).

Tabla 1. Dosis de opioide.

Morfina oral c/24 h	Tramadol oral c/24 h	Buprenorfina parch ug/h	Fentanilo parche	Oxicodona oral c/24 h
60 mg	300 mg	35 ug/hora	25 ug/hora	30 mg

Cuando no obtenemos respuesta clínica de alguno de los fármacos con dosis adecuada, existe la posibilidad de rotación de opioide. Algunos de los efectos secundarios de los opiodes son: mioclonias, *delirium*, somnolencia, diaforesis, estreñimiento, náuseas y vómitos. Por ello, al indicarlos, se debe prescribir un laxante de forma profiláctica y algún antiemético.

La buprenorfina transdérmica es una buena opción para uso en adulto mayor, dado que no precisa ajuste en la insuficiencia renal ni la hepática. Se puede recortar el parche, disminuyendo su dosis de inicio cada 72 horas.

La oxicodona tiene el doble de potencia respecto a la morfina y mejor biodisponibilidad oral. En dolor con componente neuropático puede ser útil.

Morfina (MFN): la dosis inicial es 5-10mg /4 horas vía oral. En pacientes con insuficiencia renal o ancianos se debe empezar con 5 mg cada 6-8 horas vía oral. Se debe indicar dosis extra (DE) en caso de dolor, que es 1/6 de la dosis diaria. La equianalgésia según vía de administración es: VO:SC – 1:1/2; VO:EV – 1:1/3 (por ejemplo: 30mg morfina oral es igual a 15 mg subcutánea y 10 mg endovenosa). Una vez obtenida una analgesia aceptable con morfina cada 4 horas vía oral, es posible pasar a morfina de liberación controlada cada 12 horas. En caso de no conseguir control del dolor, se recomienda la infusión continua subcutánea o endovenosa, ajustando dosis e incrementándola según las DE requeridas en las últimas 24 horas.

Anorexia y caquexia: Si pronóstico vital < 1 mes (mejora sintomática), dexametasona 4-8 mg/24 h. En caso de ser > 1 mes evaluar, y como opción

en el adulto mayor, se puede utilizar mirtazapina 15 mg/24 horas, dosis nocturna, debido a efecto antidepresivo, ansiolítico, hipnótico, antiemético y orexígeno.

Compresión medular: es una urgencia oncológica. Inicialmente dexametasona 16mg endovenoso y seguir con 4mg cada 6 horas durante 3 días, posteriormente reducir 2mg cada 3 días. Puede estar indicado el tratamiento radioterápico urgente.

Convulsiones: tratar la crisis con diazepam rectal o e.v. 10mg; midazolam s.c. o e.v. 10 mg. Repetir dosis a los 15 a 30 minutos si no hay respuesta. Para el tratamiento de base en caso de tumoración intracraneal: dexametasona 4mg/ 6 horas y anti-epilépticos.

Disfagia: si es de causa mecánica (oncológica), valorar mantener nutrición enteral o parenteral, radioterapia paliativa o prótesis esofágica. Se puede usar dexametasona para intentar reducir masa tumoral. Si es de causa neurógena (enfermedades degenerativas, fragilidad), se recomienda medidas generales con dieta triturada y líquidos espesados.

Disnea: ya comentado en apartado anterior.

Estertores respiratorios: escopolamina 0,5-1mg cada 4 horas subcutánea (produce sedación); butilbromuro de hioscina (buscapina) 20mg cada 6 horas subcutáneo o endovenoso (no produce sedación). Se recomienda la colocación del paciente en decúbito lateral.

Náuseas y vómitos: es necesario identificar las posibles causas. Si es inducido por opiodes: haloperidol vía oral o subcutáneo 1,5-10mg cada

12-24 horas. Si es inducido por quimioterapia: ondansetron 4-8 mg cada 8 horas. Si es por estasis gástrico, metoclorpramida 10-20mg cada 8 horas.

Mucositis: se debe descartar una infección micótica, vírica o bacteriana y tratarlo. Lidocaína viscosa 2% en colutorio y deglutir.

Obstrucción intestinal: no dar dieta oral, hidratación endovenosa y valorar aspiración por sonda nasogástrica. Analgésicos: opioides potentes subcutáneos, preferiblemente fentanilo (también trans-

dérmico) por su menor repercusión en la motilidad intestinal. Antieméticos: ya comentado en apartado anterior. Antisecretores: octreotide subcutáneo 0,2-0,9mg/ día. Butil bromuro de hioscina (buscapina) 40-120mg/ día.

Xerostomía: hidratación frecuente y limpieza de boca. Evitar la vaselina. Masticar trozos de frutas (piña, naranja...). Salivas artificiales. Si la causa es micosis, usar antimicóticos. Descartar causa viral (herpes), de ser la causa, tratar con aciclovir a dosis recomendadas.

REFERENCIAS

1. Murray CJL, López AD. Alternative projections of mortality and disability by causes 1990–2020. Global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1498–504.
2. NHO, Stuart B, Kinzbrunner B. Medical guidelines for determining prognosis in selected non cáncer diseases. *Hospice J* 1996;11:47-63.
3. Lynn J. Learning to care for people with chronic illness facing the end of life. *JAMA* 2000;284:2508-11.
4. Santina CD, Bernstein RH. Whole-patient assessment, goal planning, and inflection points: their role in achieving quality end-of-life care. *Clin Geriatr Med* 2004;20:595-620.
5. Van Mechelen W, Aertgeerts B. Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliat Med* 2013;27:197-208.
6. Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J. The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. *Palliative Medicine* 2004;18:202-16.
7. Arce MC. Problemas éticos en cuidados paliativos. *Aten Primaria* 2006;38(Supl 2):79-84.
8. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. Washington: Rand Health: 2003.
9. Fox E, Landrum-McNiff K, Zhong Z, Dawson NV, Wu AW, Lynn J, the SUPPORT Investigators. Evaluation of prognostic criteria for determining hospice eligibility in patients with advanced lung, heart or liver disease. *JAMA* 1999;282:1638-45.
10. Martínez-Sellés M, Vidánb MT, López-Palopcr, Rexachd L, Sáncheze E *et al.* El anciano con cardiopatía terminal. *Rev Esp Cardiol* 2009;62:409-21.
11. Formiga F, Chivite D, Casas S, Manito N, Pujol R. Valoración funcional en pacientes ancianos ingresados por insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol* 2006;59:740-2.
12. Williams SG, Wright DJ, Marshall P, Reese A, Tzeng BH, Coats AJ *et al.* Safety and potential benefits of low dose diamorphine during exercise in patients with chronic heart failure. *Heart* 2003;89:1085-6.
13. Tobin MJ. Dyspnea: pathophysiologic basis, clinical presentation, and management. *Arch Intern Med* 1990;150:1604-13.

14. Murray SA, Boyd K, Kendall M, Worth A, Benton TF, Clausen H. Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and carers in the community. *B Med J* 2002;325:929-4.
15. Larson EB, Shadlen MF, Li Wang MS, McCormick WC, Bowen JD, Teri L. Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease. *Ann Intern Med* 2004;140:501-9.
16. Xie J, Brayne C, Matthews FE, Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study collaborators. Survival times in people with dementia: Analysis from population based cohort study with 14 year follow-up. *BMJ* 2008;336:258-62.
17. Reisberg B, Ferris SH, De León MJ, Crok T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982;139:1136-9.
18. Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacol Bull* 1988;24:653-9.
19. Hanrahan P, Raymond M, McGowan E, Luchins D. Criteria for enrolling dementia patients in hospice: A replication. *Am J Hosp Palliat Care* 1999;16:395-400.
20. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:1590-3.
21. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Guber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES. A six step protocol for delivering bad news: application to the patients with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-11.
22. Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 1ª Ed. Madrid: Arán Ediciones: 2006.

CORRESPONDENCIA

Dra. Catalina Cárdenas Lillo
 Sección de Geriátría,
 Departamento de Medicina
 Hospital Clínico Universidad de Chile
 Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
 Fono: 2 2978 8546
 E-mail: catcardenas@yahoo.com

