

LA ASISTENCIA PALIATIVA A LOS ANCIANOS

A. Wilson Astudillo Alarcón

A. Carmen Mendinueta

“La única finalidad de la vida es crecer. La lección última es aprender a amar y a ser amados incondicionalmente”

E. Küber-Ross

Los Cuidados Paliativos ocupan un lugar muy importante en Geriátría no sólo por sus esfuerzos para mejorar o mantener la calidad de vida de los enfermos con padecimientos crónicos, avanzados y progresivos, sino también por ayudar a reducir el sufrimiento, la intensidad de las dolencias, limitaciones y soledad que acompañan a la muerte, más frecuente en estas edades y por apoyar a sus familias. Son y deben formar parte de la asistencia integral del anciano, en especial cuando no se puede curar o prolongar su supervivencia, o bien los esfuerzos por extender su vida suponen una carga de efectos secundarios y de sufrimiento que el enfermo no está dispuesto a asumir [13, 30].

Los ancianos tienen un alto consumo del recurso de Unidades Paliativas hospitalarias: ocuparon el 66 % de las camas de Cuidados Paliativos en el programa catalán “Vida a los años” en 1995 [16, 22] y van en aumento por el progresivo envejecimiento de la población. Así, en 1997, España tuvo 6.270.000 personas por encima de los 65 años, el 15,9 % del total, y se considera que en el año 2.010 este grupo alcanzará al 20,3 %. La Sociedad Americana de Geriátría [1] ha publicado diversos documentos sobre cómo mejorar la calidad de los cuidados en los momentos finales de la vida, recomendando que éstos no se limiten a retirar los tratamientos agresivos, que se requiera ser experto en el manejo de estas situaciones, que se modifiquen la provisión de servicios y la educación de los profesionales y que los programas paliativos que se ofrezcan a los ancianos cuenten con los siguientes elementos:

Tabla 1. Medidas para mejorar la calidad de vida en la terminalidad [1]

- Control de síntomas físicos y emocionales del enfermo
- Mantenimiento de la situación funcional y de la autonomía del paciente
- Planificación anticipada de los cuidados
- Proporcionar una adecuada información al paciente para que pueda decidir con respeto a su autonomía
- Reconsiderar la necesidad de cuidados agresivos en la terminalidad
- Búsqueda del confort del paciente y de su familia
- Valoración global de su calidad de vida
- Apoyo a la sobrecarga familiar
- Provisión de una adecuada continuidad de cuidados
- Protocolización del duelo para la atención de familiares, especialmente cónyuges

RASGOS PROPIOS DE LA ANCIANIDAD

Los ancianos tienen algunas características que les diferencian de los más jóvenes que se deben conocer para mejorar la calidad de su asistencia [1, 12]. Así:

- Presentación diferente de algunas enfermedades.
- Manifestación de los síntomas en un estadio más temprano de la enfermedad.
- La declinación abrupta en cualquier sistema o función se debe casi siempre a enfermedad y no al envejecimiento.
- Efectos indeseables más frecuentes de los fármacos y con dosis más bajas.
- Alteración simultánea de diversos mecanismos homeostáticos.
- Muchos hallazgos anormales en pacientes jóvenes son relativamente frecuentes en ancianos, sin ser causa de una síntoma en particular.
- Por las alteraciones en la comunicación y los déficit cognitivos más frecuentes en esta etapa, es más difícil la aplicación del modelo de cuidados paliativos basado en la relación paciente equipo terapéutico y en su participación en la toma de decisiones.

- Los ancianos están más preocupados por la dependencia que por la muerte.

PACIENTES CANDIDATOS A RECIBIR CUIDADOS PALIATIVOS

El estado concreto de incurable no siempre está dado por la naturaleza de la enfermedad causal, sino por el tipo, grado y curso de las alteraciones concomitantes y por la actitud que el paciente adopta ante ellas, aunque puede también deberse a complicaciones inesperadas de la terapéutica [2, 6, 7, 22, 30, 35, 41, 49]. La pluripatología y múltiples síntomas de los ancianos determinan que el diagnóstico de situación terminal se establezca por exclusión y que el tiempo efectivo, una vez reorientados los objetivos terapéuticos hacia la paliación sea extremadamente corto. Son numerosos los procesos patológicos que les pueden afectar y determinar que fallezcan hasta un tercio de los mayores admitidos en una unidad geriátrica [30].

Tabla 2. Pacientes susceptibles de Cuidados Paliativos [2, 6, 23, 27, 42, 50]

- Oncológicos en fase terminal
- No oncológicos:
 - Insuficiencias orgánicas en fases avanzadas: cardíaca, pulmonar, y renal
 - Enfermedades neurológicas degenerativas avanzadas (demencia, E. de Parkinson, E.L.A)
 - Accidentes cerebrovasculares con gran incapacidad, no recuperables y con complicaciones asociadas
 - Poliulcerados con inmovilismos irreversibles
 - Hipertensión portal con sus complicaciones
 - Síndrome de inmovilidad
 - Psicopatías crónicas

PACIENTES ONCOLÓGICOS

El cáncer es la segunda causa de muerte en los ancianos. La persona mayor de 65 años tiene diez veces más probabilidades de padecer cáncer que una joven. El 58 % de las neoplasias y el 67 % de las muertes ocurren en esta edad [6, 22, 35]. Si bien los ancianos tienden a consultar tan pronto como los

jóvenes cuando sospechan un proceso maligno, se les diagnostica con retraso, más por la actitud del médico que no siempre da la debida importancia a los signos y síntomas de alarma que presentan por atribuirlos a los “años”, o a alguna patología ya diagnosticada anteriormente.

Tabla 3. Diagnóstico de cáncer. Posibles elementos de confusión [28, 44]

Síntoma o signo	Tipo de tumor	Explicación por la edad
Mayor pigmentación	Melanoma/epitelioma	Manchas de la edad
Rectorragia	Colon o recto	Hemorroides
Estreñimiento	Recto	Vejez
Disnea	Pulmón	Edad-Inactividad física
Retención de orina	Próstata	HPB
Cambios en la mama	Mama	Fibrosis/ atrofia normal
Astenia	Metástasis	Poca energía
Dolor óseo	Metástasis	Artrosis

El enfermo con cáncer está inmunodeprimido, tiene menor resistencia a la infección y presenta frecuentemente un complejo cuadro clínico donde coexisten problemas cardíacos, respiratorios, neumológicos o locomotores y sufre, en ocasiones, severos problemas de comunicación. La anorexia, el estreñimiento, los síntomas neuropsiquiátricos y urinarios son más comunes que en los más jóvenes. Un 90 % de los fallecidos con neoplasias pasan por un período terminal que tiene una duración media de 94 días [33, 44].

Los tumores malignos en esta edad crecen y metastatizan en los mismos sitios que en las personas más jóvenes. La diversidad en cualquiera de sus aspectos-tipo de tumor, forma de presentación, duración del proceso, nivel de agresividad, etc, va a ser el factor común más importante al enfrentarse al reto de reconocer un cáncer en una persona mayor. Desde el punto de vista terapéutico, en principio, los criterios a tener en cuenta no deben variar mucho con respecto a la población más joven porque las posibilidades que ofrecen la cirugía, quimioterapia y radioterapia son similares en los dos grupos de edad, por lo que es necesario valorar la situación general del paciente, en particular su capacidad funcional, detectar las patologías asociadas e insistir en la necesidad de disponer de un equipo multidisciplinar. [24, 26] El dolor sigue precisando una analgesia adecuada aunque parece ser percibido con menor intensidad en los ancianos con cáncer.

Los efectos generales de la tumoración sobre el individuo varían poco en función de la edad por lo que respecta a los derivados de la extensión local

del tumor (efecto masa), su diseminación a distancia y síndromes paraneoplásicos (efectos remotos). Sin embargo, sí son diferentes los efectos psicosociales: grado de aceptación o no del diagnóstico, nivel de pérdidas de las capacidades funcionales o de control sobre los acontecimientos, de adaptación al medio, de independencia, de aceptación de la muerte, miedo al dolor, etc. En esta etapa sigue siendo básico que se informe y se respete la opinión del paciente sobre las diferentes opciones de tratamiento y que no se proceda como sucede con tanta frecuencia de forma irresponsable, a tomar las decisiones en su nombre sin su consentimiento.

PACIENTES NO ONCOLÓGICOS

En el anciano existen varias patologías no oncológicas de larga duración en fase muy evolucionada que en algún momento llegan a un estadio final. Tienen un manejo más difícil en este segmento poblacional por la importante comorbilidad, incapacidad asociada, problemas económicos y los cambios que se van produciendo en el soporte social. Por la ausencia de tratamiento específico, síntomas múltiples y cambiantes, con gran impacto emocional para el paciente y la familia, deben y pueden incluirse en programas de cuidados paliativos [6,26]. Se diferencian de las patologías oncológicas porque: a) suelen tener una evolución más irregular en forma de crisis o exacerbaciones en las que la toma de decisiones es clave, b) el enfermo y su familia no tienen la misma percepción de gravedad, y c) es más difícil establecer un pronóstico [6, 27, 47].

Tabla 4. Elementos pronósticos en enfermedades no oncológicas [6, 24, 50, 54]

- Insuficiencia cardíaca: grado IV de la New York Heart Association
- Insuficiencia renal crónica grave no susceptible de diálisis
- Neumopatía: FEV1 < 30 % del valor previsto
- Enfermedad de Parkinson: Estadio V de Yahr
- Hepatopatía crónica: estadio C de Child :encefalopatía II-IV, ascitis, bilirrubina > 3 mg/dl, albúmina < 2,8, t. protrombina.> 6 min
- Demencia post ictus: estadio clínico grave, FAST 7 C,
- Deterioro funcional no rehabilitable: I de Barthel < 20.

Muchas veces es la acumulación de varios problemas, que de forma aislada pueden ser curables, lo que convierte la situación en irreversible. Los

enfermos con E. de Alzheimer, por ejemplo, se deteriorarán más si padecen defectos auditivos o depresivos, una insuficiencia cardíaca, o un desequilibrio hidroelectrolítico. Su tratamiento individualizado, sin embargo, es capaz de producir mejorías sustanciales sintomáticas a pesar de no ser posible incidir sobre la enfermedad básica [19, 52]

EVALUACIÓN DE LOS ENFERMOS

Los ancianos tanto oncológicos como no oncológicos, presentan similitudes en la situación terminal en cuanto a su sintomatología (disnea, astenia, anorexia, pérdida de peso, estreñimiento) y la presencia de comorbilidad que suele conllevar la polifarmacia, con repercusión sobre su situación funcional, mental y social.

Tabla 5. Elementos para una buena actuación clínica en Medicina Paliativa [22, 27]

- Recogida de diagnósticos, tratamientos realizados y datos sobre esperanza de vida (Escala ECOG, y Karnofsky)
- Anamnesis de síntomas a paliar
- Estudio de situación funcional y del grado de independencia
- Exploración física: úlceras de presión, tumorales y vasculares
- Valoración nutricional
- Valoración farmacológica
- Evaluación de la existencia de síndromes de privación sensorial, s. de inmovilidad, caídas, deterioro cognitivo, trastornos conductuales
- Valoración psicosocial:
- Evaluación existencial
- Elaboración de prioridades en el tratamiento

Historia clínica del Anciano. Deberá recoger datos para elaborar un listado de problemas a tener en cuenta: riesgo de caídas, alteraciones de la marcha, valoración nutricional, anorexia y estreñimiento, problemas de boca, úlceras por presión, deterioro cognitivo, presencia de trastornos conductuales, síndromes de privación sensorial, inmovilidad, incontinencia y la iatrogenia medicamentosa [19, 22, 37, 42]. Es esencial anotar los tratamientos que toma –automedicación, laxantes, hipnóticos y otros analgésicos menores– y estar preparado para llevar con los ancianos un ritmo de trabajo más pausado que

con los jóvenes por los frecuentes déficits sensoriales que padecen, siendo de interés implicar a los cuidadores y familiares en la atención al paciente.

Evaluación de los síntomas. Son más difíciles de reconocer y se manifiestan de forma atípica. Así, el dolor puede definirse mal y vagamente, aun en el caso de una gran malignidad intraabdominal tal como un tumor colónico perforado, mientras que la retención urinaria o la sepsis lo hacen por confusión y debilidad [23, 35]. Los síntomas más frecuentes en la terminalidad son: dolor, disnea, náuseas, vómitos, estreñimiento, anorexia, xerostomía, incontinencia urinaria, astenia, miedo y ansiedad. Se procurará recogerlos en una hoja indicando su intensidad de 0-4 (0 ausencia, 1, leve, 2 moderado, 3 severo y 4 incapacitante) o con la Escala Analógica Visual (E.A.V.) de 0 a 10, donde 0 es la ausencia del síntoma y 10 es su mayor intensidad. Estas escalas sirven también para evaluar la eficacia de los tratamientos.

Valoración funcional del anciano. Es un elemento predictor independiente de mortalidad, es útil tanto en las patologías oncológicas y no oncológicas. La incapacidad tiende a ser mayor por el propio envejecimiento y la situación económica. Permite conocer la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades cotidianas. Se utilizan 2 escalas: la de Karnofsky y la ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) [37]. Sirven para la toma de decisiones clínicas y valoran el impacto del tratamiento y la progresión de la enfermedad. El ECOG es un sistema de 5 puntos que es más simple y fácil de aplicar en la práctica clínica. Los que tienen un Karnofsky de 50 o menor tienen un elevado riesgo de fallecer durante los 6 meses siguientes [42].

Tabla 6. Escalas ECOG y Karnofsky

ECOG	KARNOFSKY
0 Actividad completa, puede cumplir con todos sus quehaceres como antes de la enfermedad	100 Normal, sin quejas, faltan indicios de la enfermedad 90 Capaz de llevar a cabo actividades normales, pero con signos o síntomas leves
1 Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio y capaz de trabajos ligeros o sedentarios	80 Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas mórbidos 70 Capaz de cuidarse pero incapaz de llevar a cabo actividades normales o trabajo activo
2 Ambulatorio y capaz de cuidarse pero no de realizar cualquier trabajo. Encamado menos del 50 % del día	60 Requiere atención ocasional, sin embargo, puede cuidar de sí mismo 50 Requiere gran atención, incluso de tipo médico
3 Sólo puede cuidarse en parte, encamado durante más del 50 % del día	40 Inválido, necesita cuidados y atenciones especiales 30 Inválido grave, hospitalización y tratamiento de soporte activo
4 Totalmente inválido e incapaz de cuidarse, encamado por completo	20 Muy enfermo, necesita hospitalización y tratamiento activo 10 Moribundo
5 Muerto	0 Muerto

Los problemas más frecuentes de incapacidad en los ancianos frágiles en particular mayores de 80 años, se refieren como las 5 “Íes”: alteración intelectual, inmovilidad, inestabilidad, incontinencia y reacciones iatrogénicas [41]. El s. de inmovilidad, por ejemplo, si aparece en forma aguda y sin causa clara se acompaña en un 50 % de mortalidad en 6 meses. Por el mayor sedentarismo, una relativa malnutrición y la pobre perfusión capilar, suelen originarse frecuentes contracturas articulares más o menos fijas, úlceras de decúbito, tromboembolismo y neumonías hipostáticas [32]. El uso excesivo de sedantes contribuye a disminuir de manera notable su poca movilidad natural e incrementa el riesgo de escaras cuya curación está más retrasada, en particular cuando sufren cáncer.

Evaluación nutricional. Es importante porque un estado deficiente que tiene un origen multifactorial limita y empeora la calidad de vida, reduce las posibilidades de respuesta a los tratamientos y acorta la supervivencia de los enfermos. Una concentración de albúmina inferior a 2,5 g/dl y pérdidas de peso de un 10 % , son indicadores pronósticos de enfermedad terminal. Un 40-80 % de los pacientes con cáncer presentan malnutrición al inicio del tratamiento [14].

Valoración cognitiva. Facilita conocer si el paciente es competente para tomar determinadas decisiones aunque no lo sea para todas. Por ello, debe demostrar cierto grado de comprensión de las alternativas y de los riesgos asociados a las mismas para llegar a una decisión. Esta capacidad será juzgada con rigor creciente a medida que aumenta el potencial lesivo de esa decisión para su propia vida. El Mini Mental Test y el t. de Pfeiffer, son 2 herramientas muy útiles para su estudio.

Evaluación social. Permite conocer e identificar la situación del cuidador principal, grado de información de paciente-familia, la actitud de la familia ante el paciente y la enfermedad, así como el soporte grupal con que cuenta a fin de poder proporcionarle el máximo apoyo, determinar la estrategia más adecuada en el control de síntomas, la forma de administración de los fármacos, el uso de tratamientos coadyuvantes y las posibilidades de trasladar al paciente a su domicilio. Una visita al hogar es de gran valor para la detección de la capacidad del paciente para funcionar en su propio medio, su situación económica, problemas emocionales, etc., y si pudiese o no permanecer en su casa si se llevan a cabo las adecuadas reformas. Permite además conocer los efectos que ha producido el cambio de roles que esa persona tiene en la familia y su posible adaptación o no a depender de los demás [41].

Valoración existencial. Predomina en el anciano la falta de sentido en la vida, el pensamiento de que estorba, de no ser útil, por lo que es impor-

tante ayudar a los pacientes a identificar algunos objetivos para esta etapa, a aceptar y comprender la nueva situación y a vivirla de la mejor manera posible. A la recogida de los elementos de estas evaluaciones proseguirá una elaboración del plan de trabajo con la priorización correspondiente según sean las posibilidades de las que se dispone en el hogar o en el hospital o residencia. Las bases de los cuidados paliativos se cumplen también en este grupo de edad: una buena comunicación, control de sus síntomas molestos, apoyo en el sufrimiento y atención a su familia.

1. La comunicación en los ancianos

Es esencial establecer una buena comunicación con el anciano para conocer como le ha afectado la enfermedad, sus molestias y preocupaciones y transmitirle información que le facilite participar activamente, si lo desea en su tratamiento. No siempre es posible porque el envejecimiento se acompaña en muchos casos de cambios cognitivos, afectivos y de personalidad además de una disminución de la capacidad para percibir los estímulos del entorno [46]. Una buena comunicación en la terminalidad permite detectar bien los síntomas y otras preocupaciones del paciente. Es casi invariablemente una parte de la terapia y es a veces el único elemento terapéutico, pero como requiere más pensamiento y planificación que una prescripción farmacológica, sigue siendo aplicada en dosis subterapéuticas [4].

La comunicación es más fácil de lograr cuando el enfermo experimenta que la persona que le atiende es sincera y que manifiesta interés en ayudarlo porque comprende la situación en que se encuentra. Se acrecienta con la escucha activa, que permite al paciente expresarse con confianza, con la empatía, esto es poniéndose en su lugar para tratar de experimentar lo que siente y con la aceptación de lo que dice sin juzgarle. Estas tres actitudes nos permiten conocer o detectar no sólo sus necesidades físicas sino también las psicosociales, reducir su ansiedad y dan a la interacción médico-paciente una naturaleza terapéutica.

Las preguntas que se formulen al paciente serán abiertas y con énfasis especial en sus alteraciones a nivel funcional. Se mantendrá siempre una buena disposición para escucharle con paciencia y averiguar sus necesidades a pesar de sus posibles dificultades de comunicación por sordera o trastornos del habla con respeto a sus creencias y actitudes que son diferentes a las de los jóvenes. La comunicación tiene formas verbales y no verbales. La entonación, mímica, silencios, distancia física, etc., poseen un valor muy significativo en este grupo de edad y pueden ser la clave para ganarse su confianza parti-

cularmente si su lenguaje es diferente, si hay un deterioro en el lenguaje y o padecen un cáncer de orofaringe, está sordo o demenciado.

Tabla 7. Bases para escuchar al anciano [4, 15, 29, 34, 38, 45, 46]

- Ofrecerle una escucha activa
- Evitar interferencias
- Hacerle preguntas abiertas
- No levantar la voz
- Darle tiempo para responder
- No hacerle sentir presionado
- No interrumpirle
- Evitar que la entrevista esté dominada por nuestras preguntas
- Si no puede expresarse, manifestarle que se comprenden sus dificultades
- Procurar estar tranquilo
- Concentrarse en lo que dice y en cómo lo dice

En el anciano con deficiencia visual es importante sentarse cerca y frente a él, y mostrarle claramente que se le escucha mediante gestos, asintiendo, o simplemente apretándoles ligeramente una mano o antebrazo. La hipoacusia no sólo interfiere con la comunicación, sino que se asocia con un mayor deterioro de la calidad de vida. Para Helen Keller, la sordera que afecta a un alto porcentaje de ancianos es: *“una minusvalía terrible y representa la pérdida más vital: el sonido de la voz que articula el lenguaje, que despierta el pensar y que nos mantiene en contacto con la compañía humana”*. A estos enfermos hay que hablarles despacio, con frases sencillas, vocalizando bien y sólo elevar ligeramente el tono, porque gritar puede producir el efecto contrario al deseado. Si existen acúfenos –la voz retumbará en sus oídos–. Facilitan la comunicación elegir un lugar silencioso y el empleo de formas no verbales como la expresión facial y el contacto físico [29, 46]. Con los ancianos demenciados se procurará sentarse frente a ellos, llamarles por su nombre, hablarles despacio en un tono normal con frases sencillas y breves y hacerles preguntas muy simples, sin perder la calma si no se es comprendido.

Es necesario asumir que la información y la comunicación son parte de un proceso multidireccional, en el que la iniciativa casi siempre parte del enfermo y en el que se deben intercambiar diversos conocimientos en relación con el diagnóstico, causas de los síntomas, la estrategia terapéutica y el pro-

nóstico evitando los errores. Por esta razón el profesional no se limitará sólo a ofrecer la información médica, sino que procurará ser más cordial para conocer, si es posible, sus preocupaciones y hacerle sentirse escuchado, comprendido, así como apoyado en esta etapa [45]. Muchos moribundos pueden tener una distorsión realmente agobiante de su propia imagen y una desesperada necesidad de ser escuchados, aunque hablen incoherentemente, por lo que prestarles atención les proporciona una gran tranquilidad, que aumenta su confort personal de una manera positiva, gentil y amable. Una mala comunicación intensifica la soledad y la desesperación, hace perder un tiempo precioso y provoca la conspiración de silencio.

Tabla 8. Errores más frecuentes en la información y comunicación
[4, 15, 29, 38, 45]

- No siempre oímos el mensaje y no se escucha lo que no se quiere escuchar
- Existencia de muchos motivos de distracción en el entorno
- Defectos en la aplicación de medidas verbales (mentira, silencio, tecnicificación) y no verbales (distancia, poco tiempo, huida, gestos)
- Paternalismo (“no decirle”) y olvido de que el enfermo es el interlocutor más capacitado que debe escoger el ritmo, tiempo, espacio y forma de la comunicación
- Falta de tranquilidad del entrevistador
- Concebir la información y comunicación como un acto único, unidireccional y ritual

Los ancianos tienen derecho a preguntar y conocer la verdad. Desean generalmente que se les hable sobre el diagnóstico y pronóstico, en especial si están mentalmente bien, por lo que hay que buscar el momento y el ambiente más adecuados para transmitirles la “verdad soportable”, demostrándoles respeto por sus decisiones, el deseo de acompañarles y resaltar que cuentan con nuestro apoyo. En este tema es importante esperar a que ellos hagan las preguntas y usar más el cómo, que el que. Así por ejemplo. ¿Cómo sobrelleva la enfermedad? ¿Cómo se siente ante esta situación?, Si bien la mayoría presienten lo que tienen, es preciso decidir si lo que espera el enfermo es que se le tranquilice o si desea realmente conocer la verdad. Si no se está seguro, una verdad a medias puede ser mejor que la verdad cruda, hasta que se tenga tiempo para decidir qué hacer. Si la petición por conocerla es clara y reiterada, se les debe responder con la verdad de forma gradual, deli-

cada y en la cantidad y tiempo que indique el propio enfermo, sin quitarles todas sus esperanzas [4, 15, 29, 34, 38, 45].

Nunca se debe ir más allá de lo que pidan, porque con frecuencia el enfermo no sabe realmente hasta dónde desea llegar en el camino hacia la verdad, ni tampoco en qué medida va a ser capaz de asumirla. Se le darán las oportunas explicaciones que nos solicite, insistiéndole que no será abandonado. No es preciso forzar la información a los que no deseen recibirla, salvo que deban tomar una decisión importante para su pronóstico o calidad de vida. Hay que respetar los mecanismos defensivos del paciente, es decir si niega la realidad, por ejemplo, cuando piensa que va a vivir más de lo que se espera razonablemente en su estadio actual.

En cuanto al deseo de conocimiento de la verdad en caso de enfermedad grave con muerte prevista a corto plazo, según el Libro Blanco de Geriátría [17], en el 60 % de los ancianos consultados la respuesta fue positiva, frente a un 21 % que dijo que no, y un 10 % que no se planteó el tema. Los varones parecen ser más “valientes” e interesados en conocerla para poder afrontar las nuevas circunstancias. Estos resultados que fueron obtenidos en personas con un estado de salud generalmente bueno, podrían diferir si los afectados se encontraran en situación terminal. El 41,3 % se opone a la eutanasia, entendiendo por tal “aquella en la que el médico acorta la vida para evitar sufrimientos al paciente que va a morir sin remedio”, mientras que un 7 % se oponen a ella por razones religiosas y un 11,3 % la aceptan condicionada a la decisión del enfermo, su familia y cada caso concreto. Esta encuesta [17] reveló también que el 46 % de ancianos está en desacuerdo con la prolongación artificial de la vida, un 17,4% la defiende y un 2,5 % está a favor de la expresión “mientras hay vida hay esperanza”. Según Preston [40], en 1977 la mitad de los ancianos preguntados, optaría por la vida a cualquier costo, sin relación con sus características psicocociales, sentimientos de bienestar o expectativas sobre el futuro.

LA TOMA DE DECISIONES

La participación del paciente es la pieza clave de la decisión terapéutica. Para que pueda decidir adecuadamente, es necesario que reciba una información correcta y completa sobre su situación y las posibilidades que tienen tanto el tratamiento como la abstención terapéutica. La información no debe llegar demasiado tarde. Los ancianos son personas con mucha experiencia en la vida, lo que hace que tengan más clara su escala de valores y determinado previamente si merece o no la pena seguir con un tratamiento para su enfermedad.

Para no producirle un daño irreparable de su autoestima es necesario que se respeten sus decisiones. Como bien señalan Pérez y col [38], *“el médico con sus conocimientos y su saber puede determinar cuál es el mejor tratamiento, pero es el mismo anciano quien debe decidir qué tratamiento es el que más le conviene”*.

Es cada vez más frecuente preguntar a los enfermos si han tomado alguna decisión sobre tratamientos futuros. En su mayoría los ancianos desean conversar sobre este tema pero no lo hacen por varias causas: tiempo limitado de los profesionales, incomodidad de los médicos y familiares para conversar sobre la muerte y temor a que estas conversaciones puedan acelerar el proceso o provocar un trauma [8]. Si ya lo han hecho, hay que procurar reseñar en la historia clínica las preferencias del paciente en relación con maniobras de resucitación cardiopulmonar, alimentación, hidratación artificial, ventilación mecánica y documentar su voluntad, deseos de tratamiento o de delegación en otras personas en especial si no puede comunicarse en un momento dado. La facilitación temprana de estas preferencias y de sus valores ayuda a los médicos y a los familiares en la toma de decisiones difíciles posteriores, dándoles seguridad de que están haciendo su voluntad. La decisión deberá tomarse de forma individualizada para cada situación, en base a los principios de la bioética: beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y el grado de intervención y se recomienda que figure en la historia clínica.

CONTROL DE SÍNTOMAS

El cuidado del paciente con múltiples problemas físicos, emocionales, sociales y espirituales deberá ser un cuidado integral. Se realiza mejor dentro de un equipo multidisciplinar porque para que sea eficaz tienen que ser tratadas conjuntamente sus diversas necesidades sin que ninguna de ellas sea pasada por alto a causa de la edad [12]. Es difícil establecer un punto de corte de cuando los pacientes son candidatos a tratamientos paliativos. El tratamiento inicial será el que esté indicado para curar su patología básica que va a ser a la vez el que mejore su sintomatología, de forma que será también paliativo y se adecuará al que tomaba previamente antes de la fase terminal [13, 30, 42]. De acuerdo a la evolución del proceso se irá intensificando el control paliativo y disminuyendo el tratamiento curativo tradicional, o por el contrario, manteniendo el tratamiento sintomático para completar el tratamiento curativo, evitando la futilidad y el encarnizamiento terapéutico [22, 27, 47].

Muchos ancianos mejorarán por el reconocimiento y tratamiento de su desnutrición, por la corrección de su deficiencia visual, o con una ayuda auditiva que les permita reincorporarse más a su ambiente, con la suspensión de

medicamentos que exacerbaban la confusión y por la detección y tratamiento de trastornos contribuyentes tales como insuficiencia cardíaca, hipoxia, enfermedades tiroideas, anemia y depresión [30, 32, 55]. Los procedimientos paliativos en los ancianos son semejantes a los que se realizan en pacientes más jóvenes. Deben primar siempre los principios de evaluar antes de tratar, explicar las causas, utilizar una estrategia mixta –farmacológica y no farmacológica– revisiones frecuentes de la respuesta, no hacer más daño que el que ya existe y atender a los pequeños detalles. No viene mal recordar que los mayores tienen una menor reserva fisiológica y son más lábiles en caso de pérdida de líquidos, sangre o electrolitos.

En los ancianos se procurará hacer el tratamiento farmacológico más simple a través de: a) escoger fármacos de vida media corta para evitar una acumulación de dosis y sus efectos adversos; b)prescribir un fármaco cada vez porque la respuesta está aumentada y es de alguna forma impredecible; c) comenzar con dosis bajas de antidepresivos tricíclicos y sedantes (la mitad o 2/3 partes de las usadas normalmente), y d) estar al tanto de los efectos aditivos, porque la sedación y confusión suelen provenir de los analgésicos y de otros fármacos que pueden ingerir [16, 28]. El tratamiento será individualizado con fármacos de eficacia demostrada y en dosis eficaces. La vía de elección será la oral y si no es ésta posible se utilizará la subcutánea o rectal. La administración de medicamentos procurará ser regular con reloj en mano, particularmente con los analgésicos, sin emplearse más de 5-6 fármacos con previsión de los efectos secundarios y revisiones periódicas. Se simplificará el tratamiento según la cercanía de la muerte [51]. Una persona mayor que toma seis fármacos tiene una probabilidad 14 veces mayor de sufrir una reacción adversa que una más joven que esté tomando el mismo número de fármacos.

Tabla 9. Causas de las reacciones medicamentosas en el anciano [51, 53, 55]

- a) Disminución de la absorción activa y de la eliminación hepato-renal
- b) Cambios en el volumen de distribución por aumento del tejido graso
- c) Disminución del agua corporal total y cambios en las proteínas plasmáticas,
- d) Prolongación de la vida media de eliminación de ciertos fármacos, por disminución del filtrado glomerular
- e) El número de fármacos que reciben es mayor que en los jóvenes
- f) Disminución de las capacidades cognitivas y manuales que dificulta el seguimiento del tratamiento y aumenta la probabilidad de errores en la administración

Dado que hasta un 50 % de ancianos no toma lo que se les receta, se les debe instruir de forma verbal o escrita sobre la eficacia esperada y los posibles efectos colaterales y reevaluar al poco tiempo la terapéutica, suspendiéndose, tan pronto como se pueda, aquellas medicaciones que no tengan beneficios demostrables [55]. Los fármacos más comúnmente utilizados en los cuidados paliativos pueden provocar diversos efectos secundarios, sobre todo anticolinérgicos, fallo renal y hepático, síndrome confusional agudo, caídas, retención urinaria, alteraciones visuales, ataxia, hipotensión postural y estomatitis. Si aparece alguna reacción indeseable en pacientes con opioides y coadyuvantes, se disminuirá o suspenderá el coadyuvante. La única forma segura y efectiva de administrar un fármaco es monitorizar la respuesta individual al mismo. Dentro de los diversos síntomas revisaremos el dolor:

Dolor

El dolor es un síntoma muy frecuente que afecta a 2/3 de los pacientes oncológicos avanzados y al menos a una tercera parte de los no oncológicos. Puede corregirse con tratamiento adecuado en un 75-90 % de enfermos [11,36]. Es de interés conocer el tipo (neuropático: agudo, quemante, en forma de calambre, o somático o visceral: sordo, fijo, continuo, cólico), comienzo, duración y factores que alivian el dolor. Los ancianos tienen más riesgo de que su dolor sea menos reconocido y tratado por diferentes razones: a) dificultad para comunicar el dolor (trastornos sensitivos, afasia, depresión, deterioro cognitivos); b) prescripción de la analgesia según solicite el enfermo, en lugar de en forma regular, lo que puede hacer que estén menos tratados los que tienen más dificultad para comunicarse, o miedo a molestar, etc.; c) creencias erróneas –sobre su diferente sensibilidad ante el dolor, la mala tolerancia a los analgésicos mayores, que el dolor y el malestar son problemas inherentes a la edad–, d) gran prevalencia de dolor crónico y f) presencia de otras patologías diferentes, especialmente de origen locomotor [2,47].

El dolor puede presentarse de forma diferente que en los jóvenes y cuando no es tratado aumenta el riesgo de caídas y deterioro funcional. Las escalas visuales analógicas y otras que usen términos descriptivos como “lacerante”, suelen ser de poca utilidad en pacientes con deterioro cognitivo, mala agudeza visual o bajo nivel intelectual. **La Escala Funcional del dolor** ha sido validada como instrumento sensible para valorar los cambios de este síntoma en el anciano. Incorpora tres niveles de registro: a) descripción del dolor como “tolerable” o “intolerable” (si es intolerable, se deben hacer más estudios e intervenir inmediatamente con seguimiento frecuente), b) un com-

ponente funcional objetivo hace más sensible a los cambios en el nivel de dolor que los números solos. Los pacientes pueden situar el dolor en el nivel más alto si tienen miedo de no recibir el tratamiento adecuado. Si un enfermo siempre refiere un dolor de 5 incluso cuando ha mejorado claramente, es posible ajustar su puntuación guiándose por su situación funcional, y c) la escala de 0 a 5 permite medir los cambios en la función (o sea, la respuesta al tratamiento). Idealmente, todos los pacientes deberían alcanzar un nivel funcional de 0 a 2 y mejor aún de 0 a 1 [20].

Tabla 10. Escala funcional del dolor [20]

<i>Puntuación</i>	<i>Descripción del dolor por la función del paciente</i>
0	Sin dolor
1	Tolerable (y no evita ninguna actividad)
2	Tolerable (pero sí evita algunas actividades)
3	Intolerable (pero puede usar el teléfono, ver la televisión o leer)
4	Intolerable (y no puede usar el teléfono, ver la televisión o leer)
5	Intolerable (e incapaz de comunicarse verbalmente debido al dolor)

Como ya se ha mencionado, el dolor es con frecuencia infratratado porque el médico no lo detecta particularmente en los que no puedan comunicarse bien como es el caso de los ancianos demenciados o con déficits cognitivos siendo muchos de estos enfermos (entre 45 y 80 %), los que pueden sufrir dolor físico no evaluado. Para evitarlo se deben incorporar otras escalas de evaluación de signos directos e indirectos de dolor como las vocalizaciones, expresiones faciales, presencia de gemidos, detalles en la mímica, cambios de humor, resistencia a la movilización, etc. [10, 48].

Tabla 11. Signos directos e indirectos de dolor

- atonía psicomotriz
- boca cerrada con el labio superior montado

- ceño fruncido, omega frontal
- movimientos incoordinados
- gemidos, gritos
- roces cutáneos repetitivos
- confusión súbita
- puños difíciles de abrir
- posiciones antiálgicas
- agarrarse
- taquipnea
- sudoración de manos
- sudoración profusa
- negativa a la movilización
- zonas hiperálgicas al movilizarle

El control del dolor se iniciará con medidas generales y el empleo de fármacos según la Escalera Analgésica de la OMS [11, 53]. La necesidad o no de utilizar un fármaco viene dado más por la severidad del dolor antes que por la supervivencia prevista. Así los dolores leves responden a analgésicos como la aspirina (500 mg c/6 h.), paracetamol (500-1000 mg c/6 h), metamizol (575 mg - 2 g. c/6 h.) y otros AINEs (aceclofenaco, diclofenaco, ketorolaco, etc). El paracetamol presenta un perfil de efectos secundarios relativamente bueno para las personas mayores pero no se deben sobrepasar los 4 g/día porque a dosis superiores de 2 g. se asocian a un riesgo aumentado de hemorragia digestiva y otros efectos indeseables similar a los AINEs. Estos últimos son más útiles en el dolor leve a moderado, particularmente asociado a situaciones con gran componente inflamatorio como la artritis y metástasis óseas. Se iniciará su empleo con dosis relativamente bajas. Si el efecto es insuficiente se aumentará la dosis en 1,5 a 2 veces. Un hecho a tener en cuenta es que la respuesta individual a los diversos AINEs puede variar significativamente, siendo necesarias hasta 2-3 semanas tras el último ajuste de dosis para considerar que el ensayo ha fracasado [44]. En los últimos tiempos se han desarrollado los inhibidores de la ciclooxigenasa (COX)-2, refecoxib y celecoxib, que tienen menos efectos secundarios y se pueden usar con warfarina.

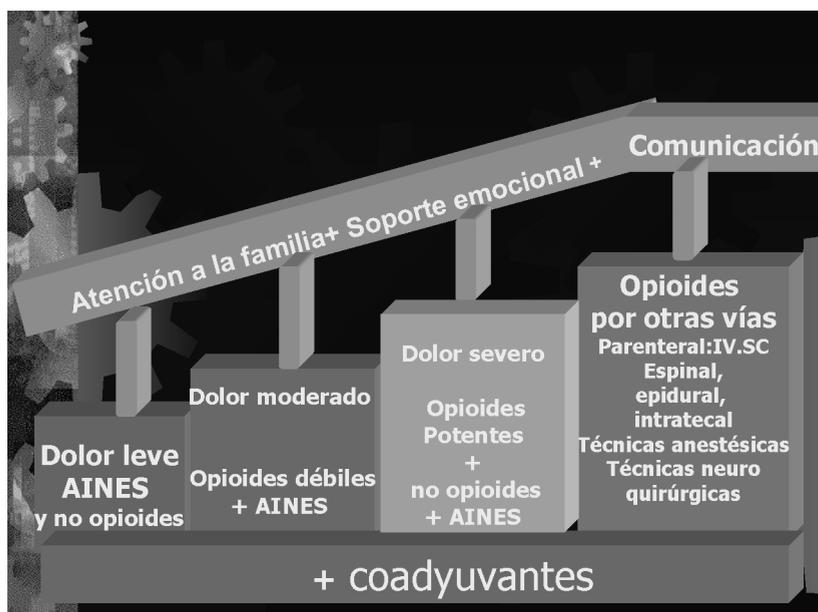


Fig. 1. Escalera de la OMS modificada.

En el anciano, el dolor óseo puede también deberse a una osteomalacia, que se alivia con tratamiento oral de calcio y vitamina D [11, 13] en especial si no sale de casa. Se manifiesta por un dolor músculo esquelético profundo o dolor superficial que se produce a una mínima presión. El tratamiento de esta deficiencia se hace con una dosis de 100.000 UI de vitamina D más calcio. Si el dolor de origen óseo o de tejidos blandos aumenta, es conveniente utilizar una combinación de AINE y derivados opioides menores como la codeína o el tramadol que se empezará con 12,5-50 mg. c/6-8 h. Si no hay mejoría con estos fármacos, se ensayará un tratamiento con bisfosfonatos. La calcitonina se ha demostrado también útil en el dolor asociado con las fracturas vertebrales por compresión.

Si los no opioides no controlan el dolor adecuadamente, no tiene sentido negar al paciente **los opioides**, sabiendo que estos medicamentos pueden aliviar el sufrimiento, restablecer la capacidad funcional y mejorar la vida del enfermo. Se iniciarán con dosis bajas con un aumento progresivo de las mismas y con iguales intervalos entre dosis hasta que se consigan los efectos deseados o aparezcan las reacciones colaterales. No se combinarán dos opioides, ni se suspenderá bruscamente su empleo tras usarlos por dos semanas [53]. Se debe empezar por establecer la efectividad de la morfina de liberación inmediata (Sevredol) con una dosis oral de 5 a 10 mg. cada 4 horas. Si no se controla

con esta primera dosificación a las 24 h, se aumentará en un 50 % del siguiente comprimido hasta controlar el dolor. Otra posibilidad es iniciar con la morfina de liberación retardada (MST continuo de 5-10 mg., c/12 horas. Si el dolor es intenso se empezará con 20 mg, si es moderado con 5-10 mg., aumentando la dosis en un 50 % como antes. Se recordará que los pacientes más ancianos pueden experimentar una mayor duración de la acción de los opioides por la menor eliminación, lo que permite utilizar la MST de 12 h en algunos casos cada 24 h. Si no puede emplearse la vía oral, se recurrirá a la morfina subcutánea, en dosis de 0,5 a 3 mg c/4 h, con un aumento de un 50 % la dosis siguiente si el control es insuficiente.

El fentanilo es otro fármaco opioide de gran potencia que puede usarse por vía transdérmica cada 72 h. en el dolor oncológico crónico estable o que no responde a la morfina. Dosis inicial: 25 ug /h., pero se evitará su empleo en los pacientes que no hayan utilizado previamente otros opioides. 200 ug de fentanilo corresponden a 120 mg de MST. La rotación de morfina a fentanilo parece más viable en el anciano. De no producirse respuesta con un opioide se cambiará por otro, respetándose las dosis equianalgésicas. El cambio de morfina a metadona se hará especialmente en dolores que dejan de responder a la misma, y ante la aparición de cuadros confusionales o reacciones de hipersensibilidad. No es ético retirar los analgésicos mayores si son necesarios para el enfermo terminal [18, 23, 39, 47, 51].

Fármacos coadyuvantes

Son aquellos medicamentos que actúan en el dolor potenciando los efectos de los analgésicos como a través de otros mecanismos. Se usarán sólo ante el fracaso de pautas más simples y previa prueba de su eficacia. Así, en caso de invasión ósea o de tejidos blandos, se emplean los AINEs, los corticoides en las compresiones nerviosas o tumorales, dolores postirradiación, tanto ósea como visceral y en las metástasis viscerales. El diazepam es útil en el espasmo muscular; la clorpromazina 12-50 mg c/8 h., los procinéticos en el tenesmo vesical o rectal y en el éstasis gástrico; la hioscina o la escopolamina en el espasmo digestivo, los antidepresivos en el dolor neuropático con disestesias y los anticonvulsivantes (gabapentina), en el neuropático de tipo lancinante asociado a con bloqueos anestésicos, según los casos. La capsaicina ha demostrado ser especialmente útil en el dolor neuropático. Debe comenzarse con la dosis más baja recomendada (0,025 % c/6 h.).

Es necesario vigilar de cerca los efectos adversos de los fármacos y mantener abiertas las líneas de comunicación, más aún cuando se está empezando un tratamiento nuevo. El dolor es un síntoma en el cual se necesita una

revisión continuada. Los AINEs son los fármacos más frecuentemente implicados en la génesis del fracaso renal agudo, por lo que, si es posible, se debe valorar previamente la función renal. Los AINEs de vida media larga (piroxicam, tenoxicam) y la indometacina están desaconsejados en los ancianos.

Reacciones indeseables de los analgésicos

La morfina y el tramadol se eliminan en un 90 % por vía renal por lo cual sus diferentes y abundantes metabolitos van a estar elevados en caso de insuficiencia renal por lo que es también importante adoptar precauciones con medidas como la hidratación incluido la vía parenteral porque su toxicidad puede manifestarse fundamentalmente a través de síndromes confusionales [48]. Las reacciones indeseables de la morfina son: estreñimiento, sed, boca seca, náuseas, mioclonías y retención urinaria que pueden prevenirse o tratarse con el uso de laxantes, o el haloperidol 0,5 mg (particularmente los 3 primeros días). Con los opioides se darán sistemáticamente laxantes por la frecuencia de estreñimiento que presentan los pacientes. Si aparecen náuseas se usarán la clorpromazina (Largactil) 25-50 mg. o haloperidol 0,5-2 mg /24 h. Estos medicamentos con acciones antieméticas y tranquilizantes, potencian el efecto analgésico de la morfina y, a menos que se empleen en dosis excesivas, no producen depresión de la respiración. No obstante, deben ser usados con precaución porque pueden reducir la temperatura corporal en los ancianos [35].

Otros procedimientos antiálgicos

La cirugía restringida resulta útil en la descompresión de la médula espinal u otros problemas locales que, de otro modo, limitarían los movimientos o la comodidad del paciente. En algunos tumores, la irradiación local resuelve o mejora el dolor óseo refractario y reduce la necesidad de analgésicos, mientras que la quimioterapia suele disminuir la tumefacción de tejidos blandos en determinados cánceres sensibles como las metástasis de mama, con alivio del dolor. En el alivio del dolor es importante considerar el uso de intervenciones no invasivas como la estimulación nerviosa transcutánea, la distracción, la relajación y la visualización. La depresión, la ansiedad, el deterioro funcional y el sufrimiento entran también en el campo del dolor. Escuchar música, por ejemplo, puede elevar de manera sensible el umbral analgésico. Colocar en su entorno flores, algunas de sus pertenencias personales más queridas, fotos, cuadros y postales le suele resultar muy reconfortante. Si el paciente está ingresado y solicita su animal de compañía favorito, se le permitirá tenerlo siempre que no trastorne la rutina del hospital. El amor incon-

dicional por un animal doméstico les es muy beneficioso, especialmente para aquellos ancianos que los han tenido siempre [2, 3].

La causa de muerte en muchos de estos pacientes es a menudo una infección intercurrente, la exacerbación de la enfermedad y la presencia de otras patologías. Si bien es muy difícil predecir la cercanía de la muerte es de mucho interés conocer la supervivencia estimada según su situación actual, en particular la supervivencia en vida activa o independiente, sin olvidarse, claro está, de que existen causas no predecibles de muerte súbita –hemorragia, embolia pulmonar, sepsis– por lo que en Paliativos no siempre se pueden tomar decisiones a largo plazo sino vivir al día, sin dejar para mañana lo que se puede hacer hoy, más aún si se trata de ofrecerle al enfermo medidas de apoyo físico, emocional y social.

APOYO EN EL SUFRIMIENTO

El sufrimiento es un estado difícil de sobrellevar que se origina en diversas percepciones negativas que amenazan a la integridad física y emocional de la persona, entre las que se incluyen el dolor físico, la pérdida de la funcionalidad, el aislamiento social, la penuria, etc.

Tabla 12. Causas de sufrimiento en la fase terminal

- Síntomas no controlados
- Efectos indeseables tratamientos
- Pérdida de los seres queridos
- Temor a no ser atendido
- Pérdida del rol social
- Sensación de inutilidad
- Dependencia de otras personas
- Mal aspecto físico
- Sufrir una muerte indigna
- Pérdida de funcionalidad - Parálisis
- No ser querido-. Desamparo
- Agonía prolongada sin alivio
- Morir solo
- Ser enterrados vivo

- Dejar asuntos inconclusos
- No poder despedirse

Es necesario ayudar a identificar las causas que favorecen o provocan los sentimientos negativos. El control del sufrimiento físico es fundamental porque permite establecer una adecuada relación con los enfermos al desaparecer una de sus mayores preocupaciones: el temor a sufrir y a no ser atendido. Son muchos los ancianos que expresan su malestar primariamente a través de dolor, por lo que es necesario detenerse e intentar averiguar lo que para ellos significa este síntoma y sus componentes. El no darse cuenta de ello y el poner demasiado énfasis clínico en el foco nociceptivo, excluyendo tanto el cortejo psicológico del dolor como el grado de sufrimiento relacionado, puede conducir a tratamientos innecesarios, escasos e ineficaces [22, 27, 40]. Es oportuno en ocasiones administrarle una dosis de analgésicos de prueba y observar el resultado, lo que es particularmente útil cuando surge la pregunta de sí el comportamiento del anciano se debe al dolor, ansiedad o a la confusión.

Para R. Bayés [9], existen diversas medidas que pueden reducir la intensidad del sufrimiento, su vivencia y reforzar la autoestima del paciente y su apoyo social: 1) Detectar a tiempo los síntomas, miedos y situaciones que preocupen al enfermo así como sus orígenes, 2) Compensar o atenuar dichos síntomas y tratar de suavizar la amenaza que representa por la puesta en práctica de los recursos terapéuticos existentes; 3) Detectar y potenciar los propios recursos del paciente a fin de disminuir, eliminar o prevenir la sensación de impotencia, y 5) Aumentar hasta donde sea posible, su percepción de control de la situación.

Si el sufrimiento es de origen psico-espiritual, será de más ayuda dedicarle más tiempo a escuchar su historia y facilitarle expresar sus pensamientos sobre su vida, para corregir con él, si es posible, los falsos conceptos y sobre todo ofrecerle compañía. La falta de un objetivo para vivir produce desesperanza y depresión, por lo que es útil procurar encontrar con el enfermo unas pocas metas realizables, que pueden cambiar según se acerque la muerte. Si el objetivo final es alcanzable mediante el logro de una serie de objetivos menores, tanto el paciente como el equipo podrán mantener viva la esperanza [2-4].

Un elemento que comparten los ancianos y moribundos es el temor a no ser queridos, a saber que ya no son útiles y que sus vidas no tienen sentido, por lo que se les debe asegurar que se les aprecia y que los esfuerzos que realiza el equipo de cuidado se dirigen a apoyarle para que retenga su indepen-

dencia [34]. Otra forma de hacerlo es interesarse por su vida pasada, por los hechos más importantes y recalcar todo lo bueno que ha hecho o los intentos que ha realizado para conseguirlos. Se considera que sentir que su vida ha sido positiva en su conjunto, permite enfrentarse mejor con la muerte. Así lo dice S. Nuland: “en la muerte no hay mayor dignidad que la de la vida que la precedió”. En relación con el momento actual también puede haber motivos para resaltar tanto sus capacidades personales, sociales y autoestima si se aceptan sus opiniones a la hora de elegir un tratamiento. El deber de todo el que asiste a los ancianos, es mantener un diálogo con ellos, que posibilite la búsqueda de una espiritualidad liberadora que les permita encontrarse consigo mismos y vivirla hasta la hora decisiva de su muerte, si su deterioro físico y psíquico lo permite [7, 18, 25, 48].

Es importante para el enfermo que se le ayude a ser reconocido como persona, a conseguir el perdón o la reconciliación como parte del afrontamiento de los propios errores y si tiene una causa espiritual, que se le ofrezca apoyo bien específico o religioso. Algunos individuos derivarán de sus creencias religiosas la fuerza necesaria para seguir gracias a su fe en que existe un mundo espiritual más allá del físico. Otros subrayan la necesidad espiritual de encontrar constantemente el gusto por la vida como fuente esencial de serenidad. A medida que aumenta la dependencia, el médico deberá velar más por el derecho del enfermo a seguir siendo tomado en cuenta como persona y no como un organismo viviente cualquiera y procurará ser un interlocutor que le escuche, informe razonablemente y le ayude en sus propias limitaciones, respetando sus decisiones. Debe procurar generar confianza, sin destruir la esperanza y también aceptar él mismo que la muerte es inevitable.

La aceptación de la muerte

La muerte para el anciano tiene menos de tragedia, parece menos injusta que la del joven porque, frecuentemente, éste ha llegado a aceptar el hecho de que la vida es finita y que la muerte es algo natural. En muchas ocasiones las personas mayores consideran que su enfermedad no tiene curación y están razonablemente convencidos de que la vida se está acabando, por lo que consideran que sería preferible pasar sus últimos días preparándose para la muerte, en lugar de empeñarse en prolongar la vida inútilmente aumentando los propios sufrimientos y los de sus cuidadores. Esto no significa que renuncian a la vida sino a las tentativas sin sentido para prolongarla. Están preparados para la muerte y desean preservar la dignidad de fallecer [3, 9].

A algunos mayores les puede proporcionar una gran paz conocer que la muerte está muy cercana. En ciertos casos, a pesar de que el paciente sabe que está próximo a fallecer, teme no darse cuenta de cual será el momento del final y pide que se le avise si esto va a ocurrir. Ello parece darle fortaleza y serenidad [9,22]. Existen ancianos que parecen no aceptar la idea de la muerte y se sujetan a la vida con determinación, a pesar del hecho de que la existencia aparentemente carezca de motivos de gozo o de confort. Puede ser que teman el proceso de fallecimiento o que existan ciertos factores espirituales y psicológicos que estén en juego.

Son varios los elementos que facilitan la adaptación del anciano a la muerte : a) buen control de sus síntomas, b) ayudarle a que deje en orden sus asuntos pendientes, c) que conozca la verdad si lo desea, d) que pueda despedirse, e) la compañía de sus seres queridos, y f) ayudarle a vivir cada día de la mejor manera posible. A este último habría que añadir la recomendación de S. Nuland de “vivir cada día como si fuéramos a permanecer en la tierra para siempre.” La atención a los pequeños detalles puede hacer su vida más agradable, por lo que se procurarán atender con igual interés sus necesidades simples como las más complejas.

Si la muerte no es inminente, es de interés quedarse a solas con el enfermo para que éste exprese cualquier problema que le aflige y que el médico pueda decidir con él más tranquilamente las medidas necesarias para asegurar su comodidad, como evitar el encarnizamiento terapéutico. En este tiempo se dará más importancia a sus ideas religiosas y culturales que puedan afectar al tratamiento, evitando adoptar medidas de sobreprotección y de marginación, ambas prematuramente invalidantes [4].

La muerte, por lo general, va precedida por un período de mayor tendencia al sueño, con una disminución del deseo de comunicación verbal. En la fase final los enfermos sólo necesitan conocer que son valiosos, que se les aprecia y que no serán abandonados [3, 7, 9, 13, 31, 32, 34, 49]. La compañía tranquila y agradable de personas a quienes no asuste la muerte, puede ser de gran ayuda tanto para el paciente agonizante como para su familia. Los enfermos parecen agradecer que haya silencio o que alguien rece, y tener una mano cariñosa en su frente o sobre sus manos [2, 3]. El filósofo López Aranguren [31], hablando de la muerte del anciano, considera que hablar de dignidad, sólo se puede entender en un sentido estético. “*Dignidad equivaldría a la valoración de la propia muerte por los demás y ante los demás. La muerte sería un espectáculo en que nos morimos para los demás y al que habría que pedir tan solo cuatro cosas: que sea un espectáculo deco-*

roso, que no desdiga de lo que fue nuestra vida, que lo sea en compañía y que lo sea en el propio entorno”.

ATENCIÓN A LA FAMILIA

Muchos enfermos temen profundamente a la institucionalización y desearían fallecer en su casa rodeados de sus seres queridos si dispusieran de facilidades para su cuidado y si no tuvieran la sensación de ser una carga para su familia. Un entorno favorable puede constituir un elemento que aporta simultáneamente protección, cuidados y estímulos para incrementar la autonomía del anciano, mientras que un ambiente hostil puede tener repercusiones muy importantes que se reflejan a la hora de utilizar los servicios de salud. Por ello, es necesario valorar si la familia puede atender de forma adecuada al enfermo y conocer cuales son sus propios deseos al respecto. Entre los factores que limitan y contribuyen a un inadecuado cuidado domiciliario, el primero es la negativa expresa del paciente, motivado por la sensación de inseguridad e insuficiencia de los cuidados, seguido por el sentimiento de ser carga para su familia, la escasez de recursos sociales, la falta de familiares que colaboren en el cuidado, una vivienda con deficientes condiciones de habitabilidad o la insuficiencia de recursos económicos [2, 5, 6].

La presencia de la familia en el hospital sirve para contrarrestar la anorexia, la inmovilidad, las úlceras e incontinencia que pueden provenir más de la apatía del paciente, que de la propia malignidad. Es necesario revisar las normas hospitalarias en referencia a la familia, puesto que fallecer en su compañía es un derecho básico del enfermo. Así, no debería fijarse un horario estricto de visitas, sino más bien alentar a los visitantes para que permanezcan el tiempo que quieran, siempre que no sobrecarguen al enfermo [2, 3, 6, 22, 50].

Si la familia puede cuidarle en su casa se procurará fomentar su autonomía mediante su adiestramiento en algunas técnicas sencillas de enfermería y de alimentación del paciente, además de ofrecerle otros apoyos físicos y emocionales [3, 4, 5, 7, 25, 26]. Los cuidadores bien adiestrados por enfermeros pueden hacer un trabajo tan eficaz como el de estos profesionales. La participación activa de la familia en los cuidados facilitará el duelo posterior pero ésta puede requerir diversos apoyos para descansar de estas tareas por momentos y tener respiros. Algunos elementos sociofamiliares son las causas más frecuentes de ingreso del anciano terminal, así como cualquier mínimo empeoramiento de su situación sanitaria que motive la pérdida de autonomía, y desborde una situación social ya inestable.

Tabla 13. Criterios de ingreso del anciano en una Unidad de Cuidados Paliativos [22]

- Mal control de síntomas: dolor, disnea o psicológicos (síndrome confusional agudo)
- Urgencias paliativas (riesgo de sangrado masivo, de compresión de vías aéreas, compresión medular, hipercalcemia)
- Reagudizaciones de su patología pulmonar, cardíaca, metabólica, no controladas en el domicilio
- Causas sociofamiliares: claudicación o situación familiar que dificulte la atención del paciente en el medio domiciliario
- Expreso deseo del paciente
- Claudicación del equipo asistencial domiciliario
- Fracturas o cualquier otra cirugía que se decida no operar, infartos de miocardio o cerebrales, gangrenas secas progresivas.

La presencia del médico es positiva tanto para el enfermo como para su familia, para conseguir que el advenimiento de la muerte sea más aceptado y que se adopten actitudes más constructivas [7, 21, 25]. La buena calidad de las atenciones al moribundo, exige, por otro lado, que éstas sean prestadas por un número reducido de personas de diversas disciplinas con criterios uniformes de actuación [4, 6, 13, 21, 22, 25, 43, 52]. Es preciso conseguir que los que están a su alrededor comprendan, respeten su dignidad y le hagan aparecer ante los demás de una manera aceptable para sí mismo, sin mostrar aquello que se considere íntimo o humillante. Los dilemas éticos que se presentan con más frecuencia en el anciano son la alimentación y la hidratación parenteral, y generalmente se resuelven con una buena comunicación con la familia y con el propio paciente, si éste no tiene alteraciones cognitivas, sobre su valor en estos momentos. Se consideran los dos como tratamientos médicos que pueden estar indicados o no en esta etapa según los casos [25]. Tienen un valor simbólico y humanitario y manifiestan cuidado, atención y afecto, repercutiendo sobre la sensación del bienestar del enfermo con independencia de su valor terapéutico pero no está definido su valor en esta situación.

Si el anciano se estabiliza es posible que retorne a su domicilio pero previamente debe evaluarse cómo éste se encuentra, además de otros factores. Para facilitar el traslado al domicilio habrá que ser realistas y se tendrán en cuenta los siguientes elementos: ¿Cuál es su esperanza de vida? ¿Pueden los

familiares proporcionarles los cuidados que requiere? ¿Qué nivel de apoyo va a precisar el cuidador? ¿Cuáles son las condiciones físicas y psíquicas del cuidador? ¿Qué control de síntomas necesita el paciente? ¿Puede el cuidador asumir los cuidados necesarios? ¿Existe un equipo de atención domiciliaria (hospitalización o dependiente de atención primaria) en el área que vive el paciente? [3].

Tabla 14. Marcadores de dificultad de alta o imposibilidad de retorno a domicilio [22]

- Ausencia de cuidadores principales o no válidos
- Dependencia funcional en las actividades de la vida diaria básicas: caídas y alteración de la marcha, demencia, sonda nasogástrica, úlceras por presión, grado de deprivación sensorial
- Mal control de síntomas
- Problemas psicológicos como el miedo a la muerte
- Claudicación emocional
- Considerar que el hospital es el mejor dador de cuidados.

APOYO EN EL DUELO

Es necesario hacer todo lo posible para ofrecer un poco más de paz a los moribundos y a los que con su fallecimiento mueren también un poco [3,21]. El médico y el equipo deben expresar simpatía hacia los familiares después de la muerte y buscar la oportunidad de que otros pacientes de la sala, en caso de que haya ocurrido en el hospital, expresen sus temores. Muchos mayores experimentan la soledad porque no tienen compañía y apoyo de miembros familiares cercanos y es difícil para el equipo de cuidado proveerles de un sustituto adecuado. Algunos muestran resistencia a hablar de estos temas para evitar una invasión de su privacidad. Los cónyuges de los ancianos pueden presentar un alto riesgo de duelo y de institucionalización, que habrá que prevenir con la atención psicológica del duelo patológico y sobre todo con la búsqueda de soporte social, tanto de ocio como otros tipos de ayuda [6]. En ciertos casos cuando una pareja ha estado muy unida y uno de los cónyuges fallece, el otro puede también desear hacerlo a causa de su preocupación sobre su capacidad para manejarse sin el ser querido.

Como corolario, el anciano en fase terminal es un ser que necesita especiales cuidados y protección porque la enfermedad reduce de manera sensible su capacidad de reacción y acentúa más aún su ya inestable equilibrio tanto funcional y social. “Se requiere más tiempo, energía y una mayor donación de sí mismos –dice Conlin [12]– para cuidarles adecuadamente: el esfuerzo es grande pero la recompensa también lo es. Los ancianos son personas sabias, cálidas y maravillosas”. Los Cuidados Paliativos hacen real la solidaridad con ellos y son una opción humanitaria que puede permitirles que vivan con dignidad la última etapa de sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

- AGS ETHICS COMMITTEE (1995): “The care of Dying patients: A Position Statement from the American Geriatrics Society”, en *J. Am. Geriatr Soc*, 43, pp. 577-8.
- ASTUDILLO, A., MENDINUETA, M. (1996): “Cuidados Paliativos en Atención Primaria”, en *Biblioteca Básica Dupont Pharma para el Médico Atención Primaria*. Madrid. pp. 57-84.
- ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C. (1997): “¿Cómo ayudar a afrontar mejor la muerte?”, en *Guía Sociosanitaria para personas mayores*. San Sebastián: Fundazioa Matia, Michelena, pp. 263-270.
- ASTUDILLO, W., MENDINUETA C. (1998): “Importancia de la comunicación en la terminalidad”, en Astudillo W, Muruamendiaraz A. y Arrieta C., *La comunicación en la terminalidad*. Bilbao. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 19-58.
- ASTUDILLO W., MENDINUETA, C. y ASTUDILLO, E. (2002): “Asistencia a la familia ante una muerte esperada”, en: Astudillo W., Mendinueta, C. y Astudillo E. *Cuidados del Enfermo en fase terminal y Atención a su familia*. Barañain: EUNSA, 4º ed., pp. 381-386.
- ASTUDILLO, W., y MENDINUETA, C. (2002): “Cuidados Paliativos en las enfermedades no neoplásicas”, en Astudillo W. Mendinueta, C. y Astudillo E. *Cuidados del Enfermo en fase terminal y Atención a su familia*. Barañain: EUNSA, 4ª Edición. pp. 227-246.
- BAJO, G. J., GARCÍA, J. A., LANDA P. V., MARIJUÁN, A. L. y RODRÍGUEZ, S. J. (1990): “Cuidado del enfermo terminal visto por el médico de familia”, en *Atención Primaria*, 7, 9, pp. 538-546.
- BRADLEY, E. H., PEVUS, V. y WETLE, T. (1998): “Conversaciones sobre Cuidados Terminales”, en *Geriatría*, 48, pp. 1235-1241.

- BAYÉS, R. (2000): "Algunas aportaciones de la Psicología del tiempo a los Cuidados Paliativos". *Medicina Paliativa*, 17: 3, pp. 191-105.
- BRUCE, A. y FERREL, M. D. (1995): "Pain evaluation and management in the nursing home", en *Ann. Intern. Med.*, 123, pp. 681-687.
- COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS (1990): Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Serie de Informes Técnicos, 804.
- CONLIN, M. (1980): "Essentials of Geriatric Care", en *Primary Care*, 7: 4, pp. 595-605.
- CUIDADOS PALIATIVOS. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (1993): Ministerio de Sanidad y Consumo, 10.
- CHASCO, P. (1996): "Nutrición en el anciano oncológico", en *Geriatrika*, 12; 4, pp. 58-61.
- FLÓREZ LOZANO, J. A., ADEVA J. y GARCÍA M. C. (1988): "La comunicación con el anciano", en *JANO*, LV, 1265, pp. 28-32.
- FONTANALS, M. D., MARTÍNEZ F. y VALLÉS E. (1995): "Evaluación de la atención sanitaria en Cataluña. La experiencia del Programa Vida als Anys", en *Rev. Esp. Geriatr. Geront.*, 30 (3), pp. 189-198.
- GABINETE DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS BERNARD KRIEF y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA (1986): *El Médico y la Tercera Edad*. Madrid: Gráficas Nilo, pp. 208-210.
- GARAY, L. J. (1990): "Asistencia al enfermo terminal", en *Patología del Anciano*. Barcelona: Monografías Serie Europharma, pp. 9-12.
- GINER, M., BERNAT, G., PESET, R., ROCA, M. R. y MARCO, A. (1998): "Principios de Oncología Geriátrica", en *Geriatrika*, 14 (4) 207, pp. 50-57.
- GLOTH, M. (2001): "Dolor y paciente anciano", en *Modern Geriatrics*, 13; 3, pp. 94-97.
- GOL GURINA, J. (1987): "Actitud del médico ante el enfermo incurable. El derecho a morir con dignidad", en Foz Sala, Erill y Soler-Argilaga, *Terapéutica en Medicina Interna*. Barcelona: Doyma, pp. 1079-1084.
- GÓMEZ- PAVÓN, J. (1999): "Cuidados geriátricos en las unidades de cuidados paliativos hospitalarias", en *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 34 (S2), pp. 13-23.
- GÓMEZ PAVÓN, J., GARCÍA, M., NAVARRO, E. y VÁZQUEZ, C. (2001): "Control de los síntomas en el paciente anciano con enfermedad en fase terminal", en *Cuidados Paliativos en las personas mayores*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, pp. 33-71.
- GRON, S., ZECH, D., DIEFENBACH, C. y BISHOFF, A. (1994): "Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: a prospective evalua-

- tion of 1645 cancer patients referred to a pain clinic”, en *J. Pain Symptom Manage*, 9, pp. 372-382.
- GRUPO DE CUIDADOS PALIATIVOS (1998): *Aspectos psicosociales del enfermo terminal*. Barcelona: FYC, pp. 95-100.
- GRUPO DE TRABAJO DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA SEGG (1999): “Editorial”, en *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 34 (S2), pp. 1-3.
- JIMÉNEZ, E. F. y GARCÍA P. (1999): “Cuidados paliativos y de soporte en asistencia geriátrica domiciliaría”, en *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 34 (S2), pp. 24-33.
- LEY, C. H. (1989): “The elderly and Palliative care”, en *J. Palliative Care*, 5 (4), pp. 43-45.
- LICHTER, I. (1987): *Communication in Cancer Care*. Edinburgh: Churchill Livingstone, pp. 133-134.
- LIVESLEY, B. (1990): “Tratamiento del paciente terminal”, en *Principios y Práctica de la Medicina Geriátrica*. Madrid: CEA. Vol. VI, pp. 185-193.
- LÓPEZ ARANGUREN, J. L. (1992): *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- MC CAFFERI, M. y BEEBE, A. (1992): “Dolor”, en *Manual Clínico para la práctica de Enfermería*. Barcelona: Salvat Edit., pp. 327-343.
- MC CUSKER, J. (1984): “The terminal Period of cáncer. Definition and descriptive”, in *J. Chronic. Dis.*, 37, pp. 377-385.
- MILLARD, P. H. (1988): “Muerte y últimas atenciones”, en *Tratado de Geriátrica*. Colección Farmitalia Carlo Erba. Barcelona: JIMS, pp. 508-515.
- MOSLEY, J. G. (1988): *Palliation in Malignant Disease*. Edinburgh: Churchill Livingstone, pp. 142-143.
- NÚÑEZ, O. J. M. (1996): “El problema del dolor en el enfermo terminal Geriátrico”, en J. M. Ribera, G. Gil. *Clínicas Geriátricas, Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Madrid: Editores Médicos S.A., pp. 149-152.
- OKEN, M. N. et al. (1982): *Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group*. *Am. J. Clin. Oncol.*, 5, p. 649.
- PÉREZ, M. A., QUESADA, F. y LINARES, J. (1997): “La comunicación con el enfermo terminal”, en *Formación Médica Continuada*, 4: 3, pp. 207-213.
- PORTENOY, R. K. y FARKASH, A. (1989): “Tratamiento del dolor no maligno en el anciano”, en *Modern Geriatrics*, pp. 122-131.
- PRESTON, C. E. (1977): “The aged and euthanasia”, en *The experience of dying*. New York: Prentice Hall. Englewood Cliffs, pp. 287-294.

- RESNICK, N. M. (1996): "Medicina Geriátrica", en L. M. Tierney, S. J. Phee, M. Papadakis, *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México: Manual Moderno, pp. 33-84.
- REXACH, C. L. (1997): "Cuidados del paciente terminal", en *Geriatría en Atención Primaria*. Barcelona: J. M. Rivera y A. J. Cruz Jentoft. Uriach, pp. 53-69.
- REXACH, C. L., GUTIÉRREZ, B. C. y CAPÓ, P. M. (1999): "Actividad e idoneidad de los equipos geriátricos consultores hospitalarios en los cuidados paliativos", en *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 34 (S2), pp. 33-41.
- RIBERA, C. J. y DEL NOGAL, M. (2001): "Cáncer y vejez", en *Geriatría y Cáncer*, 15: 3, pp. 81-88.
- ROCA, J., LEDESMA, A. y ESPAULELLA, J. (1994): "Cuidados Paliativos en Atención Primaria", en *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 1; 2, pp. 88-103.
- SANZ, M. P., GONZÁLEZ, C., ÁLVAREZ, S., FERNÁNDEZ-VALMAYOR, C., GALLEGO, P., BERMEJO, F. y DEL CASTILLO, A. (1999): "Entrevista y comunicación con el anciano", en *Atención Primaria y Salud Mental*, 2: 2, pp. 52-58.
- SEPÚLVEDA, D. y JIMÉNEZ, C. (1999): "Cuidados Paliativos en unidades geriátricas de agudos", en *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 34 (S2), pp. 5-12.
- SLOSS, E., SALOMON, D., SHEKELLE, P. et al. (2000): "Selecting target conditions for quality of care, improvement in vulnerable older adults", en *J. Am. Geriatr. Soc.*, 48 (4), pp. 363-369.
- STAUT, G., CAMPAGNER, L., CAVALLIERI, F. y GRASELLI, L. (1997): "Cancer in the oldest old. What have we learned from autopsy studies?", en *Clin. Geriatr. Med.*, 13, pp. 55-68.
- STUART, B. (1999): "The NHO Medical Guidelines for non-cancer disease and local medical Review Policy: Hospice access for patients with diseases other than cancer", en *The Hospice J.*, 14(3-4), pp. 139-154.
- TORAL, A. (1997): "El dolor crónico", en *Geriatría en Atención Primaria*. Barcelona: J. M. Rivera C., A. J. Cruz Jentoff. Uriach, pp. 61-69.
- TWYXCROSS, R. G. y LACK, S. (1983): *Symptom control in far advanced cancer Pain relief*. Londres: Pitman Press, pp. 43-55.
- VILLA, L. F. (2000): "Pacientes de edad avanzada", en *Medimecum*. Madrid: Adis Internacional, p. 799.
- VON GUNTEN, S. (1998): "Special care for elderly patients", en *Eur J. Palliat Care*, 5, pp. 162-164.
- WOO, E. (1986): "Tratamiento farmacológico en la Senectud", en Walsh T., *Manual de Problemas Clínicos en Medicina Geriátrica*, Emalsa S.A, pp. 23-29.