

Capítulo 29

Cuidados respiratorios domiciliarios en el paciente con enfermedad respiratoria oncológica avanzada irreversible

Cayo García Polo

Neumología

Hospital Universitario Puerta del Mar

Cádiz

Guillermo Moratalla Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de Salud Loreto-Puntales

Cádiz

Eduardo Segura Fernández

Medicina Interna

Hospital Universitario Puerta del Mar

Cádiz

Colaboración especial:

Cristina Martínez Fernández

Enfermera de la Unidad de Cuidados Paliativos de Cádiz

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y SITUACIONES ESPECIALES

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es una neoplasia muy frecuente en el mundo, siendo el tipo de cáncer más frecuente en el sexo masculino y uno de los más frecuentes en el femenino. Constituye un problema de salud a escala mundial, calculándose que cada año mueren en el mundo un millón de personas por esta enfermedad.

En España, los datos son igualmente desalentadores, con unas tasas medias de incidencia estimadas en 1990 de 52 y 4 casos/100.000 en varones y mujeres, respectivamente, siendo la edad media de los casos, en el momento del diagnóstico, de 65 años. El tipo histológico más frecuente en varones es el carcinoma escamoso y en mujeres el adenocarcinoma.

Por su clara asociación al consumo de tabaco y sus derivados, es previsible que su incidencia aumente en las próximas décadas debido al incremento del consumo de tabaco en los últimos años, especialmente en el caso de las mujeres, donde la asunción del hábito tabáquico al mismo nivel que los hombres está haciendo que sea, en algunos países, el tumor más frecuente en ellas.

Como la mayoría de los tumores sólidos, el de pulmón es habitualmente diagnosticado en fases avanzadas de su historia natural. Esto conlleva que su mortalidad a 5 años, desde el diagnóstico, sea de un 85 al 90%, siendo el 80% de los pacientes inoperables.

Dado que la mayoría de los pacientes que padecen un cáncer de pulmón morirán por su causa (aproximadamente un 85%), es obvio pensar que la mayoría padecerán uno o más síntomas relacionados en el curso de su enfermedad. Dichos síntomas estarán provocados por el propio tumor, metástasis intratorácicas, extratorácicas y por secreción de determinadas sustancias.

No cabe duda que, por lo anteriormente expuesto, especialmente por su nefasto pronóstico, la aparición de estos síntomas provocarán una importante alteración en la calidad de vida del sujeto, siendo necesaria la paliación de dichos síntomas.

Es necesario, por tanto, conocer y saber instaurar un procedimiento de prestación de cuidados al paciente y a sus cuidadores, incluyendo la etapa de duelo, de manera que se coordine un programa de cuidados paliativos hospitalarios, a domicilio y en atención primaria para obtener una atención adecuada de los problemas de salud que pueden presentar estos pacientes en la historia natural de su enfermedad.

CLÍNICA DEL CÁNCER DE PULMÓN

Más del 90% de los pacientes con cáncer de pulmón están sintomáticos en el momento del diagnóstico, fundamentalmente a expensas bien de síntomas constitucionales inespecíficos (anorexia, astenia y pérdida ponderal) o relacionados con metástasis extratorácicas. Debe sospecharse en toda exacerbación aguda de la EPOC cuando no cede con el tratamiento habitual.

SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL TUMOR PRIMARIO

La tos es el síntoma más frecuente de este grupo, provocada fundamentalmente por la obstrucción intrínseca o extrínseca (por adenopatías) de bronquios proximales. La disnea acontece en el 60% de los casos y suele asociarse a un aumento de la tos y la expectoración. La hemoptisis raramente es severa y suele presentarse en forma de expectoración hemoptoica. Dolor torácico, estridor y sibilancias son otros síntomas posibles en este grupo.

SÍNTOMAS RELACIONADOS CON METÁSTASIS INTRATORÁDICAS

- Parálisis del nervio recurrente (2-18%). Voz bitonal.
- Parálisis frénica. Disnea con elevación diafragmática.
- Tumor de Pancoast. Asienta en el *sulcus* superior afectando precozmente al plexo braquial y raíces nerviosas 8ª cervical y 2ª torácica. Causa dolor, parestesias y cambios en la temperatura en el miembro superior afecto así como síndrome de Horner.
- Pared torácica. Más del 50% de los casos de cáncer de pulmón van a tener dolor torácico en el curso de su enfermedad. Responde a afectación mediastínica importante (retroesternal) o infiltración de costillas por el tumor.
- Pleura. Aparece del 8 al 15% de casos en forma de dolor pleurítico por infiltración directa o derrame pleural por obstrucción linfática.
- Síndrome de vena cava superior. En el 0-4% de casos está presente, especialmente en el tipo microcítico. Se presenta como edema facial y cervical, circulación venosa visible en tórax superior, hombros y brazos, cefalea, tos y disfagia.
- Corazón y pericardio. Producidas por afectación linfática directa en forma de derrame pericárdico.

SÍNTOMAS RELACIONADOS CON METÁSTASIS EXTRATORÁDICAS

- Huesos (25%): Especialmente en esqueleto axial y huesos largos proximales, en forma de dolor.
- Hígado, suprarrenales y ganglios abdominales.
- Cerebro (30%) y médula espinal. Se presentan como cefalea, convulsiones y cambios en la personalidad.
- Ganglios linfáticos. Los de la fosa supraclavicular aparecen en el 15-20% de casos.

SÍNTOMAS RELACIONADOS CON SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS

Son un grupo de alteraciones clínicas asociadas con el tumor, pero sin afectación física directa ni por sus metástasis. Aparecen en el 10% de los casos, su extensión no tiene relación con el tamaño del tumor y en algunos casos, puede preceder al diagnóstico del tumor en sí. En general, el tipo histológico más comúnmente envuelto en estas entidades es el microcítico ^a.

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y SITUACIONES ESPECIALES

Comentario

^a Los síndromes paraneoplásicos asociados con el cáncer de pulmón son:

- Endocrinos: SIADH, hipercalcemia no metastásica, síndrome de Cushing, ginecomastia, hiperglucemia, hipertiroidismo, síndrome carcinoide y elevación de calcitonina, TNF, LH y FSH séricas.
- Neurológicos: neuropatía sensitiva subaguda, mononeuritis múltiple, pseudoobstrucción intestinal, síndrome de Eaton-Lambert y encefalomielitís.
- Esqueléticos: osteoartropatía hipertrófica neúmica.
- Otros: glomerulonefritis, síndrome nefrótico, acidosis láctica e hipouricemia.

ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN

La organización asistencial de los cuidados paliativos del paciente con cáncer de pulmón no difiere, en general, de la de otros pacientes oncológicos. En Andalucía, dicha organización queda claramente definida en la Guía del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, publicada por la Consejería de Salud, y constituye el marco de referencia actual en el ámbito de la sanidad pública.

La coordinación entre los distintos profesionales y medios en que el paciente es asistido, se establece mediante la creación del comité decisorio, cuyas funciones principales son: decisión sobre la inclusión en programa de cuidados paliativos, qué programa es adecuado en cada momento (hospital o domicilio) y algunos aspectos organizativos del programa (en particular en el domicilio). La tendencia es potenciar los programas en domicilio, siempre que sea posible. En la siguiente tabla se expresan los criterios para ingreso en los distintos programas.

Criterios para ingresar en el programa de cuidados paliativos en el núcleo familiar

- Cumplir la definición de enfermedad oncológica terminal que demanda cuidados paliativos (no importa en qué fase se encuentre de la etapa terminal).
- Existencia de un núcleo familiar que asuma el programa, con clara identificación del cuidador principal.
- Existencia de una estructura de cuidados paliativos con capacidad de asumir el programa de cuidados paliativos de acuerdo a lo descrito en este proceso.
- Consentimiento del paciente.

Criterios de ingreso hospitalario del paciente subsidiario de programa de cuidados paliativos

- Al momento inicial: Situación clínica, inexistencia de núcleo familiar y/o ausencia de estructura de cuidados paliativos que pueda asumir el programa de cuidados paliativos en el domicilio.
- En el curso de estancia de Programa de cuidados paliativos a domicilio: Incidencia evolutiva cuya resolución persigue una mejoría en la calidad de vida del paciente en programa a domicilio y que no pueda ser llevada a cabo en casa y/o claudicación familiar.

Cuidados respiratorios domiciliarios

Aunque el comité decisorio lo integran un gran número de profesionales, se consideran esenciales los siguientes: el proveedor (que debe documentar las evidencias que acreditan el carácter terminal de la enfermedad tumoral), el responsable de la atención a domicilio y el responsable de la atención en el Hospital (ambulatoria o encamado). Está, pues, claramente definido el papel esencial del médico y la enfermera de familia en el programa de cuidados paliativos. El equipo de atención primaria es el principal responsable de la atención domiciliaria programada y se coordinará con las unidades de apoyo (cuando existan) y con la unidad hospitalaria. Sus funciones se exponen en la siguiente tabla:

| Médico de familia | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de usuarios • Asistencia coordinada con UCP • Planificación de estrategia asistencial • Valoración de necesidades | <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia domiciliaria compartida • Apoyo logístico en sesiones clínicas • Docencia |
| <p>Las características de la calidad de sus competencias serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Evitar derivaciones tardías y realizar la evaluación de la familia para valorar la posibilidad domicilio-hospital. | |
| Enfermera de familia | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de usuarios • Asistencia coordinada con UCP • Valoración de necesidades | <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia domiciliaria compartida • Docencia |
| <p>Características de la calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Asesorar al personal facultativo de AP para evitar derivaciones tardías. | |
| Trabajador social | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar los recursos sociales | <ul style="list-style-type: none"> • Docencia. |
| <p>Características de la calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Asistencia rápida y eficiente por personal especialmente formado y capacidad de trabajo en equipo multidisciplinar. | |

El trabajo en el domicilio se organizará en función de las disponibilidades de los equipos pero, en líneas generales, la enfermera de familia será la persona con presencia más continua en las visitas. El médico de familia planificará el seguimiento del paciente y actuará principalmente en el control de síntomas. Tanto el médico como la enfermera de familia serán también responsables del control de las patologías que presente el paciente, distintas al proceso oncológico.

Especialmente importantes serán las actuaciones en el cuidado de transición que consiste en aquél que se debe proporcionar en el paso de una etapa de la enfermedad a otra, o de un lugar de cuidado a otro. Por tanto, es imprescindible hacer una planificación detenida en las altas del hospital y en las situaciones de cambio. En cada transición hay que reevaluar a la familia para decidir la conveniencia de la continuidad

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y SITUACIONES ESPECIALES

del programa de cuidados paliativos en el domicilio. Desde el punto de vista médico, es primordial que el médico de familia disponga de una información suficiente sobre los tratamientos administrados (especialmente quimioterapia) para conocer cuáles son las posibles reacciones adversas o situaciones de urgencia que haya que observar en relación al efecto de dichos tratamientos.

En cuanto al apoyo psicológico y la atención integral (biopsicosocial), son habilidades que deben formar parte imprescindible de las competencias de todos los profesionales que atiendan al paciente. La mayoría de las veces se podrá prestar ayuda sin requerir intervenciones de psicólogos, las cuales deben quedar reservadas a situaciones claramente disfuncionales.

PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN ÁREA SANITARIA

Aunque todo queda bastante definido en la guía del proceso asistencial mencionada al principio del anterior epígrafe, proponemos una serie de ideas prácticas para tener en cuenta en la organización de la atención integral a estos pacientes.

- Disponer de una historia clínica portátil, en caso de que no se disponga de historia clínica única en Intranet. La historia portátil es un elemento esencial para coordinar la atención y servir de apoyo a los equipos que atienden al paciente ocasionalmente (unidad de apoyo en cuidados paliativos domiciliarios y equipos de emergencia).
- La familia debe conocer cuándo y con quién contactar en distintas situaciones, por lo que el médico y la enfermera de familia deben planificar dicha información: teléfonos de los equipos de emergencia de atención primaria; horarios y teléfonos del médico y la enfermera de familia, de la unidad de cuidados paliativos del hospital, del enfermero de enlace, del trabajador social y de la unidad de cuidados paliativos domiciliaria, que actuará como unidad de apoyo al equipo de atención primaria.
- El enfermero de enlace y el trabajador social deben ser elementos importantes para garantizar la adecuada gestión y coordinación de los recursos asistenciales y sociales, y detectar situaciones de crisis o claudicación familiar que comprometan el adecuado seguimiento del programa en el domicilio.

MANEJO Y TRATAMIENTO UNIFICADO DE LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES

CONTROL DEL DOLOR

El origen del dolor es variado: progresión del tumor y patología asociada (por ejemplo infiltración nerviosa), procedimientos diagnósticos o terapéuticos (efectos tóxicos de quimio y radioterapia) y situaciones intercurrentes (infecciones asociadas).

Cuidados respiratorios domiciliarios

El tratamiento debe ser individualizado para cada paciente. Es preferible el uso de la vía oral, aunque existen vías alternativas interesantes (transdérmica o subcutánea). Se recomienda evitar la vía intramuscular para la administración regular de medicación analgésica (es dolorosa y de absorción no predecible).

Hay que evaluar periódicamente la intensidad del dolor mediante una escala que pueda ser realizada con facilidad en cada visita (escalas numéricas, verbales o la escala visual analógica). Esto guiará la toma de decisiones en lo que respecta a modificaciones en la dosis o cambios de medicación.

La medicación analgésica debe administrarse con control horario. La medicación analgésica "a demanda" sólo debe indicarse como rescate. Hay que anticiparse a los efectos secundarios más frecuentes y tratarlos profilácticamente (prescribir laxantes en pacientes que tomen opiodes, administrar un antiemético durante los primeros días de tratamiento con mórficos o administrar un antisecretor cuando se empleen AINES).

En general es recomendable seguir la escala analgésica de la OMS que utiliza los fármacos de manera escalonada en 3 pasos, en función de su intensidad, tal como se describe en la siguiente tabla:

| Dolores leves-moderados | |
|---|--|
| Fármacos | Dosis |
| • Paracetamol | • 500-1.000 mgr / 6 h |
| • AINES | |
| – Metamizol | • 500-2000 mgr / 6 h |
| – Ibuprofeno | • 400-800 mgr / 8 h |
| – Ketorolaco | • 10 mgrs / 6-8 h |
| Opioides menores | |
| Fármacos | Dosis |
| • Codeína | • 30-60 mgr/4-6 h |
| • Dihidrocodeína | • 60-120 mgr/12 h |
| • Tramadol | • 50-100 mgr/6 h |
| • Tramadol retard | • Dosis diaria administrada en 2 tomas/día |
| Opioides mayores | |
| • Morfina | |
| El más usado. Existen presentaciones de liberación rápida (ideal para titular dosis y como medicación de rescate) y de liberación retardada (se administran cada 12 horas). También es posible la vía subcutánea. La morfina no tiene techo terapéutico, es decir, puede administrarse tanta cantidad como sea necesaria para el adecuado control del dolor, siempre que no aparezcan efectos secundarios que hagan aconsejable una reducción de dosis o una rotación de opioide. | |
| • Fentanilo y Buprenorfina | |
| De administración transdérmica. La buprenorfina es un agonista parcial de los receptores μ que no precisa receta de estupefacientes. Se recambian cada 72 h. | |
| • Citrato de fentanilo oral transmucosa | |
| Medicamentos de rescate. Las dosis de rescate deben individualizarse y titularse en cada paciente. | |

(continúa)

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y SITUACIONES ESPECIALES

(continuación)

Medicación adyuvante

Los pacientes no controlados con medicación exclusivamente analgésica pueden beneficiarse de la adición de esta medicación (fármacos cuya acción principal no es analgésica pero que tienen probada eficacia en determinados tipos de dolor): antidepresivos tricíclicos y algunos anticonvulsivantes en el dolor neuropático, corticoides en dolores óseos y dolor por compresión nerviosa, bifosfonatos y calcitonina cuando el dolor está originado por metástasis óseas

CONTROL DE LA DISNEA

La afectación directa del pulmón (originando restricción o por ocupación de las vías principales), las alteraciones indirectamente producidas por el tumor (neumonía obstructiva, derrame pleural), las complicaciones derivadas de los tratamientos aplicados, la comorbilidad asociada (EPOC, malnutrición) y las complicaciones respiratorias que aparezcan (embolismo pulmonar, infecciones) pueden ser causas de disnea en los enfermos con cáncer de pulmón.

El tratamiento de la disnea comienza por tratar la causa que la produce, cuando es posible. Se usan agonistas Beta-2, anticolinérgicos y corticoides en caso de broncoespasmo. Si la causa es un derrame pleural, se remite al hospital para toracocentesis y pleurodesis. Cuando la causa es una linfangitis o toxicidad pulmonar por radio o quimioterapia, puede beneficiarse del uso de corticoides. En presencia de infección deben usarse antibióticos.

Pocos estudios han evaluado la eficacia de la oxigenoterapia en la disnea de los pacientes con cáncer de pulmón. No hay normas específicas para su indicación. Parece demostrado que hay una mejoría en la sensación de disnea y un beneficio psicológico (aumento de la seguridad del paciente al disponer de oxígeno) que hacen aconsejable su uso.

Cuando lo anteriormente expuesto no es suficiente, se aconseja el uso de morfina, que produce una mejoría en la sensación subjetiva de disnea. La morfina disminuye la frecuencia respiratoria, la sensibilidad del centro respiratorio a la hipercapnia y el consumo de oxígeno. Se recomienda titular las dosis de morfina al comienzo de su administración, iniciando dosis de 2,5-5 mgr de morfina de liberación rápida vía oral/4 h e ir subiendo dosis hasta conseguir un adecuado control. Posteriormente, la dosis total diaria utilizada puede administrarse en dos dosis con presentaciones de liberación sostenida. Si el paciente ya tomaba morfina, la dosis diaria de morfina debe incrementarse un 50%. Es conveniente informar sobre los efectos secundarios (en especial la sedación) y prevenirlos en lo posible.

La disnea genera ansiedad y ésta aumenta la sensación de disnea. Para romper este círculo vicioso se pueden usar ansiolíticos a dosis bajas (diazepam 5-10 mgr/8-12 h oral o lorazepam 0,5-2 mgr sublingual, que puede administrarse en caso de ataque de pánico respiratorio).

Cuidados respiratorios domiciliarios

Además del tratamiento farmacológico, se recomienda el uso de técnicas de relajación y de control de la respiración, colocar al paciente en una postura favorable (incorporado), favorecer la presencia de una corriente de aire y el acompañamiento del paciente por alguna persona en los momentos de mayor disnea.

CONTROL DE LA TOS

Las causas de tos son similares a las que producen disnea por lo que el tratamiento se enfocará hacia la corrección de éstas (broncodilatadores, antibióticos y corticoides).

Disponemos de 2 tipos de antitusígenos, los no narcóticos (dextrometorfano; 10-30 mgr/4-8 h, que carece de los efectos analgésico, narcótico y depresor del SNC) y los opioides, representados por la codeína y la morfina.

A la hora del tratamiento, hay que distinguir entre la tos no productiva (en la que están indicados de entrada los antitusígenos) y la tos productiva. En este caso dependerá de si el paciente es capaz de expectorar o no. En caso de poder hacerlo se recomienda la humidificación del aire, fisioterapia respiratoria (cambios posturales, *clapping*), uso de mucolíticos, evitando los antitusígenos, a menos que la tos sea extenuante, cause complicaciones como fractura costal o impida dormir (en este caso se recomienda administrarlo sólo por la noche). Si el paciente no puede expectorar por estar muy debilitado, habrá que valorar la necesidad de usar antitusígenos e hioscina subcutánea (0,5-1 mgr/6-8 h) para secar las secreciones respiratorias y evitar aspirar secreciones ya que, por lo general, son mal toleradas por el paciente.

CONTROL DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La ansiedad y la depresión pueden ser consideradas respuestas normales tras el diagnóstico de una enfermedad grave. Estas reacciones de ajuste emocional se suelen resolver en pocas semanas. Sin embargo, a veces se desarrollan cuadros severos que, de no ser tratados, añaden sufrimiento y amenazan la posibilidad de afrontamiento y comunicación con los demás. Por esto la presencia de depresión y ansiedad siempre debe ser explorada.

El tratamiento incluye terapias no farmacológicas (técnicas de relajación, control de la respiración, masajes, que incrementan en el paciente la sensación de participación y control) y las terapias farmacológicas. Para la depresión pueden emplearse antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, 25-50 mgr al acostarse, que pueden incrementarse a 25-50 mgr/8h, con considerables efectos anticolinérgicos) o inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (sertralina 50-100 mgr/día o paroxetina 20 mgr/día, con pocos efectos anticolinérgicos y no son sedativos). Para la ansiedad se recomienda usar benzodiazepinas durante periodos cortos o de forma intermitente. En casos de ansiedad aguda severa se recomienda lorazepam 1-2,5 mgr oral o sublingual o midazolam 5-10 mgr vía subcutánea.

OTROS SÍNTOMAS Y COMPLICACIONES

- **Síndrome de vena cava superior.** La terapéutica de elección, en este caso, es la radioterapia externa sobre el tumor, que ha demostrado una efectividad del 80% de los casos en el tipo no microcítico. En el tipo microcítico, la asociación con quimioterapia mejora el manejo de esta complicación. Una alternativa cada vez mas utilizada es la angioplastia de cava superior, seguida de la colocación de una prótesis autoexpandible metálica, que obtiene similares resultados que la radioterapia
- **Metástasis óseas líticas.** Es una manifestación de un estadio avanzado de la enfermedad (estadio IV) por lo que requerirá paliación de síntomas, con toda seguridad. El dolor está causado por inflamación del periostio, por lo que el manejo inicial debe dirigirse a controlarla. La radioterapia debe ser considerada como el método inicial no farmacológico de elección, alcanzando un 90% de éxito en reducir el dolor, haciéndolo desaparecer en un 50% de los respondedores. Además, la asociación radioterapia + esteroides orales (prednisona 20-40 mgr/día) mejora la reducción del dolor. En casos seleccionados, o cuando la radioterapia no es suficiente o no está indicada, se puede recurrir a la cirugía estabilizadora o bloqueo nervioso.
- **Derrame pleural.** El objetivo del tratamiento, en este caso, es el de reducir lo más posible la disnea que tendrá el paciente. El primer paso consiste en realizar una toracocentesis evacuadora para comprobar el alivio de disnea que provoque, así como la velocidad de reaparición del derrame. Si aparece con rapidez de nuevo la sintomatología, se procederá a realizar una pleurodesis química por medio de tubo de drenaje torácico o pleuroscopia, que consiste en instilar una sustancia sinfisante (habitualmente talco o tetraciclina) en la cavidad pleural, que impida la reaparición del derrame. La resolución completa del derrame con esta técnica alcanza el 65%. Alternativas a la pleurodesis son la derivación pleuroperitoneal, catéteres pleurales permanentes y la terapia sistémica (quimioterapia en el derrame del tipo microcítico).
- **Hemoptisis.** El manejo dependerá de su intensidad. La hemoptisis leve o expectoración hemoptoica suele controlarse con métodos conservadores, fundamentalmente a base de reposo y antitusígenos (dextrometorfano; 10-30 mgr/4-8 h o codeína; 30-60 mgr/6-8 horas). Si las medidas iniciales no son efectivas se recurrirá al tratamiento endoscópico del sangrado (instilación de suero frío, adrenalina, taponamiento o técnicas intervencionistas), radioterapia sobre la lesión sangrante o embolización terapéutica de la arteria bronquial sangrante previa arteriografía bronquial.
- **Tratamiento endoscópico paliativo.** Cada vez adquiere mas auge la indicación de estas técnicas, agrupadas bajo la denominación de neumología intervencionista, que, en este caso, persiguen la permeabilización de la luz bronquial evitando, así, las complicaciones propias de la obstrucción bronquial proximal que acontecen en más de un 30% de los cánceres de pulmón, como la disnea, tos, hemoptisis, atelectasia y neumonitis postobstructivas. Habitualmente se realiza con broncoscopia rígida, mediante desobstrucción mecánica, electrocoagulación, láser y colocación de prótesis bronquiales.

MANEJO DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Según la Ley de la Sanidad Española (BOE 102, 29 de abril de 1986, páginas 15.209-15.210) "Todo enfermo tiene derecho a que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal o escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas del tratamiento". De la misma forma, el enfermo puede rehusar esta posibilidad y tiene derecho a no ser informado, si así lo expresa.

Para lograr una buena atención al paciente son fundamentales la información y la comunicación. En nuestro ámbito cultural, lo más frecuente es que los familiares se opongan frontalmente a que el enfermo reciba información sobre su diagnóstico y situación, lo cual genera dificultades en la relación médico-paciente-familiares. Debemos intentar romper la "conspiración de silencio", convenciendo a los familiares de que el conocimiento de la verdad repercute positivamente en el bienestar psicológico del paciente, ya que le permite establecer una relación más abierta y descargar sus sentimientos. Hay que evitar engañar al enfermo. Mentir implica negarle el derecho a decidir sobre sí mismo al final de su vida, eliminando la posibilidad de poner en orden sus asuntos pendientes, resolver conflictos, dictar voluntades o despedirse.

Antes de informar deberíamos plantearnos 3 preguntas: ¿qué es lo que sabe?, ¿qué es lo que quiere saber? y ¿está preparado para recibir la información?

La información es un proceso gradual al que hay que dedicar tiempo para descubrir lo que quiere saber, lo que puede soportar y la capacidad para asimilar información. La mayoría de las veces, la información deberá darse poco a poco, suavizada ("verdad soportable"). No todo se reduce a decir la verdad, hay que ayudar a asimilarla y dar esperanza. Una vez finalizada la entrevista con el paciente es conveniente hacer preguntas del tipo ¿cómo se siente?, ¿qué es lo que más le preocupa de lo que hemos hablado? o ¿qué otras cosas le preocupan?

Para dar información es importante que exista una buena comunicación. Para establecer una buena comunicación primero hay que saber escuchar. Escuchando conoceremos mejor las respuestas que el enfermo tiene que recibir en cada momento. Una buena comunicación no se consigue sólo con utilizar las palabras adecuadas. También hay que considerar la comunicación no verbal: la actitud del informador, la posición que adopta (se recomienda que el informador se siente al lado del paciente o en la cama), los gestos, el contacto físico (el tacto comunica confianza, apoyo y señal de no abandono), la mirada a los ojos y la elección de un marco íntimo y confortable complementan y acentúan la expresión verbal. En estos momentos, los pacientes son muy receptivos y sensibles a la comunicación no verbal. Es fundamental empatizar, transmitirle al interlocutor que entendemos y compartimos sus sentimientos. Esto genera bienestar en el paciente y la familia aumentando su confianza en el equipo, lo cual facilita la aplicación de cuidados paliativos en el domicilio.

TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y SITUACIONES ESPECIALES

MEDIDAS FINALES

La actitud terapéutica varía en el curso de la enfermedad. Superada la fase de terapia con intención curativa entramos en la fase paliativa, en la que prima el mantenimiento de la calidad de vida. Al avanzar, la enfermedad llega a la fase agónica en la que el tratamiento se reorientará para garantizar una "muerte digna" sin agresividades injustificadas.

En la fase agónica el tratamiento farmacológico debe simplificarse al máximo, empleando sólo medicamentos de utilidad inmediata. La administración oral de medicación puede estar limitada, por lo que puede ser necesario un cambio de vía de administración (vía subcutánea o rectal). La nutrición e hidratación artificiales no están indicadas. Los cambios posturales pueden espaciarse e incluso suspenderse.

Los síntomas fundamentales, en esta fase, habitualmente pueden controlarse en el domicilio: dolor y disnea pueden ser manejados con la administración de morfina, el *delirium* puede tratarse con neurolépticos o midazolam y los estertores con escopolamina o con N-butilbromuro de hioscina, todos ellos por vía subcutánea de forma intermitente o en administración continua mediante infusores.

Un dilema que se plantea con frecuencia es dónde debe morir un paciente. Cuando se plantea la pregunta de dónde le gustaría morir, la mayoría de las personas responden que en su casa. El domicilio facilita la presencia continuada de familiares, es un medio conocido lo cual da seguridad, la comida está preparada según los gustos del paciente, proporciona mayor intimidad que el hospital y se gana en libertad (no se está sujeto a los horarios hospitalarios). Para que esto sea posible, es fundamental que la familia se sienta respaldada por el equipo de Atención Primaria. En algunas ciudades se dispone, además, de equipos especializados en Cuidados Paliativos domiciliarios que sirven de apoyo a los familiares y a los profesionales sanitarios.

Sin embargo, en ocasiones es el propio enfermo el que prefiere estar hospitalizado o los familiares no pueden o no quieren asumir los cuidados finales. En estos casos está justificada la hospitalización, a ser posible en una Unidad de Cuidados Paliativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. José Luis García Puche et al. Cuidados paliativos. Proceso asistencial integrado. 2001. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
2. Paul A Kvale; Michael Simoff; Udaya B Prakash. Palliative Care. Chest 2003; 123: 284S-311S.
3. John P Griffin; Judith E Nelson; Kathryn A Koch et al. End-of-life care in patients with lung cancer. Chest 2003; 123: 312S-331S.
4. Michael A. Beckles; Stephen G. Spiro et al. Initial evaluation of the patient with lung cancer. Chest 2003; 123: 97S-104S.
5. National Cancer Institute. Planificación del cuidado de transición. (PDQ): supportive care. [en línea] <http://www.cancer.gov>