

Artículo de revisión

Cuidados Paliativos y Envejecimiento.

Autores: [José R. Rodríguez Rodríguez](#),* Vivian Zas Tabares,** Caridad M. González Díaz***, Dra. Yamila Corp Quijano****

* Especialista de I Grado en Medicina Interna y de II Grado en Gerontología y Geriatria. Ms.C Longevidad Satisfactoria.

** Especialista de I Grado Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatria. Ms.C Longevidad Satisfactoria.

*** Especialista de I en Gerontología y Geriatria. Ms.C Longevidad Satisfactoria

****Especialista de I Grado en Psiquiatria.

**Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.**

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"

RESUMEN

Objetivos: Revisar la importancia y necesidad de aplicar los Cuidados Paliativos o continuados en los ancianos. **Desarrollo:** La Medicina Paliativa o Cuidados continuados actualmente van desde los cuidados médicos a pacientes en estado terminal y donde el objetivo fundamental es la mejora de la calidad de vida, hasta los cuidados de pacientes con enfermedades de mal pronóstico pero cuya muerte no parece cercana. Con el envejecimiento poblacional es mayor el número de ancianos frágiles y personas portadoras de Enfermedades Crónicas no Transmisibles o Enfermedades Crónicas Avanzadas, que requerirán en su evolución la aplicación de Cuidados Paliativos, todas ellas con criterios específicos para el inicio de este tratamiento; surgiendo el concepto de trayectoria clínica, útil para que el equipo de salud evalúe la conducta seguida y a seguir con el enfermo. La Gerontología y Geriatria y los Cuidados Paliativos son dos especialidades cuyos principios básicos tienen semejanza. Los ancianos tanto oncológicos como no oncológicos presentan similitud en los síntomas más frecuentes. **Conclusiones:** La medicina paliativa, ofrece un modelo de salud diferente e innovador respecto al actual y propone un profundo cambio en la cultura médica contemporánea. La Medicina del siglo XXI será en mucho Geriatria y Medicina Paliativa...o Medicina Paliativa y Geriatria...o no será...

Palabras clave: medicina paliativa, anciano.

ABSTRACT

Objectives: To review the importance and need of palliative cares or continued ones in the elderly. **Development:** Nowadays The Palliative Medicine or Continued Cares go from medical cares to patient in terminal state where the fundamental objective is the improvement of the quality of life, until the cares of patient with illnesses of bad presage but whose death doesn't seem near. With the populational aging it is bigger the number of fragile old men and people with Not Transferable Chronic Illnesses or Advanced Chronic Illnesses, that will require in their evolution the application of Palliatives Cares, all them with specific approaches for the beginning of this treatment; arising the concept of clinical trajectory, useful so that the team of health evaluated the followed behavior and to continue with the patient. The Gerontology, Geriatrics, and Palliative Cares are two specialties whose basic principles have similarity. The old men so much oncological as not oncological they present similarity in the most frequent symptoms. **Conclusions:** The Palliative Medicine offers a different and innovative model of health regarding the current one and proposes a deep change in the contemporary medical culture. The Medicine of the XXI century will be a lot of Geriatrics and Palliative Medicine ... or Palliative Medicine and Geriatrics ... or just won't be...

Keywords: palliative medicine, old man.

INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Paliativos (CP) han experimentado en los últimos años un desarrollo significativo, constituyen el conjunto de medidas médico-sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y en fase terminal, así como el apoyo a la familia. Su desarrollo ha ejercido una influencia positiva en las instituciones de salud y servicios sociales imprimiendo fuerza a un movimiento solidario en pro de una mejor terminalidad.¹⁻³

El envejecimiento poblacional, proceso que está presente en la actualidad en todos los países del mundo, produce cambios en la estructura epidemiológica del proceso salud enfermedad de los ancianos, con mayor número de personas portadoras de Enfermedades Crónicas no Transmisibles o Crónicas Avanzadas, quienes de modo creciente mueren por esta causa⁴. Las Personas Mayores tienen más probabilidad de sufrir enfermedad por “insuficiencia de órgano” en el final de la vida, siendo cada vez mayor el número que utilizan los servicios de salud, condicionando la necesidad de una asistencia geriátrica que incluye desde la prevención de la discapacidad y los procesos morbosos típicos de esta edad, hasta la asistencia al final de la vida.

Los sistemas de salud no están preparados para enfrentar esta situación debiéndose brindar servicios de cuidados de salud, de alta calidad y eficiencia a esta población, entendiéndose como cuidado, la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social de personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria y orgánica, donde la Gerontología y Geriatría tiene un papel fundamental.

La Medicina Paliativa o Cuidados Continuados actualmente va desde los cuidados médicos a pacientes con enfermedades activas y avanzadas con pronóstico limitado de 6 meses o menos, es decir, en estado terminal y donde el objetivo fundamental es la mejora de la calidad de vida (pacientes con diagnóstico reciente de cáncer avanzado), hasta los cuidados de pacientes con enfermedades de mal pronóstico pero cuya muerte no parece cercana.^{5,6}

DESARROLLO

Cuidados Paliativos.

Los CP son definidos por la OMS como: “el cuidado activo y total a los pacientes y a su entorno, por un equipo multi-profesional cuando la enfermedad no responde al tratamiento curativo, más aún si está en fase avanzada y progresiva y donde el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida”, es decir, es la terapia que tiene como meta la prevención y el alivio del sufrimiento, pero no curar la enfermedad. Es un modelo de actuación sociosanitaria que promueve la solidaridad con el que sufre un padecimiento avanzado y progresivo no susceptible de curación. Se conocen también como cuidados intensivos de confort, porque procuran facilitar todo lo que sea capaz de reducir o evitar el sufrimiento al moribundo, a través de medios preventivos, curativos o rehabilitadores, incluso, en ocasiones, de terapia intervencionista; sus esfuerzos por maximizar la calidad de vida, no incluyen el posponer la muerte porque ésta es parte normal de la existencia.^{7,8}

Orígenes y Desarrollo. El trabajo de Cicely Saunders, desarrollado en el St. Joseph's Hospice, en Hackney, Londres, en la década de los años 60 del pasado siglo, introdujo una nueva filosofía a los cuidados en la fase final de la vida, en los tiempos actuales, demostrando que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias, señalando que los “cuidados paliativos se han iniciado desde el supuesto que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura y que merece respeto, como un ser único y original. Esto incluye proporcionar el mejor cuidado médico posible y poner a su disposición las conquistas científicas de los últimos años, de forma que todos tengan la mejor posibilidad de vivir bien su tiempo”^{8,9}; los pacientes con cáncer que cumplían los criterios de terminalidad fueron los primeros en recibir sus beneficios, actualmente definidos como paliativos o continuos, por las ventajas que producen se utilizan en otras patologías, existiendo un cambio de enfoque, inicialmente fueron dirigidos a enfermedades oncológicas en etapa terminal, en la actualidad se incluyen enfermedades crónicas, degenerativas y oncológicas (

considerada en estos momentos por muchos autores una enfermedad crónica) en estado de progresión, porque comparten muchos síntomas comunes que pueden beneficiarse del enfoque terapéutico paliativo.

Inicialmente existía una división en el tiempo de cuando terminaba el tratamiento curativo y cuando se iniciaba el paliativo sin embargo podemos afirmar que ambos no son mutuamente excluyentes, sino que son una cuestión de énfasis, aplicaremos gradualmente un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico, con la premisa de que los CP, continúan después de la muerte del paciente con el apoyo a los cuidadores en la fase de duelo.^{10,11,12} (Gráficos1 y 2). Los Cuidados Paliativos deben comenzar en las fases tempranas de la enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con los otros tratamientos.

Grafico 1. Modelo inicial de tratamiento curativo y cuidados paliativos



NOVELLAS AMBLAS J. y colbs. ASISTENCIA MEDICA AL FINAL DE LA VIDA. 2007

Grafico 2. Modelo actual de tratamiento curativo y cuidados paliativos



NOVELLAS AMBLAS J. y colbs. ASISTENCIA MEDICA AL FINAL DE LA VIDA. 2007

De los 56 millones de personas que fallecen cada año, unos 33 millones podrían beneficiarse de estos cuidados y como la muerte afecta a los familiares y a una o dos personas que llevan el peso de la atención del paciente, se podría decir que los CP básicos serían positivos para unos 100 millones de personas.⁷

Objetivos.^{13,14}

1. Dar una atención integral al paciente a través de un equipo interdisciplinar, con una actitud activa y positiva de los cuidados, superando el “no hay nada más que hacer”, dando mucha importancia a la comunicación y al soporte emocional en las diversas etapas de adaptación a la enfermedad terminal.

2. Controlar los síntomas comunes de la enfermedad, especialmente el dolor, si es posible con tratamientos curativos, de apoyo y prevención.
3. Reconocer al paciente y su familia como una unidad, valorando las preocupaciones del cuidador, apoyándole en sus necesidades mediante servicios de soporte.
4. Respetar los valores, preferencias y elecciones del paciente, considerando sus necesidades; aliviar su aislamiento ofreciéndoles seguridad de no abandono y mantenerles informados.
5. Desarrollar infraestructuras institucionales que apoyen las mejores prácticas y modelos de Cuidados Paliativos e implementar el cuidado domiciliario.
6. Preparar y promover acciones para que el enfermo muera con dignidad.
7. Dar apoyo a la familia después de la muerte del paciente.
8. Ofrecerle asesoría y soporte ético y legal.

Principios.^{14,15}

1. Respetar la dignidad y derechos del enfermo y cuidadores, incluido negarse a recibir tratamiento, siendo receptivos y respetuosos con sus deseos.
2. Utilizar las medidas más adecuadas compatibles con las elecciones realizadas por el paciente.
3. Cubrir el alivio del dolor y de otros síntomas físicos.
4. Valorar y tratar los problemas psicológicos, sociales y espirituales/religiosos.
5. Proporcionar acceso a cualquier tratamiento que de forma realista mejore la calidad de vida del paciente, incluidos los tratamientos alternativos.
6. Proporcionar acceso a CP y a cuidados en unidades de enfermos terminales.
7. Respetar la responsabilidad del médico para interrumpir algunos tratamientos cuando proceda, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y de la familia.
8. Promover la investigación clínica sobre los cuidados al final de la vida.

Enfermedad incurable avanzada.

Se define como la enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de autonomía y calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a mediano plazo.¹⁶

Enfermedad Terminal.

Es definida por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos como aquella enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin aparentes y razonables posibilidades de respuesta al tratamiento específico y donde concurren numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que produce gran impacto emocional en el enfermo, familia y equipo sanitario, muy relacionados con la presencia, explícita o no, de muerte y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses.^{17,18} Estas características pueden estar presentes en el cáncer donde parecen claros y también en mayor o menor medida, en las etapas finales de insuficiencias orgánicas específicas, así como en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), pero no ocurre lo mismo con las enfermedades crónicas, dado que su curso evolutivo en los ancianos es difícil de predecir, la aproximación paliativa a los mismos tiene que basarse más en las necesidades de los enfermos y la familia que en el pronóstico de la enfermedad, que suscitará más dudas a la hora de incluir a un paciente dentro de la situación de terminalidad, no existiendo un periodo standard para todas las patologías como puede ocurrir en el cáncer. Es importante distinguir entre Fase Terminal Biológica que es el momento en que las constantes vitales de la persona (pulso, presión arterial, temperatura, respiración y conciencia) están por debajo de los límites normales y son irrecuperables por las vías terapéuticas disponibles y la Fase Terminal Terapéutica momento en que la enfermedad ha progresado a tal punto que los tratamientos o se han agotado o son ineficaces.

Situación de agonía: Precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días.

Pacientes tributarios de recibir Cuidados Paliativos.^{5, 15, 16}

- Pacientes oncológicos.
- Enfermos con: Insuficiencia Renal Crónica Terminal; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, con insuficiencia respiratoria hipoxémica; Insuficiencia Cardíaca en los que se han descartado intervenciones

quirúrgicas o trasplante; Hepatopatía Crónica sin posibilidad de tratamiento radical; Coma de diversas etiologías; Accidentes Vasculares Cerebrales con gran incapacidad; Enfermedades degenerativas del SNC: Demencias, Párkinson, Esclerosis Lateral Amiotrofia, Esclerosis en Placas. Pacientes con SIDA.

- Pacientes con limitación funcional y/o inmovilizados complejos.
- Ancianos Frágiles.
- Ancianos con: envejecimiento patológico portadores de enfermedad incapacitante que limita su autonomía; pluripatologías con tendencia a la incapacidad y deterioro de funciones cognitivas o problemas sociales.

Aunque todas estas enfermedades de forma particular tienen bien establecidos sus criterios de terminalidad, de forma general se pueden señalar: ¹⁶

1. Progresión de la enfermedad primaria y tiempo de evolución.
2. Varias visitas a urgencias, hospitalizaciones, etc. en los últimos 6 meses.
3. Edad avanzada como indicador de Comorbilidad y Fragilidad.
4. Pérdida de >10% de peso en 6 meses de forma no intencionada.
5. Albumina < 2,5 g/dl.
6. Declive funcional comprobado por instrumentos: Índice de Karnofsky en 50, dependiente en 3 o más ABVD.
7. Soporte socio familiar.
8. Valoración Multidisciplinaria Individualizada: Valoración de las ABVD y AIVD; Exámenes cognitivos (Pfeifer, Folstein); Escalas de depresión.

Razones que justifican los Cuidados Paliativos no oncológicos. ^{1,5,13}

- El envejecimiento de la población, sobre todo de los ancianos > 85 años, que conlleva a un aumento de la mortalidad por enfermedades crónicas progresivas.
- La mortalidad en las personas mayores de 60 años predomina en el grupo de las enfermedades crónicas avanzadas.
- En muchos Ancianos Frágiles que tras larga enfermedad no responden a los tratamientos específicos, aparece un fallo multiorgánico, progresan los

síntomas y además existe un deterioro paulatino funcional global que les puede conducir a una situación clínica de enfermedad terminal y necesidad de CP.

Criterios de terminalidad para Enfermedades Crónicas no Oncológicas.

Enfermedad Pulmonar Avanzada.⁵

1. Enfermedad pulmonar crónica severa con disnea de reposo y respuesta escasa o nula a broncodilatadores.
2. Progresión de la enfermedad evidenciada por: incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias.
3. Hipoxemia, pO₂ 55 mmHg en reposo y respirando aire ambiente o StO₂ 88 % con O₂ suplementario, o hipercapnia, pCO₂ 50 mmHg. Insuficiencia cardiaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar.
4. Pérdida de peso no intencionada de >10% durante los últimos seis meses.
5. Taquicardia de > 100 p min. en reposo.

Estos criterios hacen referencia a pacientes con varias formas de enfermedad pulmonar avanzada que siguen a un final común de enfermedad pulmonar terminal. Los criterios 1, 2 y 3 deben estar presentes.

Insuficiencia Cardiaca Avanzada.^{18,19}

1. Disnea grado IV de la NYHA.
2. Fracción de eyección del 20%.
3. Persistencia de los síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva a pesar del tratamiento adecuado con diuréticos, vasodilatadores e IECAs.
4. Insuficiencia cardíaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento antiartrítico.

Demencias.^{20,21}

1. Edad > 70 años.
2. FAST (Functional Assessment Staging) > 7c.
3. Deterioro cognitivo grave (MMSE: Mini-Mental State Examination < 14).
4. Dependencia absoluta.
5. Presencia de complicaciones (comorbilidad, infecciones a repetición: urinarias, respiratorias, sepsis, fiebre a pesar de la antibioterapia,...)

6. Disfagia. Desnutrición.
7. Ulceras por presión refractaria grado 3-4.

Insuficiencia Renal Crónica Avanzada.⁵

1. Manifestaciones clínicas de uremia: confusión, náuseas y vómitos refractarios, prurito generalizado, etc.
2. Diuresis < 400 cc/día.
3. Hiperkaliemia > 7 y que no responde al tratamiento.
4. Pericarditis urémica.
5. Síndrome hepatorrenal.

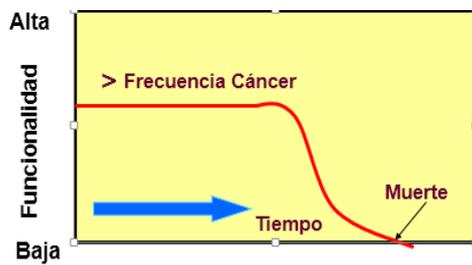
Enfermedad Hepática Avanzada: Cirrosis Hepática.⁵

1. Insuficiencia hepática grado C de la clasificación de Child-Pugh, Encefalopatía grado III-IV: Ascitis masiva, Bilirrubina > 3 mg/dl, Albúmina < 2.8 g/dl.
2. T. de protrombina < 30 % y en la que se ha descartado el trasplante hepático.
3. El síndrome hepatorrenal debido a que carece de tratamiento médico eficaz ya suele ser un indicador de situación clínica terminal.
4. Sobrecarga de fluidos intratable.

A diferencia de las oncológicas estas enfermedades tienen una trayectoria clínica diferente consistente en un largo proceso de deterioro funcional y dependencia de cuidados, evolución más irregular en forma de crisis o exacerbaciones, el enfermo y su familia no tienen la misma percepción de gravedad y es más difícil establecer un pronóstico.^{10,11} (Gráficos 3, 4 y 5).

La trayectoria clínica puede ser útil para que el equipo se plantee si las intervenciones que se están realizando son proporcionales a la situación evolutiva, además ayuda al diálogo con el paciente y familia para facilitar el proceso de información sobre las expectativas de vida del anciano y aporta conocimientos respecto a cuál será la evolución más probable y a la toma de decisiones.

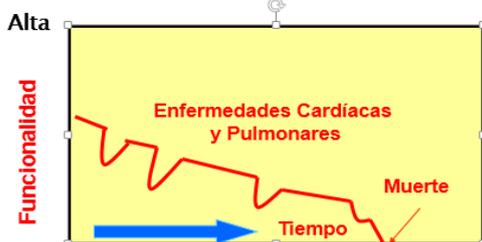
Gráfico: 3 Evolución clínica asociada al cáncer.



Período corto – Deterioro evidente

Novellas Amblas J. y colbs. Asistencia. Medica al Finalde la vida. 2007.

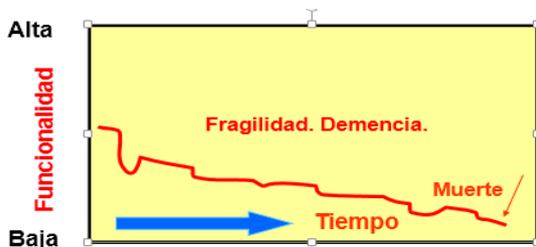
Gráfico: 4 Evolución clínica asociada a Enfermedades cardiacas y pulmonares.



Limitaciones a largo plazo y episodios críticos de enfermedad.

Novellas Amblas J. y colbs. Asistencia. Medica al Finalde la vida. 2007.

Gráfico: 5 Evolución clínica asociada a Fragilidad y Demencia.



Deterioro progresivo y prolongado.

Novellas Amblas J. y colbs. Asistencia. Medica al Finalde la vida. 2007.

Cuidados Paliativos en Gerontología / Geriatria.

La medicina geriátrica surge del aumento de la esperanza de vida por los avances de la civilización, estándares de vida y de la salud pública, reconoció los procesos fisiológicos básicos del envejecimiento y en el cuidado de los ancianos, se fue más allá del sistema de la enfermedad y del órgano único, sobrepasando la óptica de una única especialidad, para la intervención en enfermedades crónicas y medicaciones múltiples, más allá del estado fisiológico cambiante. Hace un cuarto de siglo los geriatras señalaban que las

tecnologías invasivas no beneficiarían a sus pacientes, que éstos y sus familiares preferían un acercamiento más conformista de aceptación de la muerte, se trabaja más en el proceso de convencer, no ser fatalistas cuando se tiene pacientes envejecidos y se busquen, de forma adecuada, los problemas tratables, la mejora de la calidad de vida, enfatizando que la base de todo es el paciente, su humanidad y dignidad.^{13,20} Los CP también son, una “nueva especialidad”, que surge del reconocimiento de las conquistas de la tecnología médica moderna, que aunque ha salvado muchas vidas, no puede irrespetar la dimensión de la mortalidad y de la finitud humana.

Los ancianos con relación a los jóvenes tienen necesidades y problemas diferentes, con frecuencia más complejos, con incremento en su vulnerabilidad por su edad, estar más afectados por múltiples enfermedades variando su gravedad, el efecto acumulativo de estas puede ser mayor que cualquier enfermedad en particular, el desgaste fisiológico y diferentes situaciones que van desde la soledad, escaso soporte socio-familiar, problemas económicos, bajo nivel de instrucción y discriminación (“viejismo”) en diversos sectores, incluidos los servicios de salud, conducen a necesidades de cuidado superiores, tienen mayor riesgo de experimentar reacciones adversas a fármacos y padecer enfermedades iatrogénicas, la acumulación de problemas de menor importancia pueden causarles gran impacto psicológico.⁽²²⁾ El cuidado de enfermedades crónicas y progresivas en ellos se caracteriza por el subtratamiento de síntomas, conflictos en la toma de decisiones, deterioro en la salud física y psicológica de sus cuidadores y el consumo de recursos económicos familiares; es una dicotomía mutuamente excluyente entre los esfuerzos destinados a lograr la curación de la enfermedad y prolongar la vida y aquellos destinados a mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento, cuando la curación no es posible. Sin embargo, los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas se benefician más de una combinación de las medidas que prolongan la vida (cuando es posible y apropiado), con otras destinadas a paliar los síntomas, rehabilitación y soporte a sus cuidadores.

Los CP son y deben formar parte de la asistencia integral del anciano realizándose en todos los niveles de atención siendo el hogar el lugar ideal,

considerándose esenciales cuando no se puede curar o prolongar su supervivencia, o los esfuerzos por extender su vida suponen una carga de efectos secundarios y de sufrimientos para el paciente, que no está dispuesto a asumir; los marcadores que determinan su inicio en los ancianos son el grado de funcionalidad, estado cognitivo, fragilidad y presencia de Síndromes geriátricos.

Dificultades en la aplicación de los Cuidados Paliativos a pacientes ancianos con enfermedades avanzadas.

La presencia de pluripatologías con múltiples síntomas que retrasan el diagnóstico; dificultad de comunicación por la presencia de alteraciones de la comunicación y déficit cognitivos en el paciente; dificultad de ofrecer soporte por parte de los familiares que suelen ser también pacientes geriátricos; mayor preocupación por la dependencia que por la muerte; renunciar al tratamiento curativo específico, es más aceptado en el paciente oncológico; órdenes de no reanimación.

Barreras para conseguir mejores CP para las Personas Mayores.

Aunque es en pacientes con enfermedades crónicas y de edad avanzada donde hay más riesgo de morir, existe poca información sobre la atención paliativa en ellos, reciben menos Cuidados Paliativos que los más jóvenes, los servicios han priorizado el cáncer por la falta de conciencia y conocimiento de la magnitud del problema; carencia de políticas sanitarias de CP para este grupo y para las enfermedades que padecen; falta de disposición o de formación en los lugares donde son atendidos y fallecen los mayores; autocomplacencia y discriminación por la edad en cuanto a la necesidad de proporcionar cuidados de alta calidad; valoraciones incorrectas sobre las necesidades y deseos de los ancianos o sobre su capacidad de afrontamiento sin ayuda especial; complejidad para coordinar CP en distintos ámbitos y para vincular el apoyo sanitario/social y el cuidado.²³

Semejanzas entre los Cuidados Paliativos y la Gerontología y Geriátría.

Los CP y los principios básicos de la Gerontología y Geriátría coinciden: visión integral de los pacientes, que están en el centro de los cuidados, carácter multidisciplinario y transdisciplinario, se trabaja en equipo, el paciente y la familia

son vistos como una sola unidad de cuidados, es prioridad garantizar en la medida de lo posible, la independencia funcional y calidad de vida, mediante una evaluación regular y formal que asegure la identificación y el tratamiento de los eventos en el momento adecuado. Ambas especialidades proporcionan cuidados donde el paciente esté, ya sea en su casa o en el hospital, en cualquier estadio de la enfermedad y cualquiera sea el diagnóstico: "El objetivo es dar el cuidado preciso para el paciente preciso, en el momento preciso".

Cuidados Paliativos y Evaluación Geriátrica.

Los especialistas en CP tienen entrenamiento para el control de los síntomas y otros factores importantes para el manejo de estos pacientes, como los funcionales, mentales, sociales y espirituales. Esta es una de las características de la evaluación geriátrica, es decir, su multidimensionalidad, que está determinada por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, por el tiempo y el contexto en el cual se vive, la intersección entre estos factores, representa la funcionalidad del anciano, que es sinónimo de salud geriátrica, por tanto su aplicación en los CP, es de gran importancia para determinar los ancianos frágiles y con necesidades de este tratamiento. El trabajo en equipo es fundamental para la atención integral del paciente, es un aspecto base de la práctica médica en geriatría, tiene como objetivo satisfacer las necesidades del enfermo y su entorno con la máxima dignidad posible. Se debe contar con instrumentos evaluativos, realizar sesiones interdisciplinarias periódicas, la toma de decisiones debe ser entre todos los implicados (enfermo, familiares, cuidadores y equipo).^{24,25}

Cuidados Paliativos en los Ancianos. Control de síntomas.

Los ancianos tanto oncológicos como no oncológicos presentan similitud en los síntomas más frecuentes: dolor, disnea, astenia, náuseas, vómitos, xerostomía, anorexia, pérdida de peso, estreñimiento, incontinencia urinaria, miedo, ansiedad, confusión mental, pueden diferenciarse en la frecuencia de estos y mayor presencia de síndromes geriátricos como la inmovilidad e incontinencia, entre otros. La conducta no difiere de la de los pacientes más jóvenes, debiéndose tener en consideración algunas peculiaridades y características propias del envejecimiento, que determinan dosificar de forma particular los

medicamentos, como son los ocurridos en los quimiorreceptores, existiendo mayor frecuencia de depresión respiratoria con el uso de opiáceos y benzodiacepinas, del centro termorregulador que provocan hipotermia algunos medicamentos como los barbitúricos y neurolépticos, todos ellos incluidos en la escalera analgésica para el manejo del dolor.

Bases para una buena acción terapéutica.

Atención integral (física, emocional, social, espiritual), individualizada y continuada, con una actitud rehabilitadora, evaluando la aparición de nuevos síntomas, explicándoles al paciente y la familia que son considerados una unidad, las causas en términos comprensibles, así como las medidas terapéuticas a seguir; respetar la autonomía y dignidad del anciano, que sólo será posible si se elaboran "con" él los objetivos terapéuticos, estimulando la actividad física y la comunicación; control de los síntomas, especialmente el dolor empleado la escalera analgésica, aplicándose los analgésicos de forma fija para evitar su aparición y no ha demanda como usualmente se realiza, mejorando el sueño y el descanso; crear alrededor del paciente un ambiente de respeto y de apoyo, disminuyendo sentimiento de impotencia y culpa; evitar caer antes de tiempo en el "no hay nada más que hacer". No limitar los tratamientos solo al uso de fármacos, existen otros tratamientos alternativos como los de rehabilitación: masajes, calor-frío local, así como dietas, técnicas de relajación, etc.^{26,27}

No hay mucha diferencia en someter a cirugía oncológica a un paciente mayor o menor de 70 años. Se ha demostrado seguridad en la administración de radioterapia en pacientes de cualquier edad. Para mejorar el cuadro clínico del anciano se precisan una serie de requerimientos: una vía de acceso a la medicación precisa para calmar dolores, reducir edemas, náuseas, ansiedad etc., que no debe ser la vía inyectable mientras sea posible, entre otros motivos porque no sabemos cuánto tiempo la precisaremos, en algunos casos (demencia) tal vez años, de tener que emplearse usar la vía subcutánea, un estado de hidratación adecuado para evitar acumulación de secreciones, para que el dolor articular por la rigidez y anquilosis sea menor al disponer de adecuada cantidad de líquido sinovial, para que la piel sea más elástica y no

presente úlceras por presión y evitar infecciones urinarias o respiratorias etc., estado de nutrición adecuado evitando que la piel se ulcere, para que las complicaciones nutricionales no añadan más síntomas.^{27,28}

Características del anciano terminal.

- Pérdida de su independencia (deterioro de ingresos, roles, funcionabilidad).
- Pérdida de su autoimagen (deterioro de la función corporal, apariencia física).
- Pérdida de control (decisiones).
- Temor a la enfermedad y sus síntomas.
- Temor al efecto del tratamiento.
- Temor a la soledad y al abandono.

Calidad en los Cuidados Paliativos.

Para evaluar la calidad en los CP y al final de la vida deben ser valoradas las diferentes percepciones existentes sobre la muerte, así como la consideración y perspectiva individual y cultural de cada individuo. Son aspectos de importancia el control de los síntomas tanto biológicos como psicológicos, así como el grado de funcionabilidad de los pacientes especialmente en los ancianos.

El Comité de ética de la Sociedad americana de Geriatría señala un grupo de criterios para evaluar la calidad en los CP, entre ellos: ²⁹ control de síntomas físicos y emocionales, mantenimiento de la funcionabilidad y la autonomía, la previsión de los cuidados, grado de satisfacción de los pacientes y la familia, valoración de la sobrecarga familiar, cuidados continuados, así como la atención al proceso de duelo.

Envejecimiento, Salud y Cuidados Paliativos. Necesidades.

El problema no es describir y entender la realidad, sino transformarla mediante: diagnóstico médico temprano; tratamiento socio psicobiológico, en equipo; compromiso moral de todos; acompañamiento por parte del médico y enfermera de la familia; actualización de los médicos y las enfermeras de la familia y personal de salud en general, en el manejo de los Cuidados Paliativos; creación de escuelas de capacitación para cuidadores de adultos mayores dependientes, en cada área de salud; creación de grupos de apoyo a los

cuidadores y la participación de diferentes sectores de la sociedad, es decir, trans e interdisciplinariamente.

CONCLUSIONES

Podemos afirmar que los Cuidados Paliativos es una especialidad multidisciplinar que maneja el dolor y otros síntomas junto a los problemas psicológicos, sociales, espirituales y funcionales que afectan la calidad de vida tanto de los pacientes oncológicos como los portadores de Enfermedades crónicas Avanzadas, independientemente de la edad de estos; donde unen sus esfuerzos oncólogos, geriatras, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, nutriólogos, enfermeros, rehabilitadores y anestesiólogos entre otros, debiendo formar parte de la asistencia integral del anciano realizándose en todos los niveles de atención siendo el hogar el lugar ideal; considerándose esenciales en el sistema de salud, es por ello que no es erróneo señalar la necesidad actual de introducir en los currículos de los estudios de medicina estos temas, para hacer realidad las palabras de Cicely Saunders⁽¹³⁾ al afirmar que se requiere “cambio de actitudes y educación de todos los profesionales implicados con los pacientes que tienen una enfermedad crónico-degenerativa. Esto exige un compromiso humano, más allá de medicaciones e intervenciones costosas y debe ser una preocupación de todos los gobiernos”.

La medicina paliativa, ofrece un modelo de salud diferente e innovador respecto al actual y propone un profundo cambio en la cultura médica contemporánea.

La Medicina del siglo XXI será en mucho Geriátría y Medicina Paliativa...o Medicina Paliativa y Geriátría...o no será...²⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Astudillo Alarcón W, Mendinueta C, Orbegozo A. Presente y futuro de los cuidados paliativos. Disponible en:
<http://www.cuidadospaliativos.org/archives/biblioteca/Presente%20y%20futuro%20de%20los%20Cuidados%20Paliativos.pdf>. [Consultado: marzo 13 de 2015.

2. Astudillo Alarcón W, Díaz-Albo E, García Calleja JM, Mendinueta C, Granja P, de la Fuente Hontañón C, et al. Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. Rev.Soc. Esp. Dolor. 2009; 16(4):246-55.
3. Zas Tabares V, Rodríguez Rodríguez JR, Silva Jiménez E. El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. Rev. Panorama Cuba y Salud 2013; 8(2):41-4.
4. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, González Moro AM. Aspectos éticos de los cuidados paliativos en ancianos. GerolInfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriátría. 2015; 10. (2).
5. Sanz Navarro R, López Almazán C. Aproximación a los Cuidados Paliativos en las enfermedades avanzadas no malignas AN. MED. INTERNA (Madrid). 2008; 25 (4): 187-191
6. Álvarez-Cordovés MM, Mirpuri-Mirpuri PG, González-Losada J, Chávez-Díaz B. Cuidados paliativos en atención primaria. A propósito de un caso. REVISTAS EMERGEN- MEDICINA FAMILIAR. 2013; 39 (07)
7. Stjernsward, J., Clark, D. Palliative Medicine-A global perspective. En Oxford Textbook of Palliative Medicine. Edited by D. Doyle, G. Hanks, N.Cherny and K, Calman, Oxford. 2005,3 ed: 1199-1224.
8. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Silva Jiménez E, Rojas González M, González Moro AM. La enfermería y los cuidados paliativos. Una perspectiva desde la geriatría. GerolInfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriátría. 2011; 7. (3)
9. Saunders C. Preface. In: Davies E, Higginson IJ, (ed.) The solid facts: Palliative care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
10. Novellas Amblas J. y cols. Asistencia. Médica al Final de la vida. 2007.
11. Amblas Novellas J, Albó Poquí A, Espauella Panicot J, Fabregó Trabal J. Asistencia al Final de la Vida, Tratado de Geriátría para Residentes. ISBN: 84-689-8949-5. 2006; cap 76: 761-768
12. Michel Lassauniere J. Guía práctica de Cuidados Paliativos. Aspectos médicos. Ediciones médicas. S.L. Paris 2000; 11-15

13. Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en Cuidados Paliativos INTERFACES Acta Bioethica 2006; 12 (2).
14. Astudillo Alarcón W, Mendinueta C. ¿Cómo ayudar a un enfermo en fase terminal? Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Diputación Foral de Alava. Vitoria. 2010; 3ª ed.
15. Méndez Reyes MC, Abalo Grau JA, Roger Chacón M. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado. 120 preguntas y respuestas. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. 2009.
16. Gómez Sancho M, Ojeda Martin M. Cuidados paliativos. Control de síntomas. España: Laboratorios Meda, 2009, 3ª.ed.
17. Gómez Sancho M. Avances en cuidados paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2003.
18. Bekelman, DB. et al., Defining the role of palliative care in older adults with heart failure. International Journal of Cardiology, 2007. In Press, Corrected Proof.
19. Martínez-Sellés M; VidánMT; López-PalopR; Lourdes RexachL; SánchezE; DatinoT y colbs. El anciano con cardiopatía terminal. Rev. Esp. Cardiol. 2009; 62:409-21.
20. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Sánchez Soroa MA, Leyva Salermo BM. Cuidados Paliativos en ancianos con demencias. GerolInfo. Publicación Periódica de Gerontología y Geriátría. 2015;10 (1)
21. Aguirregoitia Arenas C. "Cuidados paliativos en pacientes con demencia." FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2012; 19(6): 386-387.
22. Academia Latinoamericana de medicina del Adulto Mayor Cuidados Paliativos Geriátricos y Asistencia al final de la vida. IX Curso ALMA Ciudad de Panamá, Panamá. 3 al 6 de octubre, 2010.
23. Goldstein NE, Morrison RS. The Intersection Betweenand Palliative Care: A Call for a new Research Agenda. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 1593-8.

24. Mauricio Ocampo J. Evaluación Geriátrica Multidimensional del anciano en Cuidados Paliativos. Red de Revistas Científica de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2009; (9) 025.
25. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Silva Jiménez E, Sanchoyerto López R, Cervantes Ramos M del C. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Rev. Panorama Cuba y Salud 2014; 9 (1): 35-41.
26. Grau Abalo JA, Chacón Roger M, Reyes Méndez MC. Guía de cuidadores para familiares de enfermos crónicos avanzados. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2012.
27. OMS. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. 67a Asamblea Mundial de Salud. 4 de abril de 2014.
28. Bruera E, De Lima L (editores) y Col. Cuidados Paliativos: Guía para el manejo Clínico. Organización Panamericana de la Salud. 2005. 2ª ed
29. Corregidor AI, Ávila Tato R. Terapia ocupacional en Cuidados Paliativos: ocupar antes de morir TOG (A Coruña) Revista en Internet 2010, consultado 23 de marzo de 2015, 3: 185-213
disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/paliativos.pdf>