

CAPÍTULO 18

PROCESOS TERMINALES EN EL ANCIANO

ASUNCIÓN GARCÍA GONZÁLEZ

Profesora de Enfermería Geriátrica.

E.U.E. “Comunidad de Madrid”

Universidad Autónoma de Madrid

MARILIA NICOLÁS DUEÑAS

Profesora de Enfermería Geriátrica

E.U. “Puerta de Hierro”

Universidad Autónoma de Madrid

CAPITULO 18

PROCESOS TERMINALES EN EL ANCIANO

Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), los elementos fundamentales que definen la enfermedad terminal son:

- . Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- . Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- . Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- . Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- . Pronóstico de vida relativamente corto.

ASPECTOS ÉTICOS

El hecho de tratarse de una persona de edad avanzada puede condicionar los planteamientos éticos en la atención al paciente moribundo. Los prejuicios sociales respecto a la vejez pueden reflejarse a veces en las conductas profesionales.

Es preciso recordar que la edad no puede ser el criterio fundamental para considerar que se trata de una situación terminal.

Otros principios éticos fundamentales relacionados con la edad avanzada a tener en cuenta son: la individualidad, el derecho a participar de todos los beneficios sociales y sanitarios y el derecho a la información y a tomar decisiones libremente.

En todo caso, el paciente anciano terminal tiene derecho a morir con dignidad. Los profesionales de la salud tienen el deber de esforzarse para conseguir este objetivo:

Evitando adoptar medidas extraordinarias en el diagnóstico y tratamiento cuando éstas causen sufrimiento. Aliviando el dolor y el sufrimiento. Apoyando el contacto con personas del entorno familiar y social del anciano. Favoreciendo la comunicación terapéutica con el anciano. Facilitando los medios para una atención de calidad hasta el último momento.

1. LA FAMILIA DEL ANCIANO TERMINAL

La familia, como unidad integradora de todos los miembros, ha de ser objeto de los cuidados enfermeros.

1.1. VALORACIÓN DE LA FAMILIA

La proximidad de la muerte de un miembro de la familia genera una situación de estrés, que requiere la intervención de enfermería.

La valoración de enfermería incluye a la familia desde una doble perspectiva: como dispensadora de cuidados al paciente anciano terminal y como receptora de cuidados enfermeros.

El rol de cada miembro de la familia se modifica cuando entre sus miembros se encuentra un anciano en situación terminal. La enfermera debe valorar el reajuste y compromiso que cada uno de ellos haya adquirido en el proceso del cuidado. Además debe identificar al cuidador principal e incorporarlo como miembro esencial del equipo de cuidados paliativos.

Algunas familias no tienen dificultades para prestar los cuidados necesarios al anciano terminal, pero no aceptan que el domicilio sea el lugar donde se va a producir el exitus. La planificación anticipada y el apoyo del equipo favorece a veces el que la familia pueda asumir esta etapa. En caso contrario, la enfermera debe garantizar a la familia el ingreso del anciano en una institución adecuada.

1.2. EL CUIDADOR PRINCIPAL

Es el interlocutor válido de la familia y el coordinador de la organización de los cuidados del paciente.

La valoración del cuidador principal incluye la edad, los recursos personales, la disponibilidad de tiempo, el estado de salud, la capacidad de aprendizaje, el afrontamiento y capacidad de respuesta frente a los problemas. En algunas ocasiones, la carga física y emocional a la que se encuentra sometido el cuidador principal, y la familia, produce una incapacidad temporal para seguir aplicando los cuidados al anciano de forma adecuada. Esta situación, denominada cansancio en el desempeño del rol de cuidador puede conducir a la claudicación familiar. Se manifiesta por cansancio físico, expresiones de dificultad para realizar las tareas, estrés mantenido, falta de apoyo familiar, falta de recursos materiales y clínicos. Si esta situación se mantiene, corre el riesgo de desarrollar patología crónica o depresión.

La claudicación familiar está considerada como urgencia paliativa y requiere una pronta respuesta por parte de los profesionales, trasladando al paciente a una institución adecuada a sus demandas provisionalmente.

2. CUIDADOS PALIATIVOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES

El 80% de los pacientes en nuestro país muere en instituciones hospitalarias que han sido diseñadas y concebidas para aplicar los grandes avances médicos.

En la década de los 60 Cecily Saunders, enfermera y médico británica, observó el sufrimiento físico, psíquico y social que se producía en los pacientes desahuciados por la medicina. Este análisis le llevó al desarrollo de la filosofía de los cuidados paliativos.

Toda filosofía necesita unos pilares sobre los que sostenerse: el control de síntomas, la comunicación con el paciente y el apoyo a la familia son los del movimiento hospice.

Los cuidados paliativos pueden desarrollarse en todo ámbito asistencial.

Necesitamos una formación básica adecuada para aplicar allí donde fuese necesario el axioma de las tres “CES”:

- . Si puedes curar, Cura
- . Si no puedes curar, Calma
- . Si no puedes calmar, Consuela.

2.1. SÍNTOMAS DIGESTIVOS, DESCANSO Y SUEÑO

Síntomas digestivos

Candiasis oral: Afecta a la lengua y a la mucosa oral produciendo intensa anorexia, dolor y dificultades en la comunicación oral. Es importante su prevención sobre todo cuando la enfermera valora la presencia de sequedad de boca, antibióticos, dentaduras móviles, uso de corticoides. La higiene adecuada de la mucosa y dentadura, la hidratación, el yogur natural, son cuidados de enfermería que junto al tratamiento farmacológico ayudan a resolver el problema.

Náuseas y vómitos: En ocasiones estos síntomas pueden producir un gran impacto y sufrimiento, comparable al producido por el dolor. Hasta que el síntoma es controlado, el tratamiento por vía oral deberá ser modificado.

Ante la presencia de una obstrucción total de la salida gástrica, el sondaje ayuda a reducir la distensión gástrica. Frente al “ síndrome de estómago caído “, la sonda evita la distensión gástrica al permitir aspirar el contenido. Los vómitos fecaloideos son también una indicación.

El uso de nutrición enteral: Debe ser una decisión tomada en consenso entre los miembros del equipo terapéutico, la familia y el paciente. Sólo se usa si sirve para mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

La nutrición parenteral: Sólo está indicada en los pacientes cuya expectativa de vida es larga y la calidad de vida puede mejorar.

Disfagia: Cuando este síntoma se presenta, acompañando a otros en la fase preagónica, no se debe colocar una sonda nasogástrica. Debe anticiparse la información a la familia para evitar los miedos que genera la asociación de ideas entre no comer y muerte.

En ocasiones, tras una valoración del paciente, puede que se le aplique una gastrostomía o yeyunostomía, ya que son técnicas de fácil realización y estéticamente mejor aceptadas por los pacientes que la sonda nasogástrica. La enfermera valorará el estoma y aplicará los cuidados necesarios para evitar riesgos de ulceración, infecciones, y dará la educación necesaria a la familia para su manejo.

Alteración de sueño-descanso: insomnio

La enfermera deberá valorar si la causa es la presencia de algún síntoma como dolor, disnea, náuseas o vómitos. También es importante el entorno, y sobre todo identificar la existencia del miedo a la noche. Controlar los síntomas, asegurarnos de la ingesta de la medicación prescrita y acompañar al paciente durmiendo cerca de él y dándole tranquilidad, son cuidados generales de gran eficacia. En ocasiones también, ayuda al paciente dejar una luz indirecta y la puerta de la habitación abierta.

2.2. EL MANEJO DEL DOLOR

El dolor es una experiencia mixta en la que se suma un componente subjetivo-afectivo, como resultado de la capacidad del individuo para expresar la vivencia de su sensación desagradable, y un componente objetivo-cognitivo, resultado de la percepción anatómica. Debemos diferenciar entre el dolor agudo, donde éste es un síntoma de la enfermedad, y el dolor crónico, donde el propio dolor es la enfermedad.

Sea el dolor agudo o crónico (por su duración), somático, visceral o de desafiliación (por su génesis), consideramos que es “Lo que el paciente dice que le duele”, y por ello la potencia del analgésico que hay que utilizar la determinará la intensidad del dolor manifestada por el paciente y nunca la edad ni la supervivencia prevista, ni la valoración del profesional.

La enfermera debe combinar la valoración del patrón cognitivo-perceptivo y la valoración focalizada, es decir, debe conocer si el dolor es nociceptivo (visceral, somático), neuropático (periférico o central), psicógeno, ya que no todos los dolores son aliviados por los opioides u otros analgésicos.

En fase terminal es importante añadir a la valoración geriátrica la aplicación de sistemas de evaluación y seguimiento de la intensidad del dolor u otros síntomas.

Sugerencias:

- . Use una escala analógica visual para valorar el dolor y otros síntomas.
- . Si el paciente no comprende esta herramienta, use la escala de Wong-Baker que expresa gestos de la cara desde el bienestar al dolor intenso.
- . La correcta utilización de la escalera analgésica de la OMS es eficaz en el control de un número importante de procesos dolorosos. (Ver capítulo sobre el dolor).

2.2.1. VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS

Siempre que sea posible debemos utilizar prioritariamente la vía oral, ya que no es dolorosa y proporciona autonomía al paciente.

Cuando existen dificultades en la deglución, pasaremos a la vía parenteral, siendo la vía subcutánea de gran eficacia. La perfusión continua subcutánea de cloruro morfíneo ha resultado un método eficaz, es un procedimiento seguro con escasa incidencia de complicaciones graves y mejora la calidad de vida. Es un método cómodo, tanto para el enfermo y familiares como para el personal sanitario.

En ocasiones también se utiliza la vía rectal y la espinal. Se encuentran en fase de estudio otras rutas de fácil aplicación, como la dérmica y la nasal.

La enfermera debe explicar al paciente y a la familia los efectos secundarios más frecuentes de la morfina, y los cuidados que ayudan a paliar estos síntomas:

- Boca seca: Aplicar frecuentemente enjuagues de manzanilla con limón, chupar caramelos ácidos sin azúcar, o trozos de frutas congelados.
Si el paciente está inconsciente, refrescar frecuentemente la boca con una torunda impregnada en manzanilla con limón.
- Estreñimiento: No olvidar que la ingesta de laxantes a dosis individualizadas debe acompañar siempre a los opioides. Vigilar la frecuencia de las deposiciones y evitar la formación de fecalomas.
- Vómitos: En ocasiones este síntoma aparece en el inicio del tratamiento, ya que se desarrolla tolerancia en 48-72 horas. Dar el antiemético entre 15 y 20 minutos antes suele ayudar a evitar este síntoma. En tratamientos prolongados, una vez ajustada la dosis al paciente, suelen desaparecer.
- Somnolencia: Es un efecto secundario que se produce en el inicio del tratamiento y que va a desaparecer una vez ajustada la dosis y logrado el equilibrio entre dolor-somnolencia.
- Confusión: En ocasiones puede presentarse. La familia debe saberlo y avisar al equipo cuando esto ocurra que no es infrecuente en pacientes ancianos o con intolerancia a la morfina.
- Retención urinaria o mioclonía son otros síntomas que también pueden aparecer.

2.2.2. MITOS DE LA MORFINA

La adecuada administración de la morfina permite controlar más del 80% de los dolores en enfermos con cáncer avanzado y terminal, con SIDA, así como en pacientes geriátricos.

Sin embargo, en ocasiones la escalera analgésica de la OMS no se utiliza adecuadamente porque la información sobre analgésicos opioides es inadecuada o insuficiente.

Conocer los mitos sobre la morfina ayuda a la enfermera a trabajar con el paciente y su familia la información necesaria para alcanzar una adecuada aplicación terapéutica. Algunos de estos mitos son:

- “La morfina es peligrosa porque causa depresión respiratoria”. No es así siempre que se ajuste la dosis de forma individualizada y que el dolor del paciente sea sensible a este analgésico.
- “ La morfina provoca euforia”. El anciano, al ser aliviado su dolor, expresará una sensación de bienestar frente al disconfort que manifestaba como consecuencia del dolor.

- “La morfina provoca acostumbramiento” El comité de expertos en drogodependencias de la OMS no ha comunicado ningún caso de drogodependencia iatrógena.
- “ La tolerancia a la morfina se desarrolla rápidamente “. El aumento del analgésico está en relación directa con el crecimiento del tumor, no de la tolerancia.
- “Si a un paciente de cáncer le han prescrito morfina, quiere decir que está muriéndose”. Es cierto que hasta fechas recientes la morfina era un fármaco prácticamente reservado a los moribundos en las últimas horas de vida. Actualmente no es así.
- “La morfina en el domicilio puede ser un factor de riesgo de robo”. Hasta la fecha no se han registrado robos cuyo objetivo fuese la morfina.

3. URGENCIAS PALIATIVAS

Generalmente, el anciano con enfermedad en fase terminal presenta unos síntomas con características múltiples, multifactoriales y cambiantes que a lo largo del proceso se han visto paliados por medidas terapéuticas, siempre buscando el doble objetivo de proporcionarle el máximo confort y calidad de vida. Sin embargo, el control de síntomas, no evita que en los últimos días de vida puedan aparecer situaciones extremas denominadas urgencias paliativas.

Urgencia paliativa es la situación extrema provocada por la brusca aparición o por el repentino agravamiento de un síntoma.

Las situaciones más frecuentes son: Disnea aguda, dolor severo, hemorragia masiva, compresión traqueal, síndrome de compresión medular, síndrome de compresión de la vena cava superior, hipercalcemia, crisis de pánico y agitación.

El impacto de las urgencias paliativas suele provocar confusión, pánico y sufrimiento en el paciente y su familia. Estas situaciones requieren conocimientos terapéuticos y planificación para poder aplicar cuidados con eficacia y coherencia, evitando así un sufrimiento innecesario. En ocasiones el tratamiento idóneo será la sedación activa.

Las vías de administración más utilizadas en el domicilio, en las situaciones de urgencias paliativas son la vía subcutánea y la vía rectal. Ocasionalmente la vía endovenosa.

La sedación activa está indicada cuando el sufrimiento del paciente es intenso y la muerte se considera inminente. La valoración de la situación y el consenso del enfermo-familia y equipo, es necesario. En cada visita al domicilio se realizará una evaluación de la situación. Los problemas deben ser compartidos entre el paciente, su familia y los profesionales sanitarios. La familia necesita irse preparando psicológicamente y ha de adquirir destrezas

para la aplicación de los cuidados. La enfermera debe asegurar que la medicación está prescrita y disponible para su aplicación inmediata.

3.1. HEMORRAGIAS MASIVAS

La familia debe recibir la información necesaria sobre su actuación. Dar la mano al paciente para ofrecerle seguridad, utilizar las sábanas y toallas de colores como el verde o el azul oscuro ya que estos difuminan el rojo de la sangre y causa menos impacto.

Pueden ocurrir hemorragias masivas en pacientes con tumores broncogénicos que provocan hemorragias a nivel del cayado de la aorta, o de la arteria carótida en los cánceres de cuello. La hemorragia masiva suele ir precedida por pequeños sangrados como hematemesis, melenas o sangrado vaginal masivo.

También el cuidador requiere un entrenamiento para la aplicación por vía endovenosa, subcutánea o rectal de fármacos que favorecen la sedación. El adiestramiento a la familia debe realizarse de forma progresiva, utilizando un lenguaje coloquial y la técnica de ensayo-error. Si la familia no puede dar una respuesta adecuada a esta situación, es necesario planificar el ingreso en un centro hospitalario. Los programas de Cuidados Paliativos, deben ofrecer respuesta del equipo terapéutico las 24 horas.

3.2. DISNEA AGUDA TERMINAL

La disnea es una sensación subjetiva, su causa suele ser multifactorial. La disnea terminal aparece en algunos pacientes antes de su muerte. Suele acompañarse de taquipnea, dificultad para respirar y ansiedad.

Cuando la disnea es consecuencia de una causa irreversible, el tratamiento más eficaz será la morfina y los ansiolíticos. El tratamiento farmacológico y ansiolíticos se acompañará de un ambiente fresco, relajado y de posturas que faciliten la respiración.

3.3. CRISIS DE AGITACIÓN

La enfermera debe anticipar la posibilidad de que se desencadene la agitación severa en el paciente terminal, y valorar si ha sido desencadenada por la propia patología o si es un síntoma producido por una impactación fecal o una retención urinaria. Si así fuere y aunque el paciente se encuentra en fase preagónica, debemos proceder a la extracción manual de fecalomas o al procedimiento de un sondaje vesical.

Además se debe aplicar el tratamiento farmacológico prescrito y actuar con firmeza y seguridad, sin llegar a la agresividad. En ocasiones será necesario recurrir a la sedación del paciente. La enfermera valorará la capacidad de la familia para los cuidados y el manejo de la situación.