

ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA

Jordi Amblàs Novellas
Anna Albó Poquí
Joan Espauella Panicot
Josep Fabregó Trabal

Introducción

La atención al final de la vida, entendida como la prestación de cuidados a la persona en la última fase de su ciclo vital, puede oscilar desde unos pocos días hasta muchos meses, según la situación del paciente y sus enfermedades de base. En los años setenta, debido a la falta de respuesta a las necesidades reales de estos pacientes y sus familiares, se desarrollaron los cuidados paliativos como una alternativa de atención a los pacientes con cáncer terminal. Progresivamente éstos se han ido incorporando en el sistema de salud de los países desarrollados.

Cuidados paliativos y geriatría

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 este segmento de población. Por el contrario, la investigación y las guías clínicas de cuidados paliativos hacen referencia a personas jóvenes y fundamentalmente con cáncer. Los estudios existentes en personas mayores con enfermedades crónicas progresivas constatan necesidades no cubiertas en estos pacientes (con presencia de sufrimiento por síntomas físicos o psicológicos) y de sus familiares. Esta situación es atribuible a la falta de valoración y control de los síntomas, a dificultades de comunicación entre paciente-familia y profesionales y a sistemas de salud muy fragmentados en la provisión de servicios a estas personas y excesivamente centrados en la enfermedad (1).

Dado que el curso evolutivo de las enfermedades crónicas en los ancianos es difícil de predecir, la aproximación paliativa a los pacientes tiene que basarse más en las necesidades de los enfermos y la familia que en el pronóstico de la enfermedad (2). En este contexto hay que entender que los cuidados paliativos no son exclusivos de los equipos y unidades especializadas, sino que tienen que formar parte del cuidado de cualquier paciente independientemente del lugar en que sea atendido.

En este capítulo proponemos la integración de la geriatría y los cuidados paliativos para atender a personas mayores con enfermedades crónicas y evolu-

cionadas, puesto que son dos especialidades con aspectos nucleares comunes de su modelo de atención: la visión global de la persona, la intervención sobre el paciente y su familia, el objetivo de calidad de vida e independencia, la multidisciplinariedad y la intervención en todos los niveles asistenciales.

Una situación clínica habitual

Señora de 88 años, con antecedentes de insuficiencia cardíaca avanzada, diabetes, artropatía degenerativa severa y deterioro cognitivo, que presenta disnea, debilidad y pérdida funcional progresiva.

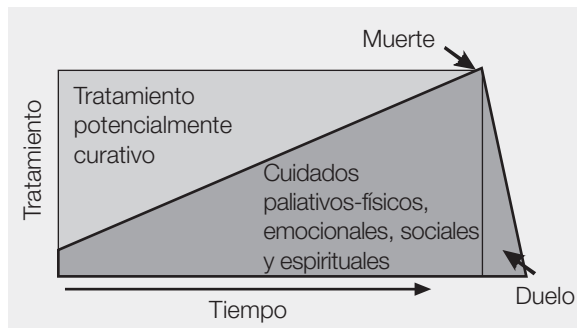
En el abordaje de esta paciente será necesario establecer unos objetivos y un plan terapéutico concretos, en el contexto de un pronóstico incierto, y que implica la valoración y tratamiento de la insuficiencia cardíaca y de los otros síntomas físicos y psicológicos debidos a sus enfermedades de base, el manejo de su comorbilidad y la aproximación a los síndromes geriátricos. Además puede tener un entorno social complejo con un cuidador principal con capacidad limitada en la atención a domicilio (habitualmente se trata también de una persona mayor). Finalmente esta paciente puede realizar múltiples transiciones entre diferentes recursos asistenciales (domicilio, hospital, recursos de larga duración) en los cuales no siempre se garantiza un seguimiento de los objetivos y del plan de tratamiento.

La paciente presenta complejidad médica y discapacidad significativas, y requiere la intervención coordinada de diferentes profesionales y servicios, tanto del ámbito sanitario como del ámbito social. Los cuidados paliativos son multidisciplinarios, y tienen como objetivo disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas y la de sus familiares (3).

Curar/paliar

La integración de los cuidados paliativos y tratamientos curativos son una aproximación racional a la atención de personas con enfermedades avanzadas y

Figura 1. Curar y paliar



ha demostrado que reduce el sufrimiento, mejora la satisfacción, disminuye costes y facilita las transiciones entre los diferentes estadios de progresión de la enfermedad. Según este enfoque, los cuidados paliativos son ofrecidos a medida que se van desarrollando las necesidades y antes de que no respondan a cualquier otro tratamiento curativo (figura 1).

Sin embargo, la situación habitual es que los pacientes reciban múltiples episodios de tratamiento curativo y unas pocas semanas de tratamiento de confort al final de la vida. Creemos que la razón fundamental de este hecho radica en la visión tradicional de creer que los objetivos de curar y prolongar la vida son incompatibles con el objetivo de disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. La visión dicotómica del curar-cuidar comporta que los pacientes con

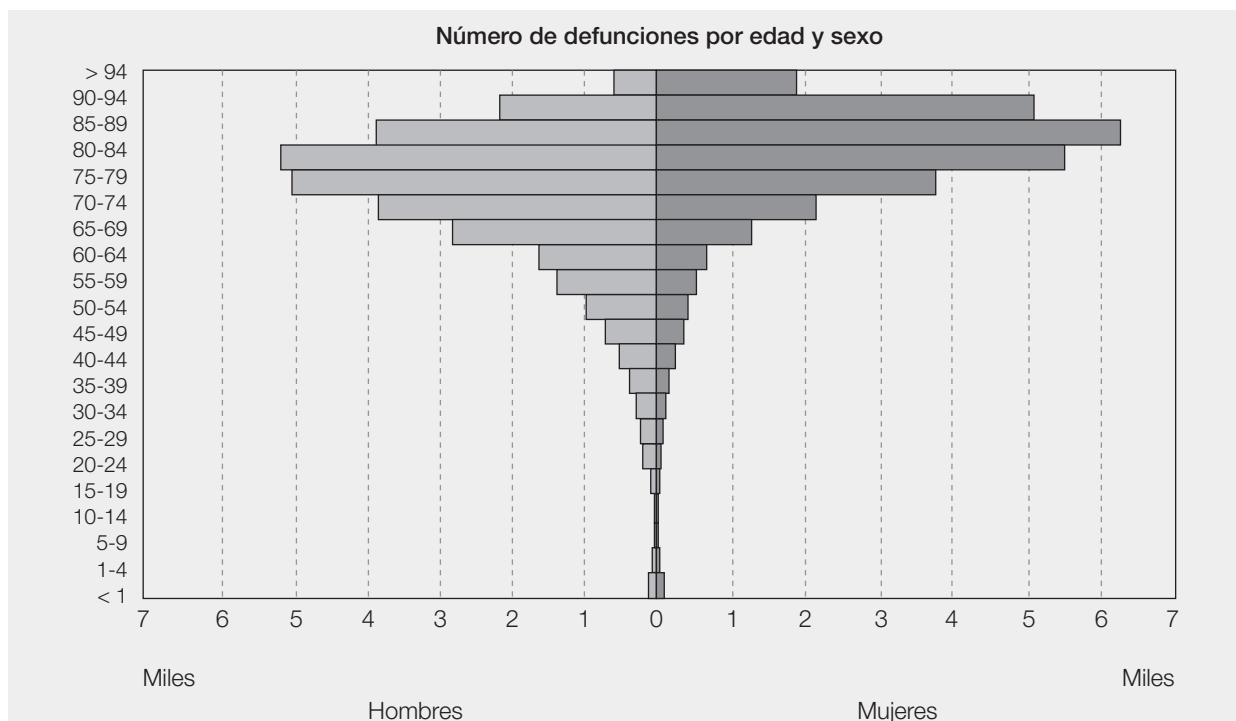
enfermedades avanzadas reciban tratamientos agresivos y no se inicien los tratamientos con objetivos de confort hasta que el pronóstico está muy claro y la muerte es inminente.

Epidemiología

En la mayoría de poblaciones europeas muchas personas superan los 65 años y la muerte se desplaza en una proporción importante de los casos hasta los 80-85 años, especialmente en las mujeres (figura 2) (4). Este incremento progresivo de la supervivencia ha ocasionado como consecuencia un aumento de las personas con dependencia y no es excepcional que muchas personas necesiten ayuda en sus últimos meses de vida.

A medida que la población envejece, el patrón de las enfermedades también cambia: actualmente las personas mueren de enfermedades crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, demencia...) y en muchas ocasiones es difícil establecer cuál es la causa fundamental de la muerte. En la mayoría de los países desarrollados, la muerte de las personas se produce en los hospitales y en instituciones que ofrecen cuidados de larga duración, disminuyendo la proporción de pacientes que fallecen en su propio domicilio. Este factor tiene mucha importancia en el proceso de planificación de los recursos para atender a estas personas.

Figura 2. Pirámide de mortalidad [4]



Fragilidad y síndrome de declive

Es frecuente en la práctica cotidiana que los profesionales dudemos de cuál es el momento para iniciar un tratamiento paliativo. En el paciente joven suele estar asociado a marcadores de mal pronóstico de una enfermedad avanzada, pero en los pacientes geriátricos los mejores factores pronósticos a corto plazo son los marcadores de situación, como la funcionalidad, la situación cognitiva, los síndromes geriátricos y globalmente la situación de fragilidad.

El síndrome de declive, referido en la literatura anglosajona como *failure to thrive*, se ha definido como un síndrome clínico que presentan los pacientes frágiles caracterizado por pérdida nutricional y funcional. Así pues, la fragilidad y el síndrome de declive podrían formar parte de una misma entidad, siendo el síndrome de declive la situación extrema de la fragilidad y estando asociado a mal pronóstico a corto plazo (5). De todas formas, la definición de este síndrome es muy poco operativa y no expresa con claridad cuál debe ser la intensidad y en cuánto tiempo se tienen que producir las pérdidas. Para algunos autores es un marcador de situación de enfermedad terminal y para otros es un estímulo para realizar una valoración geriátrica exhaustiva (6).

En la práctica diaria es un concepto que hay que utilizar con precaución y la actitud debería ser la de realizar una valoración geriátrica y establecer un plan terapéutico adecuado. En caso de no conseguir una mejoría significativa pese a una intervención adecuada, podremos concluir que probablemente estemos ante una situación de final de vida.

Concepto de trayectoria clínica

En el último año de vida en pacientes con enfermedades crónicas progresivas se han descrito tres trayectorias clínicas distintas. Una trayectoria asociada a cáncer, caracterizada por un declinar lento y una fase terminal clara (figura 3).

Figura 3. Trayectoria clínica asociada a cáncer

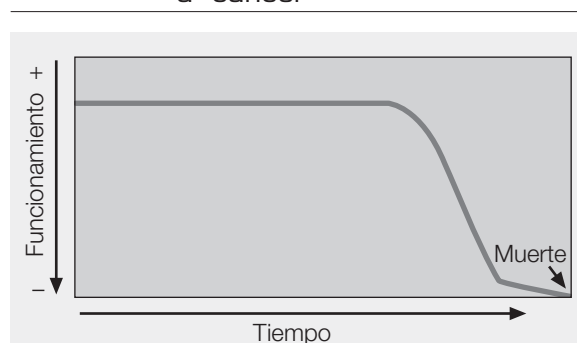


Figura 4. Trayectoria clínica asociada a enfermedad de órgano

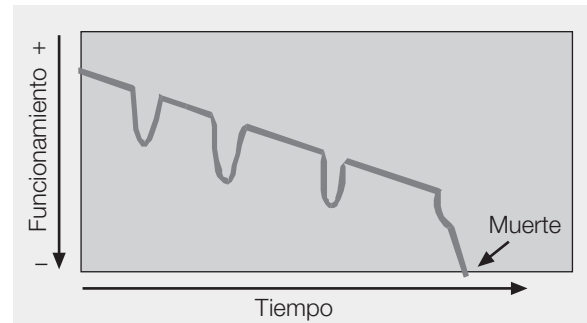
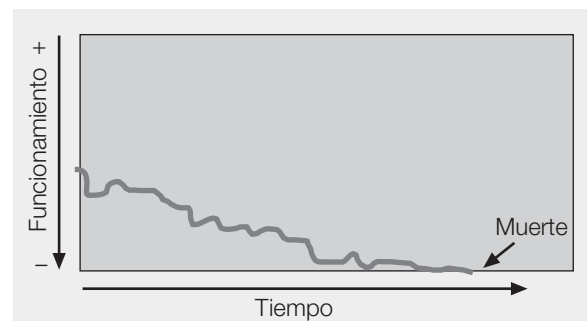


Figura 5 Trayectoria clínica asociada a fragilidad o demencia



Una trayectoria asociada a pacientes portadores de enfermedad de órgano (insuficiencia cardíaca o respiratoria) caracterizada por un declinar gradual, con episodios de deterioro agudo y recuperación parcial (figura 4).

Por último, los ancianos frágiles y los pacientes con demencia presentan deterioro lento y progresivo (figura 5).

Cada tipo de deterioro define poblaciones con necesidades y edades distintas y diferente patrón de uso de recursos. Como ejemplo, los pacientes con cáncer se adaptan muy bien a los recursos especializados en unidades de cuidados paliativos y programas domiciliarios.

Aunque existen algunas limitaciones (cambios en los problemas de salud, factores sociales...), para los clínicos, el concepto de trayectoria puede ser útil en diferentes situaciones. En primer lugar, permite a los profesionales plantearse si las intervenciones que se están realizando son proporcionales a su situación evolutiva. En segundo lugar, la trayectoria puede ayudar al diálogo con el paciente y familia para facilitar el proceso de información sobre las expectativas de vida (es probable que no tengamos una respuesta concreta, pero podemos aportar conocimiento respecto a

cuál será la evolución más probable) y a la toma de decisiones. Finalmente, el conocimiento de la trayectoria por parte del paciente transmite sensación de control respecto a la enfermedad (7, 8).

Calidad de cuidados al final de la vida

Muchas organizaciones defienden que la atención de calidad al final de la vida es un derecho de los ciudadanos. En los últimos años se han elaborado diferentes indicadores de calidad de cuidados al final de la vida y definiciones del concepto de buena muerte basándose en la opinión de expertos y familiares (9). En pocos estudios se evalúa la opinión de los pacientes, ya que en este ámbito la investigación tiene limitaciones importantes, especialmente en el hecho de determinar a priori que un paciente está en situación de final de vida.

El Instituto de Medicina Americano define como «buena muerte» aquella que ocurre libre de sufrimiento evitable, para el paciente y su familia, respetando los deseos del paciente y donde la atención realizada sea razonablemente consistente con los valores y la cultura de la sociedad donde ésta transcurre (10).

Aceptando que el proceso de morir es una experiencia muy individual, creemos que el concepto de buena muerte puede ayudar a los equipos a definir objetivos terapéuticos. La adecuación de estos objetivos a los cambios clínicos, habituales en los pacientes con enfermedades crónicas evolucionadas, debe ser un proceso dinámico. Hay algunas situaciones típicas de replanteamiento de objetivos: cambios significativos en la salud del paciente, cambios de ubicación, falta de respuesta a un tratamiento o por voluntad específica del paciente.

Existe una serie de indicadores de calidad, que provienen de los estudios que han analizado la opinión de pacientes, siendo su conocimiento de gran utilidad para crear áreas de mejora en ámbitos de trabajo concretos. La mayoría de indicadores pueden agruparse en unos pocos dominios: recibir un adecuado control de síntomas, evitar la prolongación inadecuada de la vida, dar al paciente el control de la situación, mejorar la sobrecarga de los familiares, facilitar las relaciones con los seres queridos y asegurar continuidad en la atención (11, 12, 13).

Aspectos prácticos de la atención al final de la vida

Atención a la familia

La atención a la familia es uno de los criterios de calidad de atención al final de la vida. El trabajo multidisciplinar dirigido al enfermo y la familia como unidad a tratar también es característico de la atención integral en cuidados paliativos.

En la entrevista familiar es importante la anamnesis sobre la forma de ser del enfermo, calidad de las relaciones familiares, reacciones en situaciones similares o pérdida de otros familiares, características del domicilio y nivel de soporte.

En toda unidad familiar debe identificarse el cuidador principal. En el caso de los pacientes con enfermedades crónicas, el cuidador principal suele tener indicadores de sobrecarga de trabajo e índices de ansiedad o depresión, puede ser de edad avanzada y tener problemas físicos. En el caso de que el cuidador principal sea la pareja, ésta puede tener miedo a sufrir un desequilibrio emocional por la pérdida y es fácil que acuse la sensación de carga para el resto de su familia, con percepción de ciclo vital terminado. Por otra parte, suele tener experiencias previas de pérdidas y cambios de rol secundarias a éstas. Es importante detectar temas pendientes, tanto económicos como relacionales y debe hacerse anticipación de la muerte y el duelo.

La elaboración de la pérdida es un proceso normal que requiere unos meses, se muestra con sentimientos, cambios en la conducta y síntomas físicos y concluye con el retorno de las capacidades funcionales y relacionales previas.

Comunicación y toma de decisiones

La comunicación e información es también uno de los instrumentos básicos de la terapéutica en cuidados paliativos. Comunicar es transmitir a otro algo que se tiene: información. El objetivo de la comunicación es informar, orientar y apoyar al enfermo y la familia para que tengan elementos para participar en la toma de decisiones. Éste debe ser un proceso dinámico que se adecúe a los puntos de inflexión de la enfermedad, revisando la información y la percepción de salud o enfermedad con el paciente y su familia, avanzando de este modo en la comunicación para la preparación al deterioro, dependencia e incluso la propia muerte (14).

La capacidad de comunicar malas noticias de manera eficaz es una cualidad esencial para los médicos. Un enfoque sistemático puede reforzar la colaboración entre médico, paciente y familia, ofreciendo la posibilidad de establecer objetivos realistas, planificar con miras al futuro y apoyarse mutuamente (15).

- *Paso 1: preparación:* es necesario revisar los hechos médicos y asegurarse de disponer de todas las confirmaciones necesarias. Hay que establecer un contexto físico adecuado en una zona reservada en la que no se produzcan interrupciones. Hay que determinar la conveniencia o no de la presencia de otros miembros del equipo, y familiares y/o amigos que el paciente pueda desear tener a su lado.
- *Paso 2: averiguar la comprensión del paciente:* los pacientes que comprenden bien la situación

requieren un planteamiento distinto de los pacientes desinformados. Hay que iniciar la conversación tratando de averiguar lo que sabe el paciente sobre su enfermedad. Pueden ser útiles preguntas como «¿qué le han contado los otros médicos sobre su enfermedad?».

- *Paso 3: qué quiere saber el paciente:* la mayoría de pacientes quiere información plena sobre su enfermedad. Pero de la misma forma que los pacientes tienen derecho a tener esta información, también tienen derecho a no conocer información que no desean. Algunas preguntas útiles al respecto serían: «Si resulta que la enfermedad es grave, ¿querrá saberlo? Si no es así, ¿hay alguna otra persona con la que le gustaría que hablara?».
- *Paso 4: decirselo al paciente:* la comunicación es un proceso gradual que requiere estrategias terapéuticas, intervención de equipo, compromiso y disponibilidad. El enfermo es quien escoge personas, lugar y tiempo. Facilitaremos la información de manera sensible, progresiva y directa, evitando el lenguaje técnico y los eufemismos. Hay que comprobar con frecuencia qué ha entendido el paciente, clarificando los conceptos y términos difíciles.
- *Paso 5: responder a los sentimientos:* las respuestas de los pacientes y las familias son tan impredecibles como diversas. Es importante una actitud empática y de escucha activa, promoviendo la expresión de las emociones y la aceptación de los sentimientos del paciente, recordando que éstos pueden aparecer en cualquier momento. Algunos comentarios útiles a este efecto serían «¿qué significa para usted esta noticia?, ¿qué es lo que más le preocupa?».
- *Paso 6: planificación y seguimiento:* el médico debe organizar un plan terapéutico que incorpore las expectativas y prioridades del paciente, discutiendo la posibilidad de pruebas adicionales, opciones terapéuticas..., fijando visitas de seguimiento y facilitando la posibilidad de contacto con el facultativo en caso de que se presenten nuevas preguntas.

En la toma de decisiones es importante que enfermo, familia y equipo tengan la información adecuada para poder participar activamente. Si el enfermo no está en condiciones por su estado de salud es aconsejable averiguar cuál era su voluntad al respecto (voluntades anticipadas, testamento vital) y decidir qué proporciona más beneficio al enfermo. La estrategia recomendada es utilizar un lenguaje sencillo con opciones de respuesta guiada.

La dificultad en tomar decisiones en muchos de estos casos radica en la necesidad de tener en cuenta al mismo tiempo los principios que guían la práctica clí-

nica (por ejemplo, tratamiento de una infección en un paciente terminal) y las consecuencias posibles en la propia acción (¿añade calidad de vida?, ¿cómo estará previsiblemente dentro de 1 ó 2 semanas?). Nos encontramos delante de pacientes determinados, casos específicos y situaciones únicas, por lo que necesariamente las soluciones se han de adaptar al caso concreto y a menudo son inciertas, si no aprendemos a ponderar las circunstancias de manera reflexiva.

Trabajo en equipo

La organización y el trabajo en equipo son fundamentales para la atención global e integral del paciente, y es un aspecto base de la práctica médica en geriatría. Cuando más próximo está el final, más evidente se hace la necesidad de la intimidad del paciente y su entorno relacional.

La organización debería facilitar:

- Un trabajo en equipo real: nadie ni ninguna disciplina es capaz de llegar al amplio abanico de necesidades de la mayoría de situaciones al final de la vida. Nuestro objetivo y el de la organización se basa en satisfacer las necesidades del enfermo y su entorno con la máxima dignidad posible. La práctica real del trabajo en equipo debe contar con instrumentos formales como la sesión interdisciplinar periódica, la documentación compartida y la metodología participativa en la toma de decisiones entre otros. Todos los implicados (enfermo, familiares, cuidadores y equipo terapéutico) se benefician del trabajo cooperativo, la interdependencia y la complementariedad, junto con una mejor vivencia y cumplimiento de objetivos planteados.
- Algunos cambios organizativos, tanto a nivel estructural (habitaciones con cama para familiares, sala para dar información sentados y con intimidad...) como medidas ambientales (vestirse de calle, uso de peluquería, flexibilización de horarios, personalización de la habitación...) pueden ayudar al paciente a aumentar el umbral de tolerancia de los síntomas y mejorar la vivencia.

Aspectos generales del control de síntomas

El buen control sintomático en el anciano en fase terminal es la base en la que se sustenta el resto de principios ya citados en los cuidados paliativos. En las fases finales de la enfermedad, el paciente y su familia suelen dar más prioridad al buen control de sus molestias (físicas, emocionales, espirituales y sociales) que al propio diagnóstico causal.

Es importante señalar que en el caso concreto del paciente oncológico geriátrico, éste puede presentar el mismo tipo de síntomas que en el adulto joven, pero

con diferencias en la frecuencia de éstos: más presencia de síndromes geriátricos (inmovilidad, incontinencia, estreñimiento, delirium, trastornos del sueño...) y menor expresión de dolor, depresión y vómitos. No hay diferencias respecto a la disnea.

Para poder realizar un abordaje que permita un control sintomático adecuado es necesario:

- *Evaluar antes de tratar*: siempre que sea posible y/o adecuado, tratar las causas específicas y los factores desencadenantes, sin descuidar nunca un buen control sintomático.
- *Fijar objetivos* realistas, razonables y escalonados.
- *Elaborar un plan terapéutico global*, en el que conste el tratamiento farmacológico (con pautas fijas y condicionales en casos de crisis) y el no farmacológico, a iniciar lo antes posible. Utilizar posologías que faciliten el cumplimiento, adecuando la vía de administración a la situación del paciente y manteniendo la vía oral siempre que ésta garantice el buen control sintomático. Como primera alternativa la vía de elección será la subcutánea. Evitar la polifarmacia y retirar medicación irrelevante (fármacos destinados a la prevención...).
- *Monitorización de los síntomas*, con revisión periódica de la respuesta al plan terapéutico establecido.
- *Informar* apropiadamente al paciente y la familia de las causas de los síntomas y la estrategia que planteamos para el control de éstos y propuestas a los cambios evolutivos, facilitando la accesibilidad al equipo terapéutico.
- *Reevaluar* con frecuencia.

Síntomas frecuentes e instrumentos básicos

En este apartado se priorizará la visión práctica y esquemática del abordaje de síntomas y su tratamiento. Conscientes de las limitaciones de este enfoque y a riesgo de ser poco exhaustivos, ésta quiere ser una guía básica destinada a facilitar el trabajo del día a día del médico residente de geriatría.

Por orden alfabético (16, 17):

- Anorexia y caquexia. Valorar siempre indicación/utilidad de tratar o no tratar.
Si pronóstico vital < 1 mes (mejora sintomática): *dexametasona* 4-8 mg/24 h.
Si pronóstico vital > 1 mes: *acetato de megestrol* 320-460 mg/día (en 2-3 tomas).
- Ansiedad, depresión e insomnio. Ver capítulos 23 y 26.
- Compresión medular. Es una urgencia oncológica. Reposo absoluto. Tratamiento inicial con *dexametasona* 16 mg/ev en bolus y seguir con 4 mg/6 h durante 3 días (posteriormente reducir 2 mg cada 3 días).

En caso de estar indicado, derivación urgente para tratamiento radioterápico.

- Convulsiones. *Tratamiento de la crisis*: *diazepam* rectal, ev 10 mg *midazolam* sc, ev 10-15 mg.
Tratamiento de base: *fenitoína*, impregnación inicial con 1.000 mg (ajustar dosis en pacientes geriátricos) a pasar en 1 h y seguir con 100 mg vo/8 h.
En caso de tumoración endocraneal con componente de edema: *dexametasona* inicialmente 4 mg/6 h.
- Delirium. Ver capítulo 18.
- Diarrea. Descartar impactación fecal (seudodiarrea).
Loperamida 4 mg/6-8 horas o *codeína* 30-60 mg/6-8 h.
En caso de diarrea intratable, valorar *octeotride* sc.
- Disfagia. Valorar nutrición enteral/parenteral, RT paliativa o prótesis esofágica.
Dexametasona 8-40 mg/24 h para intentar disminuir masa tumoral.
En caso de sialorrea, administrar fármacos con efecto anticolinérgico. (*Amitriptilina*, *hioscina*.)
- Disnea y síntomas respiratorios:
 - *Morfina oral* (inicialmente 2,5 mg/4-6 h) o *cloruro mórfico* sc, ev (50% de la dosis pautada en morfina oral).
 - Ansiolíticos (pueden ayudar a disminuir la ansiedad y taquipnea): *alprazolam* vo 0,25-0,5 mg, *midazolam* sc 2,5-5 mg/4 h.
 - Corticoides si linfangitis carcinomatosa, neumonitis postradioterapia, síndrome de vena cava: *dexametasona* 20-40 mg/24 h vo, sc o ev.
 - *Hipo*: *baclofen* 5-10 mg/12-24 h, *clorpromazina* 10-25 mg/8 h.
 - *Tos seca*: *broncodilatadores* nebulizados, *codeína* 15-60 mg/4-8 h y la mayoría de opioides, *dexametasona* 2-4 mg/día.
- Disuria/espasmo vesical. *Oxibutina* 5-10 mg/8 horas.
Valorar AINEs e instilación de lidocaína 2% diluido en suero salino a vejiga.
- Dolor. Ver capítulo 71.
- Espasmos/calambres:
 - *En caso de espasticidad*: *clonazepam* 0,5-2 mg/6-8 h, *baclofeno* 5-30 mg/8 h.
 - *Calambres 2º a QT/RT*: *carbamecepin* 200 mg/12 h.
 - *Calambres 2º a uremia*: *clonazepam* 0,5 mg/dosis nocturna.
- Estertores respiratorios. *Escopolamina* 0,5-1 mg sc.

- Estreñimiento. Ver capítulo 15.
- Hipercalcemia. Tratar en caso de ser sintomática y según situación del paciente.
Rehidratación (2-3 l/24 h) + furosemida ev 20-40 mg/12 h.
Zolendronato: dosis inicial 4 mg ev en 15-30 min (en casos refractarios 8 mg).
En hipercalcemias de origen tumoral (linfomas, mielomas): metilprednisolona ev bolus 1 mg/kg y seguir con 20 mg/6 h.
- Hipertensión endocraneal. *Dexametasona*, dosis inicial en bolus 16 mg. Seguir con 4 mg/6 h (dosis decreciente progresiva).
- Náuseas y vómitos:
 - *Inducido por opioides*: *haloperidol* vo, sc 1,5-10 mg/12-24 h.
 - *Por quimioterapia*: *ondansetron* 4-8 mg/8 h.
 - *Por estasis gástrico*: *metoclopramida* 10-20 mg/8 h.
 - *Por hipertensión endocraneal, hipercalcemia, obstrucción intestinal*: ver capítulos 56 y 60.
- Mucositis. *Solución analgésica*: suero 500 cc + 2 amp metamizol + 1 amp bupivacaína (proteger de la luz).
Ácido hialurónico: *lidocaína* viscosa 2% (enjuagar y tragar).
- Obstrucción intestinal. Tratamiento conservador: dieta absoluta + hidratación EV. Valorar aspiración nasogástrica.
 - *Si predomina componente funcional*: *metoclopramida* 30-120 mg día (repartidas o mejor en infusión continua).
 - *Si predomina componente mecánico*: *haloperidol* sc 5-15 mg/día.
 Valorar fármacos antiseoretos: *octeotride* sc 0,2-0,9 mg/día.
- Prurito. Hidratación de piel, disminución de ansiedad, cambio frecuente de ropas:
 - *Prurito localizado*: *loción de calamina*, *gel de lidocaína* 2%, *esteroides tópicos*.
 - *Prurito generalizado*: *hidroxicina* 25 mg/8 h. *resincolestiramina* 4 g/8 h (en caso de colestasis).
- Xerostomía. Hidratación frecuente. Limpieza de boca.
Saliva artificial: *solución de metil-celulosa* 1% (se puede administrar con esencia de limón o mentol).

Sedación paliativa

Consiste en la administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas, para

reducir la conciencia en un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar uno o más síntomas refractarios, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente (18). La sedación paliativa puede ser necesaria en diversas situaciones clínicas que se presentan en el paciente geriátrico con enfermedades avanzadas, no tiene por qué ser irreversible y no debe ser la respuesta frente al distrés de la familia o del equipo.

Sedación terminal o sedación en la agonía

Consiste en la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del mismo (18).

El manejo farmacológico de la situación de agonía parte de la base de identificar cuáles son los síntomas distresantes y administrar tratamiento para cada uno de ellos de forma específica. Es importante que la familia pueda participar en el proceso de toma de decisiones, así como tener su consentimiento (que haremos constar en la historia clínica), aunque la responsabilidad final sobre el bienestar del paciente será en última instancia del equipo terapéutico (19). Es importante hacer constar siempre por escrito en la historia clínica el cambio de estrategia terapéutica: *sedación paliativa/sedación en la agonía*.

Bibliografía

1. Morrison RS, Meier DE. Palliative Care. *N Engl J Med*. 2004; 350: 2582-90.
2. Lynn J. Learning to Care for People With Chronic Illness Facing the End of Life. *JAMA*. 2000; 284: 2508-11.
3. Goldstein NE, Morrison RS. The Intersection Between Geriatrics and Palliative Care: A Call for a new Research Agenda. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1593-8.
4. Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya 2004. Departament de Salut. Butlletí epidemiològic de Catalunya 2005; 7. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/bec72005.pdf>.
5. Fried L, Walston J. Frailty and failure to thrive. En: Hazard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, editores. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4.ª ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 739-44.
6. Robertson RG, Montagnini MD. Geriatric Failure to thrive. *Am Fam Physician* 2004; 70: 343-50.
7. Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of Older Medicine Decedents. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1108-12.
8. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330: 1007-11.
9. Lynn J. Measuring Quality of Care at the End of Life: A Statement of Principles. *JAGS* 1997; 45: 526-7.
10. Santina CD, Bernstein RH. Whole-patient assessment, goal planning, and inflection points: their role in achieving

ving quality end-of-life care. Clin Geriatr Med 2004; 20: 595-620.

11. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality End-of-Life Care: Patients' Perspectives. JAMA; 199: 163-8.
12. Heyland DK, Groll D, Rocker G, Dodek. End-of-Life Care in Acute Care Hospitals in Canada: a Quality Finish? J Palliat Care 2005; 21: 142-50.
13. Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J. The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. Palliative Medicine 2004; 18: 202-16.
14. Steihauser KE, Clipp EZ, McNeilly M, et al. In search of a good death: Observations of patients, families and providers. Ann Intern Med 2000; 132: 825-32.
15. Pinderhughes ST, Morrison RS. Cuidados paliativos. Geriatric Review Syllabus. 4.^a ed. American Geriatrics Society. Medical Tienes, SL; 2001. p. 63-71.
16. Porta J, X. Gómez-Batiste, A. Tuca. Control de síntomas en pacientes con cáncer en fase avanzada y terminal. Madrid: Ed. Arán; 2004.

17. Lamelo F. Control de síntomas en cuidados paliativos. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.

18. Porta J, Núñez JM. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. Med Pal 2002; 9: 41-6.
19. Back AL, Arnold RM. Dealing with conflict in caring for the seriously ill: it was just out of the question. JAMA. 2005; 293 (11): 1374-81.

Lectura recomendada

Morrison RD, Meier DE. Geriatric Palliative Care. New York: Oxford University Press; 2003.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Cuidados Paliativos en las personas mayores. Barcelona: Glosa Ediciones; 2001.

Education for physicians on end of life care. EPEC Project Disponible en: www.epec.net.

Davies E, Higingson IH. Mejores cuidados paliativos para personas mayores. Madrid: Ministerio de Sanidad, WHO Europa; 2004.