

ROL DEL PSIQUIATRA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

Cynthia Dunovits, Valeria Arvuez.

cynthiadunovits@hotmail.com

Unidad Docente Hospital Fernández y Hospital Pirovano.

Abstract

Los cuidados paliativos son la opción recomendada cuando la enfermedad del paciente es incurable y los tratamientos agresivos para prolongar la vida pueden producir morbilidad exagerada o alto costo personal con escaso beneficio significativo. Esta recomendación se basa no sólo en elementos científicos y morales del cuidado del enfermo sino también en una ética social relacionada con el principio de justicia. En los últimos años el concepto de cuidados paliativos muta hacia un enfoque de atención paliativa en la que esta área no se circunscribe solamente al enfermo oncológico incurable y sus últimas semanas de vida, sino que abarca a enfermedades crónicas incurables y progresivas como la enfermedad de Parkinson, las demencias, la insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca. Dichos cuadros constituyen los principales motivos de interconsulta en Psiquiatría de Enlace con sintomatología de la serie ansiosa depresiva, síndromes confusionales, psicosis orgánicas. El presente trabajo se centrará en el rol del psiquiatra en el Equipo de Cuidados paliativos y su rol en el equipo interdisciplinario.

Palabras Claves: Atención paliativa, medicina de enlace, Interconsulta, aspectos médico-legales.

Introducción

“Los cuidados paliativos son la opción recomendada cuando la enfermedad del paciente es incurable y los tratamientos agresivos para prolongar la vida pueden producir morbilidad exagerada o alto costo personal con escaso beneficio significativo. Esta recomendación se basa no solo en elementos científicos y morales del cuidado del enfermo sino también en una ética social relacionada con el Principio de Justicia “, entendido como el uso racional de los recursos disponibles que permite el ejercicio pleno del derecho a la salud.” *Centro Colaborador de Oxford de la OMS*. Alrededor del 70% de las personas mueren o morirán de enfermedades crónicas y progresivas, en países desarrollados y en vías de desarrollo. No se puede morir curado, pero se puede morir sanado. Implica tener la posibilidad de decir “*perdóname, te perdono, gracias, te amo, adios...* “. *La Ley de derechos del paciente 26.529 y ley de muerte digna. 26.742* reglamentada en 2009 y 2012 respectivamente, incluyen como derecho del paciente en situación de enfermedad avanzada el acceso a cuidados paliativos.

Definición de Cuidados Paliativos

“Es un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares frente a los problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida, mediante la temprana identificación y evaluación precisa del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.” OMS, 2002. Paliativo” deriva de la palabra latina *pallium: palia, capa, manto*. El objetivo central de los cuidados paliativos es proveer confort, a diferencia del “soporte clínico” que no solo se implementa en la fase de enfermedad avanzada e incurable. El cuidado y acompañamiento puede extenderse más allá del fallecimiento del paciente, acompañando el duelo de sus allegados. Los cuidados paliativos estarán más centrados en el paciente y en su familia, constituyendo éstos junto con el equipo la unidad terapéutica, promoviendo la aceptación de la muerte, priorizando la *calidad de vida*. Paciente, familia y equipo conforman una sociedad. La *calidad de vida*, se puede definir como “la satisfacción subjetiva de un individuo con su propia vida, influenciada por todos los aspectos de la personalidad.” Los componentes esenciales de los cuidados paliativos son: el control de síntomas, el apoyo psicosocial y espiritual, en el

contexto de un trabajo en equipo- paciente y familia, basado en los preceptos de la *esperanza* -expectativa mayor que cero de alcanzar un objetivo-, la honestidad y la disponibilidad. Estos principios se basan en reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso natural, estableciendo una estrategia que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga, proporcionando alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes, integrando aspectos psicológicos y espirituales al tratamiento, ofreciendo un sistema de apoyo para ayudar al paciente a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte, extendiendo ese apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el duelo-.

El Centro colaborador de la OMS en Cuidados Paliativos en Cataluña (Centro QUALY), liderado por el Dr. Batiste, transforma el término de Cuidados paliativos en Atención paliativa (AP), ampliando su atención más allá del paciente oncológico, hacia el paciente con enfermedades crónicas evolutivas. Ante la dificultad en identificar al paciente que podría beneficiarse con los cuidados, es posible implementar el instrumento NECPAL, a fin de identificar a pacientes con enfermedades susceptibles de recibir AP, que requieren algún tipo de medida paliativa. Es un cuestionario de 6 preguntas al médico tratante. Incluye una “pregunta sorpresa”: ¿Le sorprendería que esté enfermo muriese en 1 año? Una respuesta positiva hace del paciente un posible candidato. La AP incluye a las personas con situaciones de enfermedad avanzada y terminal con pronóstico limitado y deterioro progresivo (SEAT) y a sus familias. Estas enfermedades son: cáncer progresivo y avanzado; insuficiencia cardíaca grado IV de la NYHA; insuficiencia renal crónica severa no dializable, neumopatía avanzada (bronquitis crónica, enfisema, neumopatía intersticial (FEV<30%, hipoxemia severa, Po2<55mm); hepatopatía crónica; ELA, Enfermedad de Parkinson; demencias (índice de Barthel <20, CDR3); síndrome del anciano frágil (Barthel<20); SIDA. Estas SEAT en general tienen un pronóstico de vida mayor a 12 a 18 meses

El psiquiatra en Cuidados Paliativos.

La función del psiquiatra en la AP debe basarse en acompañar y ayudar a que el paciente logre una muerte apropiada: Medicando síntomas concomitantes, reduciendo

lo máximo posible los conflictos internos como el miedo a la pérdida de control, preservando el sentido de identidad, reforzando y/o manteniendo las relaciones familiares fundamentales, intentando resolver conflictos pendientes, estimulando a la persona a que intente alcanzar metas significativas (graduación, nacimientos) a fin de otorgar un sentido de continuidad. También el psiquiatra acompaña al paciente en la toma de decisiones importantes en el final de la vida como el retiro /abstención de medidas invasivas, la elección del lugar de fallecimiento, el control de síntomas como depresión, ansiedad, agitación en contexto de delirium, sedación terminal, facilitando la transmisión de información apropiada y la comunicación adecuada de alternativas terapéuticas. La ley de muerte digna (ley 26.742) enuncia el derecho del paciente a realizar *directivas anticipadas*, documento en el cual el paciente en presencia de 2 testigos y un escribano detalla los cuidados que quiere recibir y rechazar y puede nombrar un representante que pueda tomar decisiones cuando no pueda hacerlo.

. Los trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos son frecuentes. En el estudio PSYCOG (Grupo colaborador para el Estudio de Oncología Psicosocial) se evaluaron 215 pacientes oncológicos. El 53% presentaba adaptación adecuada; mientras que el 47% presentaba un trastorno psiquiátrico principalmente ansiedad y depresión reactiva, considerado por DSM como trastorno adaptativo. La incidencia de trastornos psiquiátricos en el paciente terminal es del 53%, siendo similar a la de pacientes oncológicos no terminales, pero con mayor frecuencia de trastornos con base orgánica: 42% de alteraciones cognitivas; 28% delirios y delirium; 10% demencia; 7,5% trastorno adaptativo, 3,2% depresión, 1,1% trastorno de ansiedad generalizado. En el caso de la ansiedad en general el origen es mixto. Es fundamental descartar causas orgánicas. Si el inicio es abrupto se deben descartar causas metabólicas, desequilibrio de medio interno, hipoglucemia, hipocalcemia, hemorragias internas. Las causas orgánicas de ansiedad son: tumores secretores, dolor mal controlado, causas farmacológicas como la administración o retirada de corticoides, benzodiacepinas, neurolépticos. En su abordaje se intenta evitar los benzodiacepinas por el riesgo de síndrome confusional; y comenzar corrigiendo causas orgánicas. Para el manejo farmacológico se recomienda: quetiapina. (12,5 mg a 300 mg); difenhidramina (25 a 50 mg cada 4 hrs); trazodona (50

a 100mg), haloperidol (0,5 a 5 mg). En cuanto a la depresión, su tasa de prevalencia oscila del 4,5 a 58%. Sería más frecuente en estadios avanzados. No todos los pacientes reaccionan a un diagnóstico de terminalidad con síntomas depresivos. Su diagnóstico resulta difícil por la superposición con síntomas neurovegetativos. Es frecuente la presencia de sentimientos de impotencia, de desesperanza, inutilidad de ideación autolítica y de antecedentes personales y familiares de depresión. Es importante diferenciar entre una tristeza esperable producto del diagnóstico, un trastorno adaptativo con ánimo depresivo y una depresión severa. Resulta fundamental la entrevista con los familiares. Como causas orgánicas se debe descartar encefalopatías, hipercalcemia, déficit de vitamina D, tumores cerebrales, pancreáticos, caquexia, causas farmacológicas: corticoides, vincristina, vinblastina asparaginasa, metrotexate intratecal, interferon, il-2, anfotericina b, irradiación cerebral, síndromes paraneoplásicos, El tratamiento en la depresión dependerá de la expectativa de vida. En el caso de una expectativa corta (menor a 1 mes) se puede utilizar metilfenidato 5-10 mg/ día o modafinilo de 50 a 400 mg. Si la expectativa de vida es mayor, se puede hacer uso de antidepresivos como el escitalopram en dosis de 10 a 20 mg/día, o citalopram 20 a 40 mg/día o sertralina 50 a 200 mg/día. El metilfenidato estimula la atención y concentración, mejora el apetito, la debilidad y la fatiga. Se debe comenzar con 2,5 a 5 mg 1 o 2 veces al día. En general se utilizan dosis de hasta 30 mg. Se puede llevar a 60 mg/día. Los efectos adversos que deben monitorearse son el nerviosismo, sobreestimulación, disquinesia, tics, paranoia.

El delirium es muy frecuente en estadios avanzados y muchas veces anticipa el fin de vida. El abordaje es similar a otros cuadros. Se utilizan antipsicóticos para los síntomas de agitación como haloperidol de 2,5 – 5 mg, quetiapina de 12,5 a 300 mg; olanzapina 2, 5 a 10 mg; risperidona 0,5 a 2 mg. Siempre es de preferencia la vía oral y cuando ésta no es posible, la subcutánea. La morfina, codeína, metadona, haloperidol, levomepromazina, midazolam, difenhidramina, dexametasona, diclofenac, ranitidina pueden administrarse por vía subcutánea.

La indicación de sedación paliativa se realiza en síntomas físicos severos y refractarios, disnea y dolor refractarios a tratamiento, delirium refractario, desasosiego.

Puede ser ordinaria para reducir el nivel de conciencia o paliativa que genera inconciencia. Requiere consentimiento y orden de no reanimar para maximizar la autonomía del paciente. No adelanta el proceso de final de vida. En general se utiliza una bomba de infusión continua con midazolam 15 a 200 mg/día (para la agitación), solo o combinado con levomepromazina 25 a 300 mg/día y para delirium agitado, haloperidol. Los opioides se utilizan para manejo del dolor, no para sedación.

Suicidio y deseos de morir

La valoración del riesgo suicida debe ser parte de la valoración global del paciente. En general se asocia con depresión clínica, dolor mal controlado, falta de red. La incidencia de suicidio en estos pacientes es el doble con respecto a población general. Los factores de riesgo suicida son: depresión y desesperanza, enfermedad debilitante, dolor mal controlado, delirium y desinhibición, antecedentes de depresión e intentos previos, antecedentes familiares, falta de apoyo social, abuso de sustancias, sentimiento de ser una carga para los demás, pérdidas o duelos recientes, sexo masculino; primer año post diagnóstico (otros autores afirman que se da en periodos avanzados); mayores de 65 años; localización en próstata; pulmón, páncreas, cabeza y cuello. Es importante poder indagar acerca de los miedos del paciente: al dolor, a la pérdida de identidad, de autoestima, a lo que pasará con sus familiares, a si podrá afrontarla, a la mutilación, descomposición del cuerpo. Y también acerca de sentimientos de culpabilidad y de vergüenza: culpa por el desgaste de sus seres queridos, vergüenza por pérdida de autonomía y privacidad, estos sentimientos pueden estar encubiertos por otros como la ira, negación, agresión, hostilidad.

CONCLUSION

La atención paliativa resulta un concepto en constante construcción y crecimiento. En una medicina cada vez más compleja y fragmentada resulta fundamental formarnos en una atención integral y humanizada para acompañar al paciente con enfermedad incurable y en final de vida. El psiquiatra debe participar interdisciplinariamente en el equipo favoreciendo el control de síntomas, el acompañamiento familiar y fomentando la máxima autonomía del paciente.

Bibliografía

- De Simone Gustavo, Tripodoro Vilma. Fundamentos de Cuidados Paliativos y Control de Síntomas. Pallium Latinoamericana. 2004.
- Manual de Cuidados Paliativos para la Atención Primaria de la Salud. Ministerio de Salud (Nación). 2014.
- Instrumento NECPAL CCOMS-ICO© VERSIÓN 1.0 Observatorio “QUALY” - Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos Institut Català d’Oncologia. 2011.
- Tripodoro Vilma. Implementación en el Instituto Pallium Latinoamérica del Liverpool Care Pathway (versión en español PAMPA) para el cuidado integral de calidad de pacientes con cáncer en últimos días de vida. Estudio de casos múltiples. Proyecto PAMPA.
- Veloso, Verónica, Tripodoro, Vilma. Transformar para cuidar en el final de la vida. Implementación del programa asistencial multidisciplinario PALLIUM (PAMPA) en Instituto de Investigaciones Médicas “A. Lanari”. <https://www.aacademica.org/000-054/63>. Ministerio de Salud de la Nación - Instituto de Investigaciones Médicas “A. Lanari” - Universidad de Buenos Aires. 2013.
- American Psychiatric Association. DSM V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Publishing. 2013. (Libro on-line en Internet. Disponible en: <http://www.psychiatry.org/dsm5>).
- Ley N° 26.529. Ley de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Buenos Aires, Argentina. 20 de Noviembre del 2009.
- Ley N° 26.742 Ley de Muerte digna. (Modificase la Ley N° 26.529). Buenos Aires, Argentina. 5 de mayo de 2012

Abreviaturas

AP atención paliativa.

CP cuidados paliativos.

DSM Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.