



LA ANSIEDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS: ABORDAJE

Manuel José Mejías Estévez.

drmjme@hotmail.com

CONCEPTOS

La Real Academia Española de la Lengua, utiliza dos definiciones, muy útiles desde el punto de vista de los Cuidados Paliativos:

1. f. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.
2. f. Med. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

La ansiedad es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes con enfermedad terminal (18º-19º diagnóstico de enfermería en el enfermo terminal, ver frecuencia en Tabla 1), sobre todo cuando el paciente tiene mal pronóstico o evolución desfavorable.

Tabla 1. Síntomas graduados según frecuencia según el tipo de pacientes subsidiarios de Cuidados Paliativos.

SÍNTOMAS GRADUADOS SEGÚN FRECUENCIA (de mayor a menor) EN LOS DIFERENTES TIPOS DE PACIENTES EN CP				
Cáncer Terminal	SIDA ¹ Terminal	Insuficiencia Cardíaca Terminal	EPOC ² Terminal	Enfermedad Renal Terminal
Dolor	Dolor	Disnea	Disnea	Astenia
Anorexia	Astenia	Astenia	Astenia	Ansiedad
Astenia	Depresión	Dolor	Ansiedad	Insomnio
Confusión	Diarrea	Ansiedad	Dolor	Estreñimiento
Ansiedad	Insomnio	Insomnio	Depresión	Anorexia
Disnea	Confusión	Náuseas	Insomnio	Disnea
Depresión	Disnea	Estreñimiento	Anorexia	Dolor
Insomnio	Anorexia	Anorexia	Estreñimiento	Depresión
Estreñimiento	Náuseas	Depresión	Confusión	Náuseas
Náuseas	Estreñimiento	Confusión	Náuseas*	Diarrea
Diarrea	Ansiedad	Diarrea	Diarrea*	Confusión*

1 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
2 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
* (Frecuencias no establecidas o datos insuficientes).

Mejías Estévez M. Adaptado de Solano JP, Gomes B, Higginson IJ.

La enfermedad terminal se define por los siguientes criterios:

- Enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta a su tratamiento específico, y con un pronóstico de vida limitado (incluye a 2 grupos, oncológicas y no oncológicas).

LA ANSIEDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS: ABORDAJE

- Presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familiares y profesionales, lo que genera una gran demanda de atención.
- En las enfermedades terminales no oncológicas, el pronóstico vital es más difícil de determinar, por lo que la necesidad de cuidados paliativos, vendrá dada por, la presencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible, con sufrimiento no aliviado.
- La disciplina de Cuidados Paliativos (CP), pretende aportar un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados a una enfermedad mortal, mediante la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación precoz y la valoración y tratamientos impecables del dolor y otros problemas físicos, psíquicos, sociales y espirituales. Por lo tanto:
- Hacer CP es ofrecer lo más básico del concepto de cuidar (lo que cubre las necesidades del paciente con independencia de donde esté siendo cuidado, bien en casa o en el hospital).
- Los CP afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural y normal implícito en el mismo hecho de vivir.
- No aceleran ni retrasan la muerte.
- Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final.
- El control de los síntomas es una visión característica, ya que los síntomas son muy frecuentes, múltiples, intensos, cambiantes y de índole multidimensional.

La ansiedad se imbrica no solamente con otros síntomas (sobre todo dolor, disnea, delirium, insomnio, depresión, miedo a dormir y no despertarse, tristeza, hipo, emesis...), si no que hace que el concepto de la muerte se encuentre aún más presente, pudiendo favorecer este síntoma (por ejemplo, ante la comunicación de una mala noticia). Por eso la ansiedad es uno de los síntomas principales generadores de sufrimiento, que explica como éste se presenta a modo de modelo triangular, por el que el paciente, su familia y los profesionales sanitarios, en el impacto de la fase final de vida, sufren mucho como participantes en el proceso de la enfermedad.

VALORACIÓN DEL SÍNTOMA ANSIEDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS

La ansiedad en CP se explora con preguntas abiertas, aunque en ocasiones a pesar de que no sea verbalizada, aparecen señales indirectas de ello como son los sentimientos de culpa o desesperación, inutilidad, anhedonia, etc. valora sobre todo según 2 escalas validadas al español:

- ESAS (Edmonton Symptom Assessment System). Formada por 10 escalas analógicas visuales que valoran 10 síntomas, puntuados de 0-10 (0= ausencia, 10= máxima presencia posible para cada sujeto). Entre ellos, se incluye la ansiedad.
- STAT (Support Team Assessment Schedule). Valora ansiedad en paciente y familia (puntuación de 0 a 4).

LA ANSIEDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS: ABORDAJE

- Escala de Hamilton. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista (utilizada para población general). El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica y a ansiedad somática. Es aconsejable distinguir entre ambas a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.
- Escala de Depresión y Ansiedad: HADS (Hospital Anxiety And Depression scale). Es un instrumento corto (14 ítems) que ha mostrado su fiabilidad y validez, siendo utilizado tanto para el diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno. Se compone de dos subescalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión) de siete ítems cada una con puntuaciones de 0 a 3. A diferencia de la anterior, es autoadministrada, con 7 preguntas sobre ansiedad y 7 sobre depresión. Se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería y las puntuaciones superiores a 11 son casos en cada una de las subescalas.

ABORDAJE DE LA ANSIEDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS

Uno de los puntos clave en el tratamiento de los síntomas en general, es respetar la autonomía del paciente, teniendo presente una comunicación con él y familia que sea veraz y adaptada a la persona y al momento (no mentir). Otro pilar es tener presente que la ausencia de información provoca aislamiento, soledad, ansiedad y depresión.

El abordaje debe ser multidimensional, atendiendo a las esferas físicas, psicológicas (especialmente emocionales), sociales y espirituales, por lo que una terapéutica puramente farmacológica, no proporcionaría la atención integral e integradora que precisa toda persona que sufre al padecer de una enfermedad incurable, progresiva que lleva inexorablemente a la muerte. A destacar:

1. Relación terapéutica de confianza.
2. Facilitar la expresión o desahogo emocional.
3. Validación emocional.
4. Apoyo emocional.
5. Empatía y actitudes empáticas.
6. Escucha activa.

Éstas y otras técnicas entran dentro de diferentes tipos de corrientes psicoterapéuticas, donde las más utilizadas en CP son:

- Mindfulness o atención plena.
- Psicoterapia cognitivo-conductual.
- Terapia de Aceptación y Compromiso.

LA ANSIEDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS: ABORDAJE

En referencia a la farmacología, las benzodicepinas ansiolíticas constituyen la mejor elección, con el midazolam, sobre todo por vía subcutánea, el más efectivo. Como alternativa si no son eficaces, los neurolépticos, antidepresivos o incluso antihistamínicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en Cuidados Paliativos Modelo y protocolos. 2003. Editorial Ariel S.A. Barcelona.
2. Barbero J, Barreto P, Arranz P, Bayés R: Comunicación en oncología clínica. Just in timeSL. 2005. Madrid.
3. European Association for Palliative Care. Definition of Palliative Care, 1998. <http://www.eapcnet.org/about/definition.html> (access date: 22.02.2008).
4. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.
5. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de Cuidados Paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid. Mayo 2012.
6. Mejías MJ. Guía práctica de manejo domiciliario del dolor y otros síntomas. 2ª edición. Editorial Sanaidea. Octubre 2016. ISBN 978-84-617-5641-4.
7. Pastrana T et al. A Matter of Definition – Key Elements identified in a discourse analysis of definition of Palliative Care. Palliative Medicine 2008; 22: 222-32.