



ACADEMIA
NACIONAL DE
MEDICINA

COMITÉ DE
EVALUACIÓN
CLÍNICA
TERAPÉUTICA

Coordinador:
Luciano Domínguez Soto

José Luis Arredondo García
Luciano Domínguez Soto
Gerardo Guinto Balanzar
Julio Granados Arriola
Gerardo Heinze Martín
Mariano Hernández Goribar
Enrique Hong Chong
Carlos Ibarra Pérez
Carlos Lavallo Montalvo
Alberto Lifshitz Guinzberg
Armando Mansilla Olivares
Roberto Medina Santillán
Nahum Méndez Sánchez
Miguel A. Mercado Díaz
Manuel Morales Polanco
Jorge Moreno Aranda
Adalberto Mosqueda Taylor
Ricardo Plancarte Sánchez
Ma. Eugenia Ponce de León
Hugo Quiroz Mercado
Miguel Ángel Rodríguez Weber
Jorge Sánchez Guerrero
Juan José Luis Sierra Mongue
Manuel Sigfrido Rangel
Manuel Torres Zamora
Juan Urrusti Sanz
Juan Verdejo Paris

Boletín de Información Clínica Terapéutica

VOL. XVII, NÚMERO 3

MAYO - JUNIO

2008

Contenido

Volver a lo básico (IV) EL PRONÓSTICO.....	1
Cuidados Paliativos.....	4
Tratamiento del Tabaquismo.....	6

Volver a lo básico (IV) EL PRONÓSTICO

*Escribo los signos por medio de los cuales
hay que conjeturar, de entre los individuos,
los que sanarán y los que morirán, y los que
sanarán y perecerán a corto y largo plazo.*

Hipócrates

Introducción.

De las responsabilidades tradicionales de los médicos -diagnóstico, tratamiento y pronóstico-, ésta última suele ser la más olvidada, probablemente porque no es tan fácil de estimar y porque, por naturaleza, tiene un alto grado de incertidumbre que compromete en exceso. Si los profesionales ocasionalmente fallamos en nuestras decisiones diagnósticas y terapéuticas, es en las estimaciones pronósticas en las que solemos tener más imprecisiones, pues se trata nada menos que de anticipar el futuro con base en ciertos indicios del presente. Se le suele eludir en los expedientes mediante circunloquios, estereotipos o eufemismos tales como “incierto”, “diferido”, “condicionado a la certeza diagnóstica” o “depende de la evolución”, todos ellos suficientemente vagos para evitar exponerse, y poco informativos tanto para los colegas como para los enfermos y los familiares, a quienes suele interesarles más el pronóstico que el nombre de la enfermedad, pues contesta a la pregunta de cómo se espera que le va a ir al paciente. En las relativamente pocas ocasiones en que los médicos se comprometen con un pronóstico, acaso lo expresan de manera sumaria con algún adjetivo como “pobre”, “favorable”, “bueno” o “mortal”, frecuentemente sólo sustentado en bases intuitivas o empíricas, pero en todo caso sin suficiente precisión y sin un análisis

sistemático de la situación que vive el enfermo. En los hospitales se suele clasificar a los pacientes en 'mejorados', 'delicados', 'graves' y 'muy graves', clasificación que si bien tiene implicaciones pronósticas, no permite matices que verdaderamente individualicen a los enfermos. También hay médicos que exageran los malos pronósticos para aparecer como salvadores o para eludir las demandas y reclamaciones que ocurrirían si las cosas van mal -dado que lo advirtieron oportunamente-, lo cual constituye una de las estrategias de la muy deplorable medicina defensiva. Por suerte, la omisión de expresar un pronóstico parece más común en los expedientes (en los que quedaría un compromiso por escrito) que en la explicación que los médicos hacen a los pacientes o familiares a quienes se les explica de manera aproximada lo que puede ocurrir.

El término procede del griego *prognostikon* (ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΝ) que significa lo perteneciente al conocimiento de lo que ha de venir. Etimológicamente se refiere a conocer anticipadamente (*pro-gnosis*). En épocas en las que la eficacia terapéutica era limitada, el pronóstico fue la actividad más importante de los médicos, lo que puede verse, por ejemplo, en el *Libro de los pronósticos* de Hipócrates, o en *On prognosis* de William Farr de 1838. Se solía clasificar como *quoad vitam* (con respecto a la vida) cuando se refería a si el enfermo vivirá o morirá; *quoad*

longitudinem vitae (con respecto a la longitud de la vida) para señalar el tiempo que vivirá el paciente; *quoad sanationem o valetudinem* (con respecto a sanar o a la salud) para predecir si la enfermedad curará o durará toda la vida y *quoad restitutionem o functionem* (con respecto a la restitución o a la función) para señalar si el enfermo quedará bien. Este escrito pretende ayudar a los médicos contemporáneos a enfrentar esta difícil responsabilidad aportando algunas sugerencias con elementos de juicio relativamente confiables.

Responsabilidades de los médicos en la predicción.

La predicción es un elemento fundamental de la planeación, que se ha valido de instrumentos con diferente grado de confiabilidad. A fuerza de haber sido trivializada, la predicción se ha desprestigiado y hoy ya no se cree, por ejemplo, en los pronósticos meteorológicos, la de los números que ganarán la lotería o los deportivos, pues se consideran más un producto del azar que de las circunstancias presentes. Pero la predicción se sustenta en la teoría de la probabilidad que tiene fundamentos racionales incuestionables. A los médicos nos intimida la incertidumbre esencial del futuro, sobre todo contrastada con la relativa certeza del presente. Es menos peligroso y comprometido decir cómo está un paciente que cómo estará en un futuro. Pero la predicción es una actividad fundamental e ineludible de los médicos. Para empezar, es una de las funciones de la ciencia, que tiene el propósito de la anticipación, de actuar antes y de prevenir desenlaces inconvenientes y propiciar los favorables. La predicción es un elemento substancial de la decisión terapéutica, pues el médico tiene que suponer lo que puede ocurrir si elige una u otra alternativa. Al enfrentar opciones competitivas tiene que estimar los posibles desenlaces de cada una, dar un valor estimativo a cada uno de ellos (utilidad) y calcular la probabilidad de que ocurran. Emitir un pronóstico implica estimar la probabilidad de una cierta evolución de la enfermedad en el paciente y anticipar las posibles complicaciones y secuelas, si no es que evitar los desenlaces ominosos. La tarea no es sencilla, no sólo por las dificultades intrínsecas de cualquier predicción, sino por el número tan grande de variables que participan, muchas de ellas difíciles de ponderar. En todo caso, se trata de hacer una estimación probabilística de los desenlaces, que tome en cuenta el diagnóstico nosológico pero también las condiciones particulares del paciente y factores adicionales, entre ellos sociales, económicos y hasta políticos. El pronóstico tiene un elemento cualitativo (lo que le puede suceder al paciente, lo que se conoce como desenlace o *outcome*), uno cuantitativo (la probabilidad de que efectivamente ocurra) y uno temporal (en cuánto tiempo se estima que va a ocurrir). En la mayoría de los casos existe información suficiente para acercarse a estas predicciones. La

valoración preoperatoria, por ejemplo, es un análisis pronóstico que permite tomar medidas para acechar las complicaciones y minimizar los peligros, con base en las características del paciente en cuestión.

Factores pronósticos.

Aunque tanto los factores de riesgo como los factores pronósticos son elementos de predicción, conviene precisar algunas diferencias. Los primeros han adquirido preponderancia en la medida que se ha reconocido que todas las enfermedades son multicausales y que su etiología no puede atribuirse a una sola condición sino que tiene que ver con una combinación de ellas. Los factores de riesgo están presentes antes de que la enfermedad ocurra y simplemente revelan una asociación estadística con su aparición futura y una hipotética relación causal. Los factores pronósticos, en cambio, son aquellos que, en personas que ya poseen la enfermedad, marcan una probabilidad de una cierta evolución, ya sea favorable o desfavorable. La división entre riesgo y pronóstico tiene algo de artificiosa pues, por ejemplo, la hipertensión arterial puede ser un factor de riesgo para

desarrollar enfermedad vascular cerebral y es un factor pronóstico para la aparición de complicaciones microvasculares de la diabetes como retinopatía o nefropatía; la edad participa tanto en el riesgo como en el pronóstico; etc. y muchos factores de riesgo hoy son objeto de una intervención terapéutica como si fueran ellos mismos enfermedades (por

ejemplo, hipercolesterolemia). Se ha propuesto que los “factores” (de riesgo y pronósticos) deben distinguirse de los “marcadores” (de riesgo y pronósticos) en tanto que éstos son inmodificables (edad, sexo, historia familiar, genes, peso al nacer), y que se denominan condiciones de riesgo o condiciones pronósticas al colectivo de factores y marcadores; también se suele hablar de indicadores pronósticos como sinónimo de condiciones, en tanto que los índices o escalas de pronósticos son conjuntos de indicadores que ayudan al clínico a hacer las predicciones sobre un paciente individual, frecuentemente en términos cuantitativos. En la literatura hay muchos índices de este tipo, por ejemplo, para la enfermedad vascular cerebral, el crecimiento intrauterino, diversas formas de cáncer, ciertas psicosis, mortalidad en ancianos, quemaduras, EPOC, insuficiencia cardíaca, SIDA, enfermedades hepáticas, pancreatitis y muchos más.

El pronóstico de la enfermedad.

Los estudios que más aportan al conocimiento del pronóstico de las enfermedades son los retrospectivos de casos y controles y los prospectivos de cohortes. Los desenlaces más frecuentemente utilizados en estos casos se suelen referir

Cuadro I Guía para evaluar artículos sobre pronóstico	
¿Son válidos los resultados?	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se trata de una muestra representativa de los pacientes? ¿Fueron los pacientes suficientemente homogéneos con respecto a sus riesgos pronósticos? ¿Fue suficiente el tiempo de seguimiento? Los criterios de desenlace utilizados ¿fueron objetivos y sin sesgos?
¿Cuales fueron los resultados?	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué tan probables fueron los desenlaces a lo largo del tiempo? ¿Qué tan precisas son las estimaciones de probabilidad (likelihood)?
¿Cómo puedo aplicar estos resultados a la atención de mis pacientes?	<ul style="list-style-type: none"> Los pacientes y los tratamientos ¿fueron similares a los de mi práctica? ¿Fue el seguimiento suficientemente largo? ¿Puedo utilizar estos resultados en el manejo de los pacientes de mi práctica?

como “puntos finales” o *endpoints*, que son ciertos hechos que marcan el término del seguimiento de un individuo dentro del ensayo o la cohorte. El pronóstico se expresa entonces como la probabilidad de que ocurra tal punto final en un cierto tiempo. Los más empleados son: curación, muerte, mejoría (por ciento de respuesta), remisión (por ciento sin indicio de enfermedad), proporción de recurrencias, de secuelas, de complicaciones, de estado de portador crónico. En estos mismos estudios, el pronóstico de la enfermedad se suele expresar como letalidad (*case fatality*), supervivencia (a 5 años, mediana de supervivencia, observada en tablas de vida o gráficas de Kaplan Meier), o calidad de vida (medida con diversos índices). La evaluación de la confiabilidad (validez interna) de tales estudios se puede facilitar mediante las recomendaciones mencionadas en el Cuadro No. I

El pronóstico del paciente.

Es obvio que el pronóstico de la enfermedad no necesariamente se aplica a cada paciente, pues participan otros factores (validez externa) como la comorbilidad, el estado funcional del enfermo, su competencia, su cultura médica, sus creencias, temores, aprensiones y prejuicios, su disposición, la valoración que hace de su propia salud, la disciplina, la adherencia, las redes de apoyo con que cuenta, y sus recursos intelectuales y económicos, entre otros. Para adaptar el pronóstico a los pacientes individuales se toman en cuenta ciertos factores de estratificación, unos llamados primarios y otros secundarios. En el Cuadro No. II se enlistan algunos de ellos. Conviene no limitarse a un adjetivo sumario sino tratar verdaderamente de individualizar el caso en términos de lo que puede razonablemente ocurrir y las condicionantes de los desenlaces, por ejemplo, “si sobrevive las primeras 24 horas...”, “tiene tal por ciento de probabilidades de desarrollar una enfermedad ocular en menos de 10 años”, “si se logra una adherencia terapéutica...”, “si no ocurren complicaciones inesperadas...”, Etc.

La verdad y la mentira piadosa.

Una vieja discusión plantea la disyuntiva de informar a los pacientes sobre su pronóstico o bien, en caso de que éste sea muy malo, ocultárselo y comunicarlo sólo a los familiares, para no desalentar la esperanza y no producir un daño adicional. Decir la verdad es un imperativo ético irrefutable pero también lo es el de evitar daño innecesario, como el que puede

hacer a veces la verdad cruda y cruel. Los médicos anglosajones no suelen tener ningún escrúpulo para informar de los malos pronósticos, pues sienten que así cumplen con su deber, sin hacer consideraciones sobre las consecuencias psicológicas de tales noticias. En nuestro país, muchos médicos prefieren no decir toda la verdad, en la inteligencia de que con ello evitan el desánimo que tal información puede propiciar, se alienta la esperanza (aunque no sea totalmente cierta) y se atienen al principio de incertidumbre según el cual no es posible establecer pronósticos indudables y siempre puede haber milagros, como está documentado en las excepciones. El paciente tiene, sin duda, derecho a conocer la verdad, pues de ello derivan consecuencias prácticas, como preparar su muerte, resolver problemas pendientes, redactar testamento si fuera el caso, hacer encargos, etc. Pero hay diversas formas de decir la verdad, unas más crueles que otras. La sensibilidad del médico, con el conocimiento que pueda tener del paciente y con la asesoría de los familiares, puede ayudarlo a administrar tal verdad, a escoger el momento apropiado, la secuencia conveniente, la progresión debida; algunos colegas consideran que tan sólo hay que contestar las preguntas que plantee el enfermo, porque hay algunos que no quieren conocer toda la verdad.

Epílogo

La habilidad para emitir pronósticos no puede ser menospreciada aún cuando conlleve la incertidumbre de toda predicción. El pronóstico atiende a una necesidad básica de los enfermos, les permite alentar sustentadamente una esperanza, participar activamente en su tratamiento o prepararse maduramente para un mal desenlace. Las estimaciones pronósticas, además, permiten juzgar del valor de las intervenciones en la medida en que éstas puedan mejorar los desenlaces previstos. El pronóstico ya no es más una especulación ni producto de una intuición basada en experiencias personales; tampoco se sustenta en un solo indicio. Hoy se ha generado información suficiente para hacer un abordaje probabilístico que no justifica el soslayo de que ha sido objeto ni la tendencia a eludir la posibilidad de comprometerse. Conocer su pronóstico es muy importante para el paciente, y el médico está en condiciones de ofrecer esta información y anotarla en el expediente, por supuesto que siempre con las reservas de cada caso.

Cuadro II Estratificación de los factores pronósticos

Factores primarios

- Anatómico - histológico: magnitud, extensión, localización, variedad histológica, marcadores anatómicos de pronóstico.
- Estado funcional y nutricional.
- Severidad de la enfermedad.
- Aspectos cronométricos: edad del paciente, duración de la enfermedad, etapa de la historia natural en que se encuentra.
- Comorbilidad: enfermedades asociadas y sus propios factores pronósticos.
- Predicción de respuesta: farmacogenómica (snips), alergia, respuesta previa, herencia, marcadores bioquímicos.

Factores secundarios

- Disposición, competencia, adherencia, temores, prejuicios, aprensiones, acceso a los recursos, disciplina, redes sociales de apoyo.

Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos consisten en la atención activa, global e integral de las personas, y sus familias, que padecen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, y cuyos objetivos básicos consisten en el control del dolor y los demás síntomas, el apoyo emocional del enfermo y su familia, su bienestar y calidad de vida.

EL PACIENTE TERMINAL.

El objetivo médico primordial durante las etapas iniciales del patologías crónicas oncológicas o no oncológicas es el de lograr la "cura o remisión", lo cual generalmente implica la prescripción de tratamientos múltiples, que en ocasiones resultan muy agresivos y costosos, pero que son encarados en forma muy optimista. Sin embargo, cuando dichas terapias dejan de ofrecer beneficios o cuando los efectos adversos superan a los propios beneficios, el objetivo de tratamiento cambia y el paciente y/o el médico rechazarán la terapia agresiva.

Uno de los momentos más difíciles en el cuidado del paciente crónico ocurre durante esta transición del tratamiento tradicional al tratamiento paliativo. Cuando la cura ya no es posible y cuando la enfermedad provoca sufrimiento al paciente, la medicina moderna considera válido un cambio de objetivo a fin de alcanzar "un período terminal y deceso confortable y tranquilo".

En oncología, cuando un paciente con una neoplasia maligna ya no es susceptible de un enfoque terapéutico específico para su enfermedad, y la expectativa de vida es corta, se dice habitualmente que está en fase terminal.

Los elementos que definen la situación de enfermedad terminal se han ido matizando desde fases iniciales del desarrollo de los cuidados paliativos. Se partió de una definición centrada en el pronóstico (inferior o igual de 3 a 6 meses) para llegar en la actualidad a una concepción más flexible que incorpora criterios centrados en las necesidades de los pacientes. En la práctica, decimos que estamos ante un enfermo terminal cuando existe un estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo.

El siguiente cuadro nos resume los criterios diagnósticos de enfermedad terminal y los problemas que estos pacientes plantean.

Cuadro I.
La Enfermedad Terminal

- a) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- b) Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- c) Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- d) Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico ante la posibilidad de muerte.
- e) En cuanto al pronóstico de vida hay corrientes actuales en las cuales se incorporan criterios centrados en las necesidades del paciente.

ELEMENTOS QUE DEFINEN LA SITUACIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL

Incurable.

Incurable determina un concepto clave de la enfermedad y de su evolución, y es que ésta persistirá y requerirá casi siempre tratamiento y, en la inmensa mayoría de casos, progresará hasta la muerte.

Tratamiento específico.

Definido como el que tiene efecto sobre la enfermedad y su evolución. Es decir, en la enfermedad hace referencia a los tratamientos o procedimientos que inciden directamente sobre el paciente oncológico o no oncológico (neurológico, cardiológico, enfermedades crónico degenerativas, etc) y su evolución en cáncer: quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia, cirugía.

Impacto emocional.

El impacto emocional, la preocupación y/o el sufrimiento del enfermo son también elementos claramente distintivos de la situación y tienen una evolución oscilante. La amenaza de muerte próxima, tanto si el paciente está informado como si no lo está, es responsable de estos sentimientos, que se manifestarán de manera diferente en todas las personas que forman parte del proceso: enfermo, familia y equipo.

Las consecuencias de la constatación del impacto emocional del enfermo, familia y equipo, como un factor clave en la organización, incluyen:

- a) La atención de los aspectos emocionales y objetivos de adaptación y ajuste.
- b) La importancia del "clima relacional" en la terapéutica.
- c) La consideración de la familia (con el enfermo incluido como un sistema que requiere mucha atención y soporte emocional potenciando su presencia y rol).
- d) Asimismo las personas del equipo, no sólo como terapéutas, sino también como elementos con necesidades de atención y soporte.

Necesidad o demanda

Los enfermos terminales y sus familias tienen necesidades de atención, muy especialmente en situaciones de más complejidad, como la de dolor intenso no controlado, los síntomas especialmente impactantes (hemorragia, disnea, convulsiones, trastornos cognitivos y de la conducta), los difíciles de controlar (anorexia, debilidad, pérdida de peso, etc.). Sin embargo, lo que destaca más es el factor de la demanda como uno de los más específicos de la situación. Las causas de este fenómeno tienen relación con la prevalencia e intensidad de los síntomas, pero también con el impacto emocional asociado.

Por lo tanto los equipos de cuidados paliativos tienen que organizar su oferta teniendo en cuenta esta característica, y,

por lo que, su éxito dependerá de su capacidad para resolver situaciones difíciles, capacidad para contener emociones, ofrecer una atención integral (respetuosa, centrada en las necesidades del paciente y la familia), y una oferta de servicios accesibles, flexibles y con capacidad para adelantarse a los problemas.

OBJETIVOS

Alcanzar una mejor calidad de vida para el paciente y sus familiares. Muchos de estos aspectos pueden ser aplicados tempranamente en el curso de la enfermedad crónica, en conjunto con el tratamiento específico, como por ejemplo, en el caso del cáncer.

Cuidado Paliativo Terminal:

- Reafirma la vida y en lo posible, ve el proceso de la muerte como algo normal y natural.
- No acelera ni pospone la muerte.
- Provee de alivio para el dolor y para todos los síntomas estresantes de este proceso.
- Integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- Ofrece un sistema de apoyo para los pacientes que vivan en completa lucidez, y si es posible en el proceso de la muerte.
- Apoya a la familia durante la enfermedad y posterior duelo.

INSTRUMENTOS BÁSICOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Control de síntomas.

La enfermedad avanzada con multitud de síntomas que generan cambios muy significativos en la vida del enfermo. Controlarlos, mejorarlos o favorecer la adaptación va a ser el eje del paradigma paliativo.

Los principios metodológicos del control de síntomas han sido descritos como uno de los instrumentos fundamentales de la terapéutica, hasta el punto que algunos equipos de cuidados paliativos se llamaron "Equipos de control de síntomas" ("Symptom Control Teams", SCT).

En los últimos años se han producido avances espectaculares en la práctica del control de síntomas como el dolor, vómito u otros síntomas, y pocos en el del control de algunos de los más prevalentes (anorexia, pérdida de peso y debilidad).

Los principios metodológicos que han de orientar la toma de decisiones en el control de síntomas parten de aspectos tales como los de la multifactorialidad, la evolución oscilante o las crisis, y se enmarcan en una concepción global de la terapéutica.

Apoyo emocional y comunicación.

Desarrollar recursos de soporte emocional y comunicación tanto para el enfermo como para su entorno y promover la adaptación; esto es colocar a la persona y no a la enfermedad en el sujeto de atención.

En los últimos años, se ha producido un proceso de profesionalización y de experiencia que ha diversificado y ha hecho más compleja la intervención de soporte emocional,

desde una básica y genérica hasta todo tipo de intervenciones de complejidad.

Cambios en la organización.

La gran demanda de atención que genera el paciente en esta situación provoca cambios en la organización y en el modelo de atención con el objetivo de responder adecuadamente a necesidades y/o demandas.

En este sentido se han desarrollado recursos específicos: atención domiciliaria, unidades de cuidados paliativos, formación de profesionales. Cuando hablamos de cambios organizativos también nos referimos a la flexibilidad de las organizaciones para adaptar horarios, espacios y personal a las necesidades del paciente.

Equipo interdisciplinario.

La atención integral precisa de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario que pueda hacerse cargo de la multidimensionalidad, la complejidad y de toda la demanda de atención que se genera.

Los componentes del equipo de cuidados paliativos generalmente incluyen:

- Rápida disponibilidad de evaluación y seguimiento médico.
- Consulta y apoyo de enfermería, lo que involucra un apoyo íntimo y un gran nivel de interacción con los miembros de la familia. Implica una práctica de enfermería más autónoma con un alto nivel de decisión y responsabilidad clínica especialmente en el cuidado hogareño.
- En algunos programas son muy importantes: las asistentes sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, voluntarios con un rol espiritual afectivo solidario; expertos en duelo, musicoterapeutas; terapeutas artísticos.

MECANISMOS PARA PROPORCIONAR EL CUIDADO:

Hace más de un siglo se iniciaron en Irlanda las primeras tentativas para un cuidado diferente para los pacientes moribundos en ambientes domiciliarios. Las experiencias que vinieron después permitieron liberar a estos pacientes de la medicina de cuidados agudos y proporcionar una atención digna y comprensiva en cuanto a necesidades reconocidas tanto por los pacientes como por sus familias.

Otros pioneros en este campo, insatisfechos con los servicios, buscaron cambios en los pabellones de cuidados de agudos y establecieron unidades hospitalarias en grandes hospitales o daban un servicio de apoyo o consejos, que estimulaban en estos pabellones, tales como: un alto nivel de control de los síntomas; apoyo a la familia; compromiso familiar en el cuidado del paciente buscando dirigir e implementar las políticas institucionales más apropiadas para los pacientes moribundos.

Programa Comprensivo para el Cuidado Integral del Paciente Terminal.

Un programa ideal de cuidado terminal o paliativo,

incorporará todos estos modelos de cuidado, enlazándolos en un sistema que una vez aceptada la responsabilidad para un paciente, permanece accesible y de apoyo dondequiera que se ofrezca el cuidado, acompañando al paciente y a su familiar a través del viaje final y también más allá del tiempo del deceso, haciéndose solidario con el duelo de los miembros de la familia.

CONCLUSIONES.

Los principios de los Cuidados Paliativos han demostrado ser útiles en la atención de un gran número de condiciones clínicas distintas, y son aplicables desde las fases iniciales de la evolución de la enfermedad terminal, hasta el mismo proceso de morir. Promueven la participación activa de la familia y establecen medidas de atención del duelo.

Deben ser practicados por profesionales de la salud

entrenados en el área, y por equipos interdisciplinarios específicos cuando la complejidad lo requiera; sin olvidar nunca que el éxito del tratamiento paliativo reside primeramente en la eficacia del control sintomático.

Los Cuidados Paliativos representan una Medicina más interesada en el paciente y en la familia como un todo, que en la enfermedad en sí. Son una buena solución a las situaciones difíciles de la terminalidad y una excelente alternativa al costoso encarnizamiento terapéutico y al abandono, actitudes que conviene prevenir.

Los Cuidados Paliativos encierran una gran promesa de valores científicos y éticos, y no deben ser considerados un lujo, sino una forma más solidaria de afrontar el natural advenimiento de la muerte.

Tratamiento del Tabaquismo

Existen aproximadamente 1,300 millones de fumadores en el mundo; cada año hay 4.9 millones de muertes relacionadas con el tabaco y sus 4,800 sustancias, de las que 65 o más son carcinógenas, con potencial patógeno para dañar todas y cada una de las células del organismo y producir neoplasias malignas en casi todos los órganos y sistemas (cáncer del pulmón, laringe, riñón, vejiga, páncreas, leucemias, etc.) enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad vascular cerebral, infarto del miocardio, etc. La frecuencia de cáncer broncogénico aumenta en relación a la 4ª o 5ª potencia respecto a la duración y a la 2ª potencia de la intensidad de la adicción.

En nuestro país fuma aproximadamente el 26.4% de la población de 12 a 65 años y cada año hay cuando menos 53,000 muertes relacionadas con el tabaquismo. Los costos brutos de la adicción representan del 0.1 al 1.1% del producto interno bruto por año.

El tabaquismo pues, representa la causa más importante de enfermedades evitables y de muertes prematuras, así como el problema de salud pública más relevante en el mundo, pero su interrupción definitiva es muy difícil debido a las propiedades adictivas de la nicotina que pasa a la sangre arterial al inhalar el humo de tabaco y entra al cerebro en 7 a 12 segundos, estimulando neuronas que liberan mensajeros generadores de una respuesta inmediata de placer y recompensa; la vida media de la nicotina es de 2 horas.

Ya que la mayoría de los fumadores ve un médico cuando menos una vez al año, y que la mayoría de los fumadores dice desea dejar de fumar, los médicos, particularmente los de primer contacto, están en una posición privilegiada para ayudar al enfermo a intentar el abandono de la adicción. La Escala de Fagerström abreviada es útil para diagnosticar la gravedad de la adicción y ayudar a normar el enfoque terapéutico (Anexo 1); en general, es conveniente planear el

reemplazo nicotínico con mayores dosis de la droga conforme aumenta la puntuación obtenida, pero sin crear ni mantener indefinidamente la dependencia.

La estrategia recomendada se puede resumir en 5 puntos (Estrategia de las 5 As):

1. **Averigüe:** Pregunte sobre el tabaquismo en cada consulta y las comorbilidades que frecuentemente lo acompañan, como hipertensión arterial, dislipidemia, cardiopatía isquémica, diabetes.
2. **Aconseje** dejar de fumar; insista en las ventajas personales y familiares de hacerlo y trate de evitar las tácticas de miedo o susto como único recurso.
3. **Acuerde:** Valore los deseos del enfermo, su compromiso para dejar de fumar empleando el mejor recurso de todos, la fuerza de voluntad, y acuerde con él una fecha para que deje de hacerlo. Recuerde que hay seis etapas del proceso: Precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación, cada una con características propias.
4. **Ayude** al fumador a dejar de fumar. Sugiera un plan que incluya consejos clave sobre factores de éxito como el deseo de dejar de fumar, fuerza de voluntad, farmacoterapia de diversos tipos, e información de apoyo (Anexo 2)
5. **Anticipe** información sobre el síndrome de abstinencia y programe seguimiento personal, telefónico o por e-mail cada siete a 30 días.

Farmacoterapia.- Existen varios tipos de fármacos para ayudar a dejar de fumar; en general, juzgados objetivamente a mediano y largo plazo, sus resultados son pobres, con índices de abstinencia de apenas el 30% a los 12 meses (Cuadro I):

A).- Reemplazo nicotínico.-

Induce el doble de abandonos que los tratamientos de apoyo y puede disminuir o retrasar la ganancia ponderal secundaria a la abstinencia; debe darse en las dosis adecuadas y durar de 2 a 3 meses, que es el período de mayor riesgo de recaída. Elimina los riesgos de inhalar monóxido de carbono y los productos de las otras sustancias químicas tóxicas que se inhalan durante la combustión del tabaco. Sus contraindicaciones “oficiales” incluyen infarto al miocardio reciente, *angor pectoris* inestable, arritmias sin control, embarazo y alimentación al pecho materno, mismos que hay que valorar contra los riesgos de seguir fumando en estas circunstancias. Quedan incluidos los chicles, parches, atomizadores e inhaladores nasales. Individualmente, cada uno de ellos produce niveles de nicotina muy por debajo de los niveles habituales de un fumador de 14 a 20 cigarrillos diarios (> 25 ng/mL de sangre venosa, rango habitual de 39 a 52 ng/mL), por lo que puede ser necesario combinarlos.

Chicles.- Vienen en dosis de 2 y 4 mg; ésta es mejor para los fumadores de más de 25 cigarrillos diarios; la dosis de nicotina puede ser regulada con mayor facilidad y satisfacer la fase oral de la adicción. La absorción de la nicotina se dificulta con alimentos y bebidas ácidas. El chicle se debe masticar lentamente unas cuantas veces, luego colocarlo entre la encía y la mejilla para permitir la absorción de la nicotina y luego volverlo a masticar; se sugiere iniciar con una pieza de 2 mg cada 60 minutos durante el día, con horario, profilácticamente, lo que parece dar mejores resultados que el uso por demanda. El fumador de una cajetilla, que absorbe aproximadamente un mg de nicotina por cigarrillo, puede emplear de 10 a 16 piezas que reemplazan, al principio, del 50 al 80% de los requerimientos diarios de la droga. Después de uno a tres meses se puede iniciar el “destete” reduciendo una pieza por semana, pero su uso por más de seis meses resulta en mejores porcentajes de abandono. Cuando hay síndrome de abstinencia se aumenta el número de piezas, se cambia a la de 4 mg. o se combina con otra forma de reemplazo,

habitualmente los parches. Si hay problemas de dosificación o efectos colaterales se puede cambiar a otra forma de reemplazo nicotínico.

Parches.- Hay varios tipos, de varias dosis y medidas, pero se recomienda familiarizarse con un solo tipo; se aplican durante 16 a 24 horas en la piel de la mitad superior del cuerpo, los primeros para individuos con insomnio. Un tipo de parche viene en tres presentaciones, que liberan lentamente 0.83 mg de nicotina por cm² de superficie. Se recomienda iniciar con el de mayor área, excepto en fumadores de ≤ 10 cigarrillos por día, los que pesan menos de 50 kilos y los que tienen cardiopatía isquémica grave. Son fáciles de usar, proveen concentraciones estables de nicotina en las 24 horas, sin valles ni picos como la goma de mascar, lo que dificulta individualizar las dosis ya que son dosis rígidas, lo que puede conducir a sub o sobredosificación. Si producen dermatitis, se cambia el sitio de aplicación. En caso necesario se pueden usar combinaciones de las dos concentraciones menores, o combinarlos con goma de mascar o inhaladores para prevenir recaídas.

Inhaladores bucales.- La boquilla llevada a la boca satisface el ritual mano-cara. Al inhalar por la boca unas 80 veces en 20 minutos se depositan aproximadamente 4 mg. de nicotina gaseosa en las mucosas de boca y faringe, de donde se absorbe la mitad, sin que llegue a los pulmones.

Atomizador nasal.- La absorción es más rápida y puede ser un mejor sustituto que los otros productos; la atomización se dirige. No lo hay en México.

B).- Otros tratamientos:

Nortriptilina: En un meta-análisis de 5 ensayos clínicos que incluyeron a 861 fumadores se concluyó que se obtuvieron mayores porcentajes de abstinencia prolongada a los 6 meses que con placebo. Es útil, bien tolerada y de menor costo que otros tratamientos; se puede combinar con parches de nicotina. Los efectos adversos mas frecuentes son boca seca y sedación.

CUADRO I

Producto	Dosis inicial	Dosis mantenimiento	Duración de tratamiento	Efectos negativos
Chicles de nicotina 2 y 4 mg.	10 a 16 piezas por día	Reducir un chicle por semana	3 a 12 meses	Mal sabor de boca, irritación faríngea, hipo, náusea, palpitaciones
Parches de nicotina 8.3, 16.6 y 25 mg	La dosis mayor por 6 a 12 semanas	Los parches de menor dosis c/u de 2 a 4 semanas	10 a 20 semanas o más	Dermatitis
Inhaladores de nicotina	6 a 16 cartuchos diarios por 4 a 12 semanas	Reducir un cartucho por semana	8 a 12 semanas	Dispepsia, tos, irritación bucofaringea
Atomizador nasal de nicotina	Una atomización (1mg.) en cada narina, 1-2 veces/hora, 40 dosis máximo, por 8 semanas	Disminuir paulatinamente durante 4 a 6 semanas mas	12 a 16 semanas	Rinitis, tos, lagrimeo en la primera semana. Se crea tolerancia
Bupropion Tabletas 150 mg.	150 mg diarios por 3 a 7 días y dejar de fumar	150 mg 2 veces al día por 7 a 12 semanas	8 a 12 semanas o mas	Boca seca, náusea, insomnio
Rimonabant Tabletas 20 mg.	20 mg diarios	20 mg diarios	Varios meses	Náusea, depresión, ideas suicidas
Vareniclina Tabletas 0.5 y 1 mg.	0.5 mg diario por 3 días y luego 2 veces al día por 4 días y dejar de fumar	1 mg dos veces al día por 12 a 24 semanas	13 a 25 semanas	Náusea, cefalea, insomnio, flatulencia, depresión, ideas suicidas

Bupropión o anfebutamona de liberación prolongada: Antidepresivo inhibitor selectivo de la recaptura sináptica de noradrenalina y dopamina, puede ayudar a mantener cierto grado de estimulación en las áreas placenteras del cerebro, en ausencia de nicotina y también atenuar algo de la ganancia ponderal asociada a la supresión del tabaquismo. Puede emplearse en fumadores que no desean reemplazo nicotínico o en los que éste no ha funcionado; se puede combinar con parches. No se recomienda en individuos con historia de epilepsia, bulimia, anorexia, uso concomitante de inhibidores de MAO, alcoholismo, diabetes *mellitus*, trauma craneano ni en mujeres embarazadas o lactando.

Rimonabant: Antagonista selectivo del receptor canabinoide CB-1. Tiene efectos benéficos para tratar la obesidad, síndrome metabólico e hipercolesterolemia. Es oneroso, pero en el tabaquismo parece ser eficaz, no sólo para abandonar la adicción, sino para mantener la abstinencia. Ya que puede producir depresión e ideas suicidas, se debe ser muy cauto en el seguimiento de los usuarios; sin embargo, es difícil precisar si la depresión es inducida por el rimonabant o por el abandono del cigarrillo.

Vareniclina: Es un alcaloide de una planta, la citosina y actúa por ser agonista parcial del receptor nicotínico acetilcolinérgico selectivo $\alpha_2\beta_4$. Su eficacia es mayor que la de otros tratamientos, en general es bien tolerada y muy onerosa; su vida media es de 24 horas y del 80 al 90% se elimina por el riñón; su Cmax ocurre de 3 a 4 horas después de su administración. Puede ayudar a los que desean dejar de fumar al producir activación parcial de los receptores nicotínicos y simultáneamente bloquear los efectos de la nicotina del cigarrillo. La dosis no requiere ajuste en personas de la tercera edad, sí en los que presentan insuficiencia renal severa. Puede producir náusea hasta en el 30% de los enfermos, que disminuye si la tableta se toma una sola vez al día. No se recomienda durante el embarazo y está contraindicada en la lactancia por pasar a la leche materna.

Vacuna contra la nicotina: Aún no disponible en el mercado, es bien tolerada y muy inmunogénica; se aplican un mínimo de cuatro inyecciones en el lapso de 8 a 24 semanas para alcanzar niveles funcionales de anticuerpos. La molécula 3'-aminometilnicotina induce una respuesta inmune que origina anticuerpos específicos contra la nicotina, mismos que se pueden combinar con la nicotina circulante formando moléculas cuyo tamaño impide su entrada al cerebro, lo que reduce su potencial adictivo y ayuda a prevenir recaídas; no previene, sin embargo, el "antojo" psicológico. Puede producir cefalea y mayor tendencia a resfriados e infecciones respiratorias.

Las estrategias farmacológicas para abandonar esta adicción letal se pueden complementar con la asesoría y reforzamientos de los miembros de su entorno o los impartidos por el mismo médico, consejos especializados telefónicos, impresos o en la red (Anexo 3, opcional) y clínicas contra el tabaquismo, entre otros. Sin embargo, si el enfermo no desea dejar de fumar no lo logrará con ningún tipo de intervención individual, grupal, farmacológica, etc.

Anexo 1

Escala de Fagerström abreviada:

Pregunta 1.-

¿ Al despertar, cuánto tarda en fumarse el primer cigarrillo ?:

. < de 5 minutos = a 3 puntos

. De 5 a 30 minutos = a 2 puntos

. De 31 a 60 minutos = a 1 punto

Pregunta 2.-

¿ Cuántos cigarrillos fuma diariamente ?:

. > de 30 = 3 puntos

. De 21 a 30 = 2 puntos

. De 11 a 20 = 1 punto

Clave de intensidad de la adicción:

≥ 5 puntos : Adicción grave o severa a la nicotina

3 a 4 puntos: Moderada

0 a 2 puntos: Leve

Anexo 2

www.ssa.gob.mx

www.iner.gob.mx,

www.facmed.unam.mx,

www.conadic.gob.mx,

www.cij.gob,

www.tobacco.who.int,

www.paho.org,

www.SmokeFreeMovies.ucsf.edu,

www.nicotinaweb.info,

www.smokefree.net,

www.tobacco.org,

www.smokingsides.com,

www.libredecigarro.com,

Teléfonos 1 800 Quit Now, 1 800 734937 0.

Anexo 3

- Haga pública su decisión de dejar de fumar.
- Pregúntele a su médico y anote todas las buenas razones que hay para dejar de fumar.
- Deseche cajetillas de cigarrillos y ceniceros a la mano.
- Haga una lista de actividades o situaciones que le generan el deseo de fumar; trate de evitarlas, modificarlas, controlarlas y solucionarlas.
- Invite a sus amigos a no fumar en su presencia.
- Invite a sus amigos a dejar de fumar.
- Intente iniciar un programa de ejercicio físico.
- Asista a lugares donde no se permite fumar: Museos, teatros, cines.
- Si siente la necesidad de fumar, inhale profundamente, sosténgalo y exhale por la boca de 3 a 4 ocasiones; mantenga manos y boca ocupados (un poco de agua o jugo, chicle).
- Después de comer haga alguna actividad que lo entretenga.
- Cuando vaya a comer fuera de casa, exija área de no fumar.
- Si le ofrecen un cigarrillo, rechácelo cortés y enérgicamente.



Mesa Directiva 2007 - 2008

Dr. Emilio García Procel
Presidente

Dr. R. Antonio Marín y López
Secretario General

Dr. Armando Mansilla Olivares
Secretario Adjunto

Dr. Manuel H Ruíz de Chávez
Vicepresidente

Dr. Alejandro Treviño Becerra
Tesorero

Editor

Dr. Juan Urrusti Sanz

Diseño y Formación
Patricia Herrera Gamboa

Impresión y Difusión
Germán Herrera Plata

Boletín
I.C.T.
2008
Vol. XVII
No.3