

## Soporte paliativo en pacientes con enfermedad hepática avanzada: enfocar a necesidades más que a pronóstico

Gabriela Picco<sup>a,\*</sup>, Helena Escalada<sup>b</sup>, Rocío Ríos<sup>b</sup>, Marcos Lama<sup>b</sup> y Miren Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico internista-paliativista. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Pamplona. Navarra. España.

<sup>b</sup>Médico de familia paliativista. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Pamplona. Navarra. España.

<sup>c</sup>Supervisora de enfermería. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Pamplona. Navarra. España.

\*Correo electrónico: gabpicco@gmail.com

### Puntos clave

- Los pacientes con enfermedad hepática avanzada y sus familiares viven en unas condiciones complejas y cambiantes que son consecuencia de una trayectoria de enfermedad impredecible.
- El trasplante está disponible para un subgrupo de pacientes que deben reunir criterios muy estrictos. La escasa oferta de órganos supone que en la mayoría de los enfermos es importante considerar el beneficio que se obtiene de iniciar los cuidados paliativos.
- Los cuidados paliativos son necesarios en cualquier punto de su trayectoria vital, ya que ayudan al manejo sintomático, a la comunicación, a la toma de decisiones y a la coordinación de los cuidados.
- Ascitis: el tratamiento diurético inicial se compone de una dosis diaria matinal de espironolactona más furosemida.
- La encefalopatía hepática subclínica, que es la fase ideal para iniciar el tratamiento, se caracteriza por la presencia de alteraciones en test psicométricos.
- En pacientes en fase final, la somnolencia producida por la encefalopatía puede no ser un síntoma importante y, por tanto, en este caso, no sería fundamental tratarla.
- Dolor moderado en la enfermedad hepática avanzada: paracetamol en dosis de 2 a 3 g/24 h. Los antiinflamatorios no esteroideos están contraindicados por provocar insuficiencia renal.
- Cuando se inician opioides hay que “comenzar bajo e ir lento”. Bajar la dosis inicial de oxycodona, por ejemplo, al 50%, y separar el intervalo de dosis a cada 6 u 8 horas. Los opioides preferidos son fentanilo, hidromorfona y oxycodona.
- Una vez que se ha determinado que el paciente con enfermedad hepática avanzada presenta deterioro clínico y que no es candidato a trasplante, deben mantenerse una serie de conversaciones para planificar el futuro según los deseos y preferencias del paciente y siempre “esperando lo mejor, pero planificando para lo peor”.

**Palabras clave:** Enfermedad hepática avanzada • Soporte paliativo • Encefalopatía hepática • Ascitis resistente • Voluntades anticipadas • Final de vida en la enfermedad hepática • Comunicación.

El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad.

WILLIAM OSLER

### Generalidades

La mayor parte de los pacientes con enfermedad hepática crónica se sienten bien durante décadas, a menudo nada conscientes de la naturaleza progresiva de la enfermedad que padecen.

Dentro de la historia natural de la cirrosis, transitan con una velocidad variable hacia complicaciones vinculadas con el aumento de la presión portal (varices esofágicas y o ascitis)<sup>1</sup>.

Una vez que la cirrosis se ha descompensado y se ha presentado de manera súbita una complicación, a menudo los pacientes se preguntan cómo han llegado a este punto. Solo reciben fragmentos de información con los que no se hacen una idea global de lo que les está ocurriendo. Comienzan a sufrir un claro deterioro de su calidad de vida y deben enfrentarse a la realidad de que su enfermedad conduce a la muerte<sup>2,3</sup>.

La enfermedad hepática avanzada (EHA) es la etapa final en la evolución y se caracteriza por el desarrollo de complicaciones episódicas que suelen requerir hospitalizaciones recurrentes y acaban en el fallecimiento del paciente por fallo multiorgánico derivado de la insuficiencia hepática. Estas complicaciones suelen ser hemorragia por varices, infecciones, insuficiencia renal y encefalopatía hepática<sup>2,3</sup>.

La evolución final consiste en el desarrollo de fallos multiorgánicos progresivos y aditivos (ACLF, *acute on chronic liver failures*). El ACLF es un síndrome distinto de la mera descompensación de la cirrosis, y su pronóstico está en relación con el número y tipo de órganos en fallo<sup>4</sup>.

Los pacientes con EHA y sus familiares viven en unas condiciones complejas y cambiantes que son consecuencia de una trayectoria de enfermedad impredecible. A medida que la salud de los enfermos empeora, aparecen síntomas debilitantes, estrés psicológico, preocupaciones familiares, dificultades económicas, estigma social y sufrimiento existencial.

El trasplante de hígado puede salvar la vida, pero los pacientes deben estar “suficientemente enfermos como para morir” y para ser aceptados en la lista de trasplante. *A posteriori*, el paciente y su familia deben enfrentarse a la incerteza de si aquel va a ser candidato a trasplante y sobrevivirá a ello o si efectivamente va a morir de esta enfermedad<sup>5-7</sup>.

El trasplante está disponible para un subgrupo de pacientes que deben reunir criterios muy estrictos. La escasa oferta de órganos y las comorbilidades del paciente hacen que la mayoría de los enfermos no reciban dicho trasplante, con lo que es importante considerar el beneficio que se obtiene de iniciar los cuidados paliativos en paralelo<sup>7,8</sup>.

La medicina paliativa está enfocada al impacto que tiene la enfermedad sobre el paciente, y a su vez la enfermedad del paciente sobre la familia. Los cuidados que se ofrecen al paciente y a la familia se centran en anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento<sup>6-8</sup>.

Los cuidados paliativos son necesarios en los enfermos con EHA en cualquier punto de su trayectoria vital. Beck et al.<sup>9</sup>, en una encuesta realizada a equipos sanitarios, demostraron que la principal barrera para que a un paciente le valoren los cuidados paliativos es su propio médico. Ya sea por una percepción distorsionada del pronóstico del enfermo o por prejuicios sobre la utilidad de este tipo de cuidados.

La mayoría de los médicos asumen erróneamente que cuidados paliativos no es más que un eufemismo para el cuidado del enfermo terminal. En la actualidad, los cuidados paliativos se refieren a una aproximación integral que alivia el dolor, maximiza el confort, provee dignidad, calidad de vida y calidad de muerte<sup>2,6,9</sup>.

La planificación de los cuidados futuros es importante, porque el fallecimiento puede ocurrir en una de las descompensaciones agudas o los enfermos pueden perder su capacidad de decisión debido a encefalopatía grave. Los cuidados paliativos

son útiles en todos los estadios de la enfermedad, ya que ayudan al manejo sintomático, a la comunicación, a la toma de decisiones y a la coordinación de los cuidados. El objetivo es evitar la “parálisis pronóstica”, situación frecuente pero evitable de “inacción” ante un paciente que llega al final de su vida con intenso sufrimiento, al que se le ha privado de cuidados paliativos por dudas sobre su pronóstico<sup>10-12</sup>.

## Pronóstico en la enfermedad hepática avanzada

Las trayectorias de declive funcional en las enfermedades que provocan fallo de órgano, como la EHA, son erráticas, con un constante estado de declive que alterna con exacerbaciones recurrentes que requieren hospitalización<sup>11</sup>.

Los pacientes con cirrosis hepática compensada tienen una mediana de supervivencia entre 6 y 12 años.

Con la intención de guiar decisiones terapéuticas, se han desarrollado herramientas de uso clínico, como la clasificación Child-Turcotte-Pugh (CTP) y el índice MELD (*Model for End Stage Liver Disease*)<sup>13</sup>.

El CTP (tabla 1) clasifica a los pacientes con cirrosis en tres grupos (A, B, C) que se asocian con la mortalidad. Se estima que la supervivencia a 2 años está en torno al 90% en el grupo A, 70% para el B y 40% para el C. El problema de este sistema de clasificación es que los índices son subjetivos y que no incluye la insuficiencia renal que tiene valor pronóstico en este tipo de enfermos, pero es fácil de usar en la cabecera del paciente y además está relacionado con la calidad de vida<sup>13</sup>.

Cuando la ascitis aparece, se estima una supervivencia a los 2 años del 50%; si la ascitis es resistente al tratamiento, el pronóstico de supervivencia es de 6 meses. La encefalopatía grave o resistente al tratamiento significa un promedio de supervivencia aproximado de 12 meses, y el síndrome hepatorenal aparece al final de la vida (fig. 1).

Por otra parte, el desarrollo del índice MELD proporciona una puntuación que ha permitido “cuantificar” de manera más objetiva el pronóstico de los pacientes. Este índice se utiliza en general para establecer la prioridad del acceso al trasplante hepático en pacientes en lista de espera (por ejem-

TABLA 1. Clasificación de Child-Turcotte-Pugh<sup>13</sup>

Parámetros	1	2	3
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada
Billirrubina (mg/dl)	<2	2-3	>3
Albúmina (g/dl)	3,5	2,8-3,5	<2,8
INR	<1,8	1,8-2,3	>2,3
Encefalopatía	No	I-II	III-IV

INR: índice internacional normalizado.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8758357>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8758357>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)