



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 1

ENERO - FEBRERO

2008

Contenido

Factores de riesgo y recomendaciones para retrasar la aparición de la alergia alimentaria.....	1
Situación de enfermedad terminal y enfermo incurable en pacientes con cáncer.....	4
Guías de inicio de tratamiento con diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica.....	7

Factores de riesgo y recomendaciones para retrasar la aparición de la alergia alimentaria

La Alergia Alimentaria (AA), se define como una reacción inmunológica de hipersensibilidad en la cual, no necesariamente esta involucrada la inmunoglobulina E (IgE), se desencadena por la ingesta de algún alimento y es capaz de ocasionar síntomas como vómito, cólicos, diarrea, sangrado de tubo digestivo y otros fuera del aparato digestivo, (dermatitis atópica, urticaria, rinitis, asma, y algunos no bien determinados como migraña o síndrome de irritabilidad alérgica).

Es importante diferenciarla de la intolerancia o hipersensibilidad alimentaria no alérgica, la cual es una respuesta adversa donde no hay un mecanismo inmunológico conocido y se debe básicamente a condiciones propias del alimento, como las reacciones tóxicas ya sea por el alimento mismo o algún contaminante, o bien por susceptibilidad del individuo como las ocasionadas por deficiencias de algunas enzimas. (Ver tabla I)

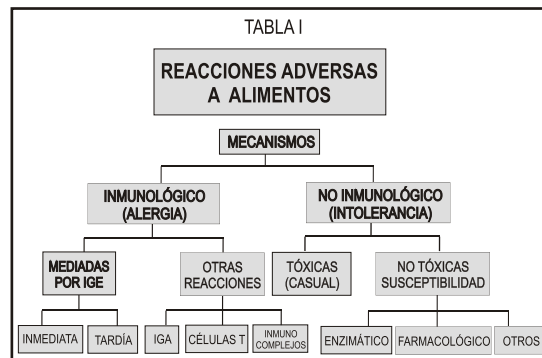
La AA, es una enfermedad influenciada por factores genéticos y ambientales. Se le ha

reconocido como un problema importante en los países desarrollados y al igual que otras enfermedades alérgicas, va en aumento. Su incidencia es variable y va del 3.5 al 4% en países industrializados.

Su mayor incidencia es en los primeros años de vida, ya que puede afectar hasta un 6% de los menores de 3 años, para posteriormente ir descendiendo durante la primera década de la vida.

Los niños con otras enfermedades alérgicas son los que tienden a tener una mayor prevalencia, llegando hasta un 35% en aquellos con dermatitis atópica, y cerca del 8% de los asmáticos, pueden tener sibilancias inducidas por alimentos.

Es importante conocer si existen factores que pueden ser responsables de un incremento en la posibilidad de la enfermedad y se les conoce como factores de riesgo, para conocerlos y poder relacionarlos claramente con la presencia de la enfermedad es indispensable basarse en la experiencia médica ya sea por trabajos de investigación o por experiencia de los expertos, actualmente las decisiones se deben tomar de acuerdo al grado de credibilidad de lo publicado en las revistas



médicas. Es por ello que hay que basarse en la evidencia científica existente, al respecto la Organización Mundial de la Salud, (OMS), en conjunto con las academias y colegios de las diferentes especialidades, proponen que la mejor evidencia que hay, para poder hacer una recomendación, es la obtenida en estudios que se catalogan como categoría I o II con grado de evidencia A o B, de la medicina basada en evidencias. (Tabla II)

Desafortunadamente en cuanto a los estudios existentes sobre prevención, identificación de factores de riesgo o predictivos para el desarrollo de alergia, no cumplen con los criterios para ser considerados como de categoría I o II, por lo que las recomendaciones que se expresan al respecto son con trabajos de baja evidencia.

A pesar de estas limitaciones, existen algunas recomendaciones que pueden ser útiles

La primera recomendación es que las medidas que se sugieren emplear son básicamente para aquellos recién nacidos que se consideran de alto riesgo de presentar alergia, ya que si bien no se puede evitar la enfermedad alérgica, si se puede retrasar la aparición de los síntomas.

Para identificar a los pacientes de riesgo se han propuesto criterios basados en la historia familiar y se han dividido en criterios mayores y menores, además son predictivos para la posibilidad de presentar enfermedades alérgicas.

Criterios mayores: Historia familiar de asma, o dermatitis atópica (siendo de mayor peso cuando es por parte materna).

Criterios menores: Historia familiar de rinitis alérgica, urticaria o bien encontrar eosinofilia en sangre mayor al 15% en ausencia de parasitosis.

Además de lo anterior específicamente para la AA, hay que considerar otra serie de factores que se han involucrado como de riesgo para su presentación.

FACTORES PRENATALES.

Predisposición genética.

La alergia es un padecimiento heredable con patrón dominante, recesivo o poligénico, es decir con expresividad variable.

Hay que diferenciar cuando hablamos de alergia y de atopia, pues la primera se refiere a la presencia de síntomas secundarios a una respuesta de hipersensibilidad, mientras que la segunda,

es la capacidad genética de producir mayor cantidad de IgE específica a determinados antígenos llamados alérgenos.

El riesgo en niños nacidos de padres con historia familiar de alergia es del 50%; cuando es un solo padre, mientras que si son ambos es del 65%. Además el riesgo en hermanos, cuando uno de ellos tiene alergia, es 10 veces mayor que el de la población general.

En pacientes con alergia al cacahuate se ha demostrado la influencia de genes HLA clase II con una alta tasa de concordancia en los gemelos monocigotos (64%) en comparación con dicigotos (7%).

TABLA II	
NIVEL DE EVIDENCIA	
I a	Evidencia obtenida de meta-análisis de estudios aleatorizados doble ciego controlados.
I b	Evidencia obtenida de al menos un estudio aleatorizado doble ciego controlado.
II a	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado sin aleatorización.
II b	Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo, bien diseñado casi experimental.
GRADO DE EVIDENCIA	
A	Requiere al menos un estudio doble ciego controlado aleatorizado como parte de literatura de buena calidad y con niveles de recomendación Ia, Ib.
B	Requiere la disposición de estudios clínicos bien conducidos y controlados sin aleatorización (nivel de evidencia II a y II b).

Se ha establecido que el riesgo de desarrollar AA es hasta cuatro veces mayor en niños con padres asmáticos comparado con la población general.

Sensibilización intrauterina.

Existe la posibilidad de sensibilización *in útero* causada por proteínas que llegan al líquido amniótico y de ahí pasan al bebé a través de la piel y en menor cantidad por aspiración, aunado al hecho de que a partir de la semana 11 de gestación hay producción de pequeñas cantidades de IgE. Así mismo se han detectado casos en los cuales hay niveles elevados de IgE en sangre del cordón umbilical, lo cual se asocia a riesgo de alergia posteriormente.

Dieta durante embarazo.

Es controversial la recomendación sobre dar una dieta restrictiva en la mujer embarazada, pues cualquier alimento puede ser potencialmente alérgico y puede llegar al bebé. De los alimentos

potenciales los más estudiados son; leche de vaca, proteínas del huevo, pescados, cacahuates y otras nueces. La conclusión es que hay poca evidencia sustentable para recomendar determinadas dietas a la madre, pero se sugiere, que lo que se debe evitar es la ingesta de grandes cantidades de algún alimento en particular, en determinado momento, (antojos).

FACTORES POSNATALES

Nacimiento por cesárea.

El nacer por cesárea pudiera ser un factor de riesgo para el desarrollo de AA, se cree sea debido a retraso en la colonización del intestino del recién nacido. Existe evidencia que los nacidos por cesárea, cuyas madres eran alérgicas, tuvieron hasta cuatro veces más riesgo de alergia a proteína de huevo, pescado y nueces. Mientras que en los nacidos de las madres no alérgicas no se encontraron asociaciones ni diferencias significativas entre el nacimiento por cesárea y por vía vaginal.

Género.

De acuerdo a diversos estudios, se ha vinculado al sexo masculino como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades alérgicas, teniendo una relación de pruebas de alergia positivas para alimento de 3.7 en el sexo masculino contra 1.9 en el sexo femenino

Alimentación con leche materna

No queda ninguna duda sobre la importancia nutricional e inmunológica que tiene la leche materna, sin embargo el tiempo que esta sea dada y su uso exclusivo en la alimentación del bebé, son los factores que más se han relacionado con la presencia de AA.

Muchos estudios asumen que la lactancia materna tiene un efecto preventivo en la presencia de síntomas de alergia comparado con la alimentación con fórmulas a base de leche de vaca. Se ha demostrado por medio de meta análisis que la lactancia materna exclusiva por al menos 3 meses en lactantes con antecedentes de atopia, es un factor protector para evitar el desarrollo de dermatitis atópica y sibilancias recurrentes en los primeros 5 años de vida.

En general todas las agrupaciones interesadas en el tema recomiendan por lo menos alimentación con leche materna exclusiva los primeros meses de vida,

algunas como la Academia Americana de Pediatría (AAP) refiere que para niños con alto riesgo de desarrollar alergia, identificados por una fuerte historia familiar (enfermedad alérgica en ambos padres, un solo padre o hermano) pueden beneficiarse de lactancia materna exclusiva, y si esto no es posible, iniciar la alimentación con fórmulas a base de leche de vaca que ha sido hidrolizada ampliamente, (hipoalergénicas).

Así mismo recomiendan los siguientes puntos para los niños con alto riesgo de presentar enfermedad alérgica, aunque no existe una evidencia concluyente.

- Lactancia materna el primer año de vida y si es necesario suplementarla, utilizar fórmulas hipoalergénicas.

- La madre debe eliminar de su dieta la ingesta de cacahuates y nueces (principalmente en Estados Unidos de Norteamérica), valorar eliminar huevos, leche de vaca y pescado.

- La introducción de alimentos sólidos y jugos, (ablactación), no debe iniciarse antes de los 6 meses, con introducción tardía de lácteos a los 12 meses, huevo hasta los 2 años, cacahuates, nueces y pescado hasta los 3 años.

- No se sugiere dieta de eliminación durante el embarazo, con la posible excepción de excluir los cacahuates. Además las madres con dieta durante la lactancia deben considerar suplementos de minerales (calcio) y vitaminas.

En niños sin riesgo de alergia la recomendación es alimentación exclusivamente con leche materna hasta los cuatro meses e iniciar la ablactación a partir de esta edad.

Por otro lado la Sociedad Europea de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica (ESPACI) hace las siguientes recomendaciones:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses de vida ya que puede reducir la incidencia de manifestaciones alérgicas.

- La ablactación, no debe ser antes de los 5 meses de vida.

- En niños que no se les puede dar leche materna, que requieren ser alimentados con fórmula y son de alto riesgo, deben recibir leches hipoalergénicas, ya que esto puede reducir la incidencia de alergia alimentaria sobre todo a la proteína de la leche.

- No hay evidencia concluyente que apoye el uso de fórmulas hipoalergénicas para efectos de prevención en niños sanos sin historia familiar de atopia.

En nuestro país, las conclusiones del Primer Consenso Mexicano sobre Alergia Alimentaria, (CMAA), fueron; para niños de alto riesgo:

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

- Ablactación igualmente hasta los 6 meses.

- Si no es posible la alimentación con leche materna iniciar leches hipoalergénicas, (si no existe esta opción, usar las parcialmente hidrolizadas).

- No hay evidencia sustentable para indicar una dieta a la madre durante el embarazo. Durante la lactancia se deberá evaluar cada caso en particular.

dermatitis atópica en niños ablactados precozmente.

Exposición a aeroalergenos intra y extra domiciliarios.

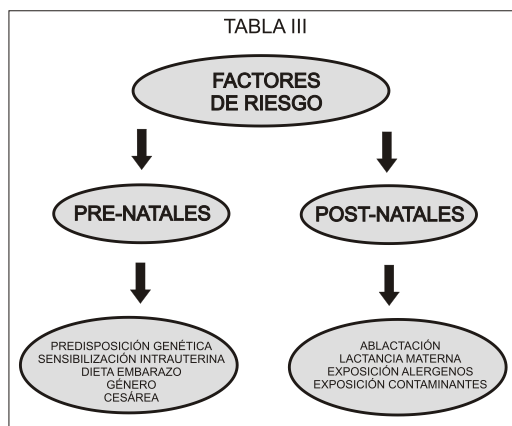
Existen una gran variedad de estudios con diferentes metodologías tratando de relacionar los alergen respirables tanto de dentro como de fuera de la casa, en el desarrollo de la AA, pero no han sido concluyentes, a diferencia de lo que sucede con las enfermedades alérgicas a otros niveles, (asma y rinitis).

Contaminantes ambientales.

La exposición al humo de tabaco es el principal contaminante ambiental intramuros y ha sido estudiado como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades alérgicas. Hay evidencia clara entre el tabaquismo de los padres (principalmente materno) y el riesgo de asma y sibilancias en la infancia con mayor producción de IGE.

En la tabla III se presenta en forma sintética los factores de riesgo, recordando que son aplicables solo a un pequeño porcentaje de la población y no deben generalizarse a todos los niños.

Las pautas de alimentación para la mayoría de los niños están bien establecidas, destacando primordialmente que la alimentación del recién nacido debe ser con leche materna y hay que mantenerla en exclusividad hasta los 4 meses, que es cuando se indica la ablactación.



Ablactación

El iniciar alimentación con sólidos y jugos antes de los 4-6 meses de vida se ha asociado con mayor incidencia de alergia a alimentos en estudios prospectivos observacionales, es por ello que la AAP, la ESPACI y el CMAA, proponen la introducción tardía de alimentos, donde inician la ablactación después del 5º mes dando cada alimento nuevo por separado y retrasan la introducción de lácteos, huevo, pescado y mariscos, cítricos, fresas, chocolate por 12 a 24 meses.

En Estados Unidos de Norteamérica ponen especial énfasis en no introducir cacahuete y nueces hasta después de los tres años ya que tienen una alta incidencia de alergia a ellos.

Estas recomendaciones están basadas en diversos estudios en los cuales se ha corroborado una mayor incidencia de

En conclusión, la alergia alimentaria surge de la compleja interacción de factores genéticos y de influencias del ambiente. Los factores ambientales pueden incidir de manera importante durante el embarazo y el período perinatal cuando el sistema inmune se está desarrollando.

Hay que considerar que la alergia alimentaria es la primera manifestación de alergia y estos niños tienen un riesgo aumentado de desarrollar posteriormente sensibilidad a alergen inhalables (partes de insectos, pólenes, mohos o epitelios y excretas de animales).

En base a los diferentes puntos revisados los principales factores de riesgo asociados con alergia alimentaria son la atopia, la falta de lactancia materna exclusiva por al menos 4 meses y la ablactación temprana (antes de los 4-6 meses de vida.)

Situación de enfermedad terminal y enfermo incurable en pacientes con cáncer

INTRODUCCIÓN

En los pacientes con cáncer, se ha propuesto definir mejor una "situación" de su enfermedad, considerando que podía reflejar mejor la complejidad y los elementos que la componen. Otra consideración es la de tener en cuenta que intervienen elementos muy diferentes y que hay que considerar, de una manera multifactorial y global, situaciones no solo definidas por el pronóstico oncológico. Esta concepción, por tanto, es más flexible y permite incluir enfermos avanzados, destacando el carácter evolutivo de la definición, que actualmente identifica mejor las necesidades de la atención en todas las fases evolutivas de la enfermedad.

Esta nueva definición incluye elementos diversos que es necesario especificar y adaptar a la evolución conceptual y de los servicios, como son los relacionados con la enfermedad y su evolución, el rol del tratamiento específico, los síntomas y problemas que están presentes, el pronóstico, el impacto emocional, la demanda de atención y los objetivos terapéuticos que se plantean. La definición, por tanto, es multifactorial, y el peso relativo de cada elemento es diferente en cada caso. Se exponen los diferentes factores, enfatizando el impacto que tienen sobre la adaptación de la organización.

El 65% de los padecimientos oncológicos se hallan localmente avanzados al momento del diagnóstico. De esos, un 60% se curan y 40% se diseminan, en tanto que 35% se presentan como cánceres diseminados; globalmente, entre el 55 y el 60% mueren a causa de la enfermedad.

El concepto de enfermedad avanzada se asocia generalmente a diseminación y no a cura, aunque también es utilizado en situaciones de enfermedad local y regional avanzadas, que pueden ser curables con tratamiento generalmente combinado e intensivo, aunque con mal pronóstico.

La definición de "incurable" determina un aspecto clave de la enfermedad y de su evolución, que es el de que esta persistirá y requerirá tratamiento casi siempre y, en la inmensa mayoría de casos, progresará hasta la muerte. Desde el punto de vista ético, clínico, práctico y también conceptual, la incurabilidad debería suponer un cambio sustancial en los planteamientos terapéuticos, fundamentalmente en el "balance" apropiado entre tratamiento, iatrogenia, mejoría (generalmente atribuible a la respuesta), calidad de vida y también, primordialmente, en el rol del enfermo y de la familia en la toma de decisiones. El problema es que no siempre esto es tan explícito, ni tan reconocido por los equipos terapéuticos. Los comportamientos se parecen mucho a los que se darían en caso de posibilidad de curación.

En cuanto a la definición de situación de enfermedad terminal, es aquella fase en la que además de la incurabilidad, la enfermedad es avanzada y también progresiva, con o sin tratamiento efectivo. Un concepto interesante es el de "brote evolutivo" o periodo en el que se observa aceleración del ritmo de crecimiento, o también una localización especialmente agresiva o comprometida de las metástasis (linfangitis carcinomatosa pulmonar, metástasis leptomeníngeas, hepáticas masivas, etc.).

Hay otros factores relevantes, como son el tipo de tumor, sus características histológicas, la respuesta previa al tratamiento o las enfermedades asociadas.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE SÍNTOMAS (definido como el que tiene efecto sobre la enfermedad y su evolución)

Uno de los aspectos responsables de la incurabilidad es la falta o dificultad de respuesta al tratamiento específico de la enfermedad.

En los últimos años se han ampliado las experiencias e indicaciones paliativas del tratamiento oncológico específico.

Sin embargo, en el 61 % de los enfermos se decide suspender la quimioterapia, de los cuales en el 70% de los casos, la decisión la toma el médico, el 20% no recibe nunca quimioterapia, 18% siguen con tratamiento específico y en el 1% prosigue hasta la muerte.

Síntomas y problemas

1) Múltiples

En primer lugar hay que aclarar que la frecuencia de los síntomas que se describe en los diferentes informes depende, en parte, del lugar donde se registran (comunidad, servicios específicos de cuidados paliativos). Este factor hace difícil comparar series diferentes, así, no será lo mismo el registro de un equipo específico de cuidados paliativos que otro poblacional.

Aunque durante mucho tiempo se ha considerado el dolor como paradigma único de los enfermos terminales de cáncer, estos presentan síntomas múltiples, con medias de 8-10 por enfermo. Entre ellos podemos enlistar:

- "Síndrome sistémico" (debilidad, anorexia, pérdida de peso), en el 80-90% de los casos, siendo el de mayor prevalencia y condicionante de gran preocupación.

- Dolor (70-90%).

- Ansiedad y depresión y sus manifestaciones (insomnio).

- Otros neuropsicológicos: estados confusionales, trastornos cognitivos y del comportamiento.

- Digestivos (boca seca, estreñimiento, náuseas).

- Miscelánea extensa, de la que hay que destacar síntomas de baja prevalencia, pero de alta complejidad y percepción (hemoptisis, fístulas pélvicas, compresión medular con parálisis, etc.).

- La situación de agonía.

La frecuencia de los síntomas depende también de la localización del tumor primario, historia natural y de las metástasis. Aunque tienden a "agruparse" gradualmente en las situaciones más avanzadas, muy especialmente en los

últimos días. Al inicio, las manifestaciones están correlacionadas directamente al tipo del tumor.

Asimismo, podemos describir "síndromes" o agrupaciones clínicas identificables. Ejemplos paradigmáticos son las situaciones de metástasis óseas de larga duración con fracturas como principal complicación, o las derivadas de la invasión pélvica masiva (que producen obstrucción intestinal y urinaria, afectación nerviosa, linfedema, etc.) o el síndrome de cava superior, invasión de la base craneal y otros. La importancia de reconocer estas situaciones radica en que algunos de los planteamientos terapéuticos serán similares, como, por ejemplo, el uso de bifosfonatos, instrumentaciones quirúrgicas, radioterapia paliativa, etc.

Otra manera de abordar los síntomas está relacionada con su probabilidad de resolución o de mejora con los tratamientos convencionales. Podemos, de esta manera, clasificar los síntomas en aquellos con buen pronóstico de respuesta y los de mal pronóstico de respuesta. Entre los primeros cabe destacar el dolor, muy especialmente el nociceptivo, de buen pronóstico, en el que podemos esperar una tasa de respuesta muy elevada, incluso con tratamiento convencional. Entre los de mal pronóstico, la parálisis por destrucción nerviosa o el propio síndrome sistémico, serían ejemplos muy claros.

La importancia de esta visión es que, en aquellos síntomas de porcentaje bajo o respuesta limitada (tratamiento farmacológico para anorexia, debilidad y parálisis), debemos promover la adaptación del enfermo y familia, además de la máxima autonomía posible y las medidas generales apropiadas. Mientras que en aquellos con elevada probabilidad, como el dolor nociceptivo no complicado, náuseas o boca seca, debemos agotar todas las opciones terapéuticas.

También hay síntomas relacionados con mal pronóstico a corto o medio plazo, tales como la disnea; o la asociación de anorexia, pérdida de peso, disfagia, boca seca y disnea.

2) Multifactoriales

Contra el hábito de relacionar siempre la presencia de un síntoma con la de la enfermedad, el mejor diagnóstico es el de precisar las causas, a fin de constatar el rol de cada una y establecer un tratamiento etiológico más preciso. El trabajo clásico de Robert Twycross describe las diferentes causas del dolor y la afirmación de que, aunque estemos atendiendo a enfermos terminales o agónicos, no debemos perder

la capacidad racional de establecer un diagnóstico causal, con las únicas limitaciones de las del costo/efectividad y las que dictan el sentido común, al recurrir a las exploraciones complementarias.

La hipótesis simplista de "más dolor = más enfermedad = más morfina", debe ser cambiada por "más dolor = evaluación y revisión = tratamiento apropiado".

Las recomendaciones que se pueden extraer de este principio son las de que los síntomas y problemas de los enfermos terminales y avanzados tienen causas específicas y que, nuestro "comportamiento", ha de tener una base racional, que incluye mecanismos de diagnóstico diferencial y la metodología convencional, incluso en fases muy avanzadas de la evolución. Esta "atención al detalle" y "metodología precisa", aplicadas racionalmente, tienen efecto sobre los resultados terapéuticos.

3) Síntomas intensos y de larga duración (media)

La intensidad de los síntomas es variable y depende del estímulo nociceptivo causal, así como de la percepción y de los factores que la modulan. La tendencia natural es que, a medida que la enfermedad avanza, haya mayor intensidad y frecuencia de síntomas, muy especialmente de los relacionados con el síndrome sistémico.

4) Cambiantes (evolución en crisis)

Hay que insistir en el carácter cambiante de la evolución, con crisis frecuentes de descompensación o bien de aparición de nuevos síntomas y problemas, que relevan a los anteriores. Ejemplos de ellos serían las descompensaciones por hemorragias en pacientes con cáncer avanzado de cabeza y cuello, las obstrucciones intestinales, compresiones medulares, la disminución del nivel de consciencia en un paciente agónico en domicilio, la aparición de una nueva localización o el aumento de la intensidad del dolor, que generan una demanda urgente, a menudo sin repuesta, originando el traslado a urgencias.

Esta evolución en "brotes" o en "crisis" es muy característica y explica también la evolución de la adaptación emocional de enfermos y cuidadores, con descompensaciones ante los nuevos problemas.

Otro concepto, recogido de la experiencia de la atención geriátrica es el de la fragilidad, o situación de vulnerabilidad física y emocional, en la que, por un lado, aumenta el riesgo de sufrir descompensaciones de todo tipo y, por el otro, que su impacto sobre el

equilibrio físico, emocional, socio/familiar y espiritual es enorme.

La actitud diagnóstica y terapéutica ante estas descompensaciones es la de reevaluar la situación, iniciando las medidas terapéuticas específicas, tratando de restablecer la autonomía y calidad de vida, así como la adaptación del enfermo y la familia a la nueva situación. También el énfasis en las medidas "preventivas" al enfermo y cuidadores puede mejorar mucho la adaptación previa y la respuesta emocional y práctica apropiada ante las crisis, con alta probabilidad de suceder.

Esta evolución oscilante, con gran impacto emocional y dificultades de adaptación a la situación, explica en parte el patrón de servicios de salud basados en la demanda de los pacientes y sus familiares, tanto en el hospital como en el domicilio. Las consecuencias de esta evolución en la organización son muy importantes, porque los servicios y equipos de cuidados paliativos, o aquellos convencionales que quieran atender apropiadamente a enfermos avanzados y terminales, han de prever la evolución y adaptar la organización a este tipo de necesidades. Es por eso que la oferta de servicios de 24 horas y de la atención continuada son una oferta tan extensa y aceptada en cuidados paliativos, porque responden a necesidades y demandas considerables.

PRONÓSTICO

Aunque en el momento de la definición SECPAL no se disponía de toda la información actual, se propuso una "franja" alrededor de $3 \pm$ meses de pronóstico, que posteriormente se ha ido confirmando como un elemento muy estable.

Los profesionales tienden a sobrestimar el pronóstico de los enfermos avanzados y este factor puede ser un elemento de retraso en el inicio de programas de cuidados paliativos.

La mediana de supervivencia desde la primera visita es un factor relevante en la definición de los equipos, su ubicación/localización y su manera o tipo de intervención.

IMPACTO EMOCIONAL EN ENFERMO, FAMILIA Y EQUIPO

El impacto emocional, la preocupación y/o el sufrimiento del enfermo son también elementos claramente distintivos de la situación y tienen una evolución oscilante, a menudo descompensada. Es evidente que la presencia, implícita o explícita, de la muerte y del proceso de morir son, además de las preocupaciones de los síntomas y las de los familiares, los factores que influyen más en el impacto emocional y el sufrimiento.

La depresión intensa está presente en el 15% de los enfermos de cáncer avanzado y la prevalencia de ansiedad y depresión son muy variables, desde el 40 al 80%.

También hay que distinguir claramente los conceptos de dolor y de sufrimiento, ya que no están necesariamente relacionados.

Un aspecto conceptual, muy innovador de la cultura de los cuidados paliativos, consiste también en la inclusión de la familia y el equipo en la estimulación del impacto emocional.

En efecto, la familia vive y percibe los síntomas, la evolución y la incertidumbre. Los factores que influyen en el estrés de los profesionales también han sido descritos.

Las consecuencias de la constatación del impacto emocional de enfermo, familia y equipo, como un factor clave en la organización, incluyen la atención de los aspectos emocionales y los objetivos de adaptación y ajuste, la importancia del "clima relacional" en la terapéutica, la consideración de la familia (con el enfermo incluido) como un sistema que requiere mucha atención y soporte emocional, práctico-logístico y educación, la potenciación de su presencia y su papel; asimismo las personas del equipo, no sólo como terapeutas, sino también como elementos con necesidades de atención y soporte.

Necesidad, demanda de atención y soporte

Los enfermos terminales y sus familias tienen necesidades de atención, muy especialmente en las situaciones de más complejidad, como la del dolor intenso no controlado, los síntomas especialmente impactantes (hemorragia, disnea, trastornos cognitivos y de la conducta), los difíciles de controlar (anorexia, debilidad, pérdida de peso, etc.), las dificultades de adaptación y ajuste o los trastornos psiquiátricos asociados y una proporción elevada de ellos, requieren intervenciones terapéuticas complejas, además de las de tecnología diagnóstica y terapéutica más "convencional".

Con todo, 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 problemas, pero también con el impacto emocional asociado. Este comportamiento de "demanda" es una de las razones por las que se observa, en los estudios realizados en nuestro entorno, un exceso de utilización de los servicios de hospitalización y urgencias; también una de las razones del éxito del resultado de satisfacción de los "hospices" en los países que los tienen y por otro lado de muchos

servicios de cuidados paliativos, así como de los resultados de eficiencia informados por diferentes autores, ya que los servicios y sistemas de cuidados paliativos se comparan con patrones previos de gran "sobre utilización" de servicios de hospitales, más caros que las alternativas de camas de cuidados paliativos, de la atención primaria de soporte o de los sistemas integrales con gestión de casos, que los utilizan de manera más eficiente, como veremos más adelante.

Las razones del éxito recaen en la capacitación para resolver situaciones de dificultad, la capacidad de contención emocional, los aspectos "modelo" (integral, respetuoso, enfermo y familia) y también en las características de la oferta de los servicios: accesibles, preventivos, flexibles y, por tanto, muy adaptados a la demanda de estos enfermos y familias

SITUACIONES COMPLEJAS

Aspectos generales

Aparte de la experiencia para cuidados paliativos, aún no se ha descrito un método validado y tampoco asociado a los costos de la intervención.

Esta es una de las necesidades más actuales en los sistemas de cuidados paliativos, para establecer criterios validados que permitan adecuar los recursos y la financiación al grado de severidad de la situación.

No obstante, se pueden enumerar criterios aceptados clínicamente de manera individual y agruparlos para disponer de una parrilla de complejidades.

Hay que distinguir complejidad de dependencia, más relacionada con la incapacidad física medida por el índice de Barthel, *status* de Karnofsky, porque no siempre la incapacidad física es un factor de complejidad clínica, por mucho que requiera medidas de soporte y ayuda.

El otro elemento a tener en cuenta es que la complejidad es un concepto y un valor de carácter multifactorial, que su nivel dependerá del conjunto de factores relacionados que varían de un individuo a otro.

Causas de complejidad

Los diferentes elementos a tener en cuenta, en una evaluación de la complejidad, son:

Dependientes del enfermo:

- Antecedentes. Entre los que han demostrado influencia está el alcoholismo, adicciones y enfermedades mentales previas (depresión, ansiedad) que han requerido tratamiento.

- Edad. La edad joven es un factor de complejidad, que fundamenta el impacto

emocional que genera en el enfermo, familia y equipo.

Dependientes de la situación clínica (vertiente física):

- Dolor. Es un factor también demostrado de complejidad, así como de mal pronóstico. Los parámetros que influyen en la clasificación son el tipo de dolor (neuropático o mixto), la presencia de crisis de dolor episódico, la rápida de opioides o la falta de respuesta previa.

- Síntomas: prevalencia, intensidad, tipos. Los de mayor impacto y complejidad son la disnea, la hemorragia y el *delirium*.

- Situaciones clínicas de especial complejidad. La situación de agonía, trastornos cognitivos y *delirium*. La obstrucción intestinal.

- Síndromes específicos. La afectación ósea (en pacientes con cáncer de mama, próstata y mieloma múltiple), invasión pélvica masiva (carcinoma de cérvix, vejiga, recto u ovario con extensión locorregional), muy especialmente si hay afectación neurológica y obstrucción intestinal, urológica o fistulas; síndrome de compresión de vena cava superior, compresión medular; síndromes de afectación locorregional de cabeza y cuello, especialmente con afectación de vías respiratorias y/o disfagia y/o fistulas, o bien los trastornos de comunicación derivados de la traqueostomía.

Dependientes de la situación emocional.

- Presencia e intensidad de síntomas emocionales. La presencia e intensidad de ansiedad y depresión, son un factor demostrado de complejidad y de mal pronóstico en el control del dolor.

- Grado de ajuste emocional y trastornos de adaptación. Los trastornos adaptativos severos modifican sustancialmente la percepción y la demanda de atención.

- Trastornos de conducta y de relación social. Hay grupos de especial dificultad en las relaciones y conductas, entre los que cabe destacar las personas con antecedentes de etilismo, fármacodependencia y marginación o aislamiento social.

Dependientes del grado de evolución de la enfermedad y la concurrencia de tratamientos específicos:

- Pronóstico de meses. Además de las otras condiciones concomitantes, este factor es, en sí mismo, un factor de complejidad clínica, por el hecho de condicionar actitudes y dilemas infrecuentes en la fase de los últimos días y semanas, e introducir posibilidades terapéuticas a menudo inapropiadas en las fases finales.

- Crisis de necesidades en la evolución. Una de las características de la enfermedad

avanzada evolutiva es, precisamente, la aparición de crisis, ya sea por complicaciones "nuevas", por descompensaciones de síntomas descontrolados o del ajuste emocional y que, especialmente si aparecen de manera brusca o inesperada, generan alta demanda y necesidad de atención.

- También hemos observado crisis por la obtención de información de forma brusca, en ocasiones causadas por yatrogenia en la información (por ejemplo, la que requiere el consentimiento informado para un ensayo terapéutico sin un proceso previo ni soporte posterior).

- Quimioterapia, radioterapia, soporte nutricional o hematológico asociados.

- Presencia de otras enfermedades asociadas activas con impacto.

En personas de edad avanzada, la pluripatología y la dependencia afectan a la calidad de vida y también se asocian a polifarmacia.

Una asociación especialmente compleja es la del sida con tumores, especialmente hematológicos.

Dependientes de la familia:

- Presencia o ausencia del cuidador principal.

- Capacidad para el cuidado práctico, emocional y contención.
- Duelo patológico anticipado.
- Presencia de conflictos relacionales.
- Nuevos tipos de familias.

Dependientes de otros equipos participantes.

La interacción con otros equipos origina a veces dilemas y conflictos en el enfoque terapéutico, que hay que resolver con consenso y respeto.

Ejemplos de ello son las decisiones del fin de un tratamiento específico, las intervenciones quirúrgicas en las últimas semanas, las transferencias de enfermos entre servicios, o las situaciones de emergencia.

Dilemas éticos y de valores, actitudes y creencias.

La toma de decisiones difíciles de carácter ético, como la sedación, nutrición en situaciones de dificultades de aparición brusca, o bien los conflictos referentes a la ubicación de enfermos (altas o ingresos no deseados, etc.).

La demanda persistente de eutanasia es también una situación de manejo compleja, especialmente en condiciones de inexistencia o ineficiencia de cuidados paliativos.

CONCLUSIONES

En la evolución de los enfermos con cáncer avanzado hay fases definidas (local, regional, curable/no curable, diseminación, falta de respuesta al tratamiento específico, agonía, etc.) y también periodos de interfase y solapamiento. Los objetivos y las medidas terapéuticas se deben ir adaptando a las diferentes situaciones, teniendo en cuenta que han de ser compatibles y no antagonicos, muy especialmente en las interfases. También hay que tener actitud diagnóstica y evaluadora, para identificar las necesidades y demandas de todo tipo en todas las fases de la enfermedad, tanto las paliativas al inicio, como las "específicas" en fases muy avanzadas, así como la flexibilidad necesaria para dar una respuesta apropiada, incluso en situaciones de urgencia.

El "dilema" de la intervención de los servicios y equipos convencionales y/o específicos se puede dirimir con criterios que tengan en cuenta la complejidad y con patrones de intervención mixtos y flexibles en las diferentes situaciones. Un criterio eficiente consiste en mejorar la capacidad de resolución de los servicios convencionales, mediante la formación, capacitación y los cambios de la organización, destinar los servicios específicos a la referencia y la intervención compleja, con actitudes de cooperación y respeto mutuo.

Guías de inicio de tratamiento con diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica

Preparación del paciente con insuficiencia renal crónica para iniciar el tratamiento con diálisis (hemodiálisis, diálisis peritoneal) o trasplante renal.

Los pacientes con enfermedad renal crónica que alcancen el estadio 4 de la clasificación K/DOQUI de las guías de práctica clínica para enfermedad renal crónica de los Estados Unidos de América, que incluye a pacientes con valores de filtración glomerular de 15 a 29 ml/min/1.73m², deben recibir educación programada sobre la insuficiencia renal crónica y las opciones de su tratamiento, que incluyen: hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal y conservador. Tanto el paciente como sus familiares deben ser informados sobre las opciones de tratamiento. Se recomienda la referencia temprana del paciente con enfermedad renal crónica al nefrólogo, lo cual incluye beneficios en los resultados del tratamiento.

La educación programada del paciente, durante el avance de la enfermedad renal crónica, mejora los resultados del tratamiento y reduce los costos. El planeamiento del tratamiento con diálisis, permite el inicio de la diálisis en un tiempo apropiado y la colocación de un acceso permanente para el tratamiento con hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Colocación de acceso permanente para iniciar tratamiento con diálisis peritoneal y hemodiálisis.

En pacientes con estadios 4 y 5 de la enfermedad renal crónica, las venas del antebrazo y brazo apropiadas para la colocación de acceso vascular para hemodiálisis no deben ser utilizados para punción venosa, colocación de catéteres intravenosos, catéteres subclavios o catéteres de líneas centrales insertadas periféricamente. Los pacientes deben tener un acceso funcional permanente al inicio del tratamiento con diálisis.

Una fístula arteriovenosa de preferencia primaria radio cefálica (muñeca), braquiocefálica o en vena basilica braquial debe ser colocada, cuando menos 6 meses antes del inicio del tratamiento con hemodiálisis. Es aceptable colocar un injerto arteriovenoso de material sintético o biológico en antebrazo o brazo tres a seis semanas antes del tratamiento con hemodiálisis.

Evitar en lo posible el uso de catéteres de corto plazo y aun los de largo plazo.

Un catéter de diálisis peritoneal idealmente, debe ser colocado cuando menos 2 semanas antes del inicio del tratamiento con diálisis peritoneal. La programación óptima de la creación del acceso vascular puede depender de los planes en relación al trasplante renal y a la diálisis peritoneal.

Estimación de la función renal (filtración glomerular)

La medición de la filtración glomerular, debe guiar en la decisión de iniciar el tratamiento con diálisis. La filtración glomerular, puede ser medida directamente con inulina, ioxelol o iothalamato; sin embargo, estas metodologías no son aplicadas generalmente en la clínica. La filtración glomerular puede ser estimada con una ecuación de validez (ecuación de Cockcroft-Gault) o con las mediciones de las depuraciones de urea y creatinina en suero.

$$\text{Cockroft: Dcr (ml/min)} = \frac{140 - \text{edad} \times \text{Peso (Kg)}}{\text{CrP (mg\%)} \times 72}$$

$$\text{Depuraciones de urea y creatinina (ml/min)} = \frac{\text{Dur (ml/min)} + \text{Dcr (ml/min)}}{2}$$

En mujeres multiplicar por 0.85.

En la práctica clínica, la filtración glomerular se mide por la depuración de creatinina en orina de 24 horas, la cual es directamente proporcional a la generación de creatinina del músculo e inversamente proporcional a la concentración de creatinina sérica. La medición de la filtración glomerular es dependiente de la edad, masa muscular, estado nutricional y la medición de la creatinina por el laboratorio.

Método

- 1) El paciente debe ser instruido para la colección de orina de 24 horas.
- 2) Medir la creatinina en sangre y orina.
- 3) La depuración de creatinina se calcula por la siguiente ecuación:

$$\text{Dcr} = \frac{\text{Ucr (mg/dl)} \times \text{volumen urinario (ml/min)}}{\text{Scr (mg/dl)} \times 1440 \text{ (min)}}$$

donde Ucr = creatinina urinaria; Scr = creatinina sérica.
Dcr = depuración de creatinina

La depuración es sujeta a error en la colección de orina. La excreción de creatinina se aproxima a 25 mg/kg para sujetos jóvenes, 15 a 20 mg/kg en sujetos de edad media y de 10 mg/kg en viejos y en sujetos con enfermedades crónicas.

La depuración de creatinina excede el valor de la filtración glomerular porque la creatinina se secreta por el túbulo, mientras que la depuración de urea es menor que la filtración glomerular porque la urea se absorbe en el túbulo.

La cystatina C, una proteína de bajo peso molecular, producida por células humanas nucleadas han demostrado mucha utilidad para medir filtración glomerular, principalmente en niños y en pacientes trasplantados.

Clasificación de la enfermedad renal crónica

En 1997, la NKF (Fundación Nacional Renal de los Estados Unidos de América), publicó las guías DOQI (Diálisis Outcome

Quality Initiative) de prácticas clínicas que han tenido un impacto y resultados favorables en la atención, manejo y resultados del tratamiento en los pacientes con diálisis. Estas guías fueron actualizadas y publicadas en el 2001 sobre adecuación de hemodiálisis y diálisis peritoneal, acceso vascular y anemia en la insuficiencia renal crónica. En estas guías se clasifica a la enfermedad renal crónica en cinco estadios:

1. Daño renal con FG normal o alta ($>90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$)
2. Daño renal con disminución ligera de la FG ($60-89 \text{ ml/min/1.73 m}^2$)
3. Disminución moderada de la FG ($30-59 \text{ ml/min/1.73 m}^2$)
4. Disminución severa de la FG ($15-29 \text{ ml/min/1.73 m}^2$)
5. Insuficiencia renal, FG menor de $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$

Los valores de la filtración glomerular en sujetos adultos normales de 20 a 30 años de edad son de:

$130 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ en hombres y

$120 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ en mujeres con D. S. $\pm 20 \text{ ml/min}$.

Programación del tratamiento con diálisis.

Cuando el paciente alcance el estadio 5 de la clasificación **K/DOQI (USA)** (Filtración glomerular menor de $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$) el nefrólogo debe evaluar los beneficios, riesgos y desventajas de iniciar la terapia de reemplazo renal.

Algunos factores individuales que pueden influenciar la decisión de cuando iniciar el tratamiento con diálisis son: la accesibilidad a diálisis, opción de trasplante, elegibilidad de diálisis peritoneal o hemodiálisis, acceso vascular, edad, declinación de la salud, balance de líquidos y cumplimiento con dieta y medicación.

La diálisis impone una carga significativa sobre el paciente, familia, sociedad y sistema de salud. Esto es complicado además por los riesgos potenciales de la terapia con diálisis, especialmente con los relacionados al acceso de diálisis y al líquido de diálisis. Esas consideraciones requieren de un manejo conservador hasta que la filtración glomerular disminuya a menos de $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ a menos de que existan indicaciones específicas para iniciar diálisis.

Las guías de la asociación renal del Reino Unido indican iniciar diálisis cuando la filtración glomerular es menor de 10 ml/min . Idealmente la selección de modalidad de diálisis debe ser manejada por la elección del paciente, a menos de que exista una contraindicación a un modelo particular.

Las contraindicaciones absolutas para diálisis peritoneal son: colostomía, ileostomía o conducto íleocecal, bridas intraabdominales, casa muy pobre, no compartir un lugar en su casa, higiene personal mala y obesidad exagerada.

Las contraindicaciones absolutas para hemodiálisis son venas centrales trombosadas, angina severa, insuficiencia cardíaca con hipotensión.

Los predictores de malos resultados en diálisis son: demencia, enfermedad arterial periférica severa, insuficiencia cardíaca con hipotensión, enfermedad mental severa y enfermedad maligna de pronóstico malo.



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
Formación y Diseño
Patricia Herrera Gamboa
Difusión e Impresión
Germán Herrera Plata

Boletín ICT

2008
Vol. XVII
No.1