

# La valoración multidimensional del paciente y de la familia

M.A. Benítez del Rosario<sup>a</sup>, A. Salinas Martín<sup>b</sup>, J.J. Martín Ortega<sup>c</sup> y L.P. Martínez del Castillo<sup>b</sup>

## Introducción

La valoración multidimensional de la persona afectada por una enfermedad terminal pretende identificar los distintos fenómenos que tienen lugar en su problema de salud bajo un abordaje integral. Pretende contestar aquellas preguntas (relacionadas en la tabla 1) cuyas respuestas permitirán el diseño de intervenciones individualizadas para obtener la mejor situación de bienestar posible para el paciente y la familia<sup>1</sup>. En la figura 1 se describen los elementos de la valoración multidimensional y su aplicación en el abordaje de los pacientes.

## Valoración de la esfera biológica

Se dirige a la detección de todas las complicaciones que provoca la enfermedad en su fase terminal, y que se describen en la tabla 2. En relación a la pericia del profesional debería utilizarse, o no, una entrevista semiestructurada que sirviera de guía para la detección de los síntomas. Éstos deberían evaluarse en relación a tres aspectos<sup>1,2</sup>: *a*) características específicas, como frecuencia, severidad, condiciones de presentación y persistencia en el tiempo; *b*) impacto en otros síntomas, en la situación funcional y en las esferas psicológica, espiritual y familiar, y *c*) impacto global, en relación a la alteración de la situación de bienestar, identificando el síntoma que más influye. Las complicaciones que deben investigarse con especial interés son el dolor, la disnea, con complicaciones digestivas y al delirio. La valoración del *dolor* se realiza bajo una óptica amplia, capaz de detectar aquellas percepciones que, aunque no sean

**TABLA 1** Aspectos a valorar en la atención del paciente y su familia

¿Qué grado de sufrimiento físico presenta?
¿Cuáles son las razones del sufrimiento físico?
¿Qué limitaciones físicas y psíquicas tiene?
¿Cómo se está adaptando a la enfermedad?
¿Qué nivel de información posee?
¿Qué opina sobre la situación?
¿Cómo puedo ayudarlo?
¿Cómo se encuentra la familia?
¿Quién va a cuidar al paciente?
¿Dónde desea la familia que muera el paciente?
¿Presenta psicopatología el cuidador principal?
¿Qué apoyos tiene la familia?
¿Qué opina la familia sobre el cuidado y la información?
¿Cuál es la situación laboral?
¿Existen recursos materiales para cuidar al paciente?

Modificada de Benítez et al<sup>1</sup>.

expresadas claramente como dolor, puedan entenderse en los términos de éste (molestias, ardor, quemarón, peso, entre otros). La evaluación del dolor debe incluir fundamentalmente<sup>1-3,4</sup>: *a*) su mecanismo, diferenciando entre *dolor somático, visceral y neuropático*, dada su diferente respuesta a los analgésicos opioides; *b*) su intensidad y su respuesta a los analgésicos, y *c*) su ritmo, para identificar episodios de dolor irruptivo (episodios bruscos e intensos de dolor en una situación de dolor basal adecuadamente controlado con analgésicos).

### Puntos clave

- La enfermedad en fase terminal provoca múltiples complicaciones que generan sufrimiento. La valoración multidimensional permite su detección e instaurar las intervenciones oportunas.
- La valoración multidimensional incluye una valoración biológica-funcional, psicoafectiva, espiritual y sociofamiliar.
- Todos los síntomas deben valorarse en relación a su causa, su intensidad y su repercusión en la situación de bienestar de los pacientes.

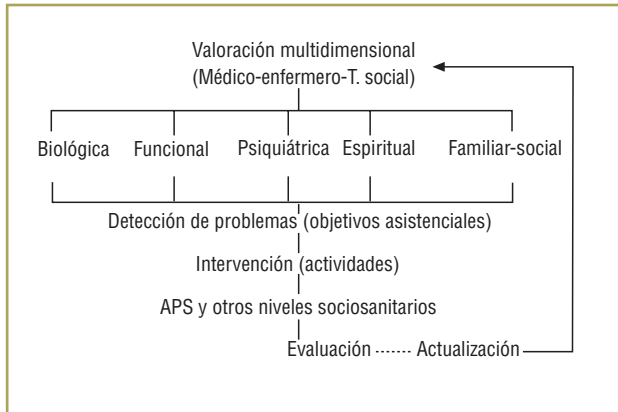
<sup>a</sup>Médico de Familia. Jefe de Sección. Unidad de Cuidados Paliativos.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Facultativo Especialista de la Unidad de Cuidados Paliativos.

<sup>c</sup>Oncólogo. Facultativo Especialista de la Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

Correspondencia:  
Miguel Ángel Benítez del Rosario.  
Apdo. de Correos 10.521.  
38080 Santa Cruz de Tenerife. España.

Correo electrónico:  
mabenitez@comtf.es



**FIGURA 1** Ciclo valoración-planificación de los cuidados. Modificada de Benítez et al<sup>1</sup>.

La *disnea* es una complicación muy frecuente en las neoplasias. Entre sus causas destacan la afección pulmonar y la debilidad de la musculatura respiratoria debido a la caquexia neoplásica. En su valoración deben incluirse los distintos aspectos de intensidad y ritmo, además de una valoración dirigida a identificar su origen, que puede ser el propio cáncer u otras causas concurrentes como derrame pleural, anemia, insuficiencia cardíaca o broncospasmo<sup>1,5</sup>. La *xerostomía* y el *estreñimiento* son los síntomas cardinales de las complicaciones digestivas debido a su alta frecuencia<sup>1,6</sup>. Otros síntomas también frecuentes, son: vómitos, náuseas y dispepsia. La valoración de los *vómitos* requiere una investigación exhaustiva para identificar su causa (fármacos, hipercalcemia, compresión gástrica, estreñimiento, obstrucción intestinal, hipertensión intracraneal, entre otros) e instaurar un tratamiento específico.

El *delirio* es una complicación muy frecuente en las enfermedades en fase terminal, presente hasta en el 75% de los pacientes en la última semana de vida<sup>1,7,8</sup>. Se trata de una complicación infradiagnosticada que genera un gran sufrimiento para los familiares. Su presencia debería investigarse de forma sistemática y periódica en todos los pacientes mediante tests específicos de atención y vigilancia y la ex-

**TABLA 2** Síntomas y complicaciones del cáncer en fase terminal

Astenia
Anorexia
Dolor
Ansiedad
Disnea
Estreñimiento
Xerostomía
Náuseas
Vómitos
Insomnio
Depresión
Ansiedad
Delirio
Somnolencia
Pérdida de peso
Alteraciones de la micción

ploración cognitiva; especialmente cuando el paciente presente una semiología sospechosa de estar presentando un delirio, caso de la aparición brusca de síntomas sugerentes de psicopatología, descontrol agudo e intenso de síntomas como el dolor y la disnea o ante trastornos de la conducta.

*Realización de pruebas complementarias*

La decisión sobre la realización de pruebas complementarias descansa en el criterio de «solicitar aquel estudio cuya información se precise para adoptar una conducta terapéutica determinada. Las pruebas que no van a modificar el tratamiento, independientemente de su resultado, deberán obviarse».

*Utilización de escalas para la medición de la intensidad de los síntomas*

La utilización de escalas específicas permite una mejor aproximación a la intensidad del síntoma y su repercusión

**TABLA 3** Escalas para la valoración de la intensidad de los síntomas

A. Escala cualitativa simple (el síntoma es)

Ausente	Leve <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Fuerte <input type="checkbox"/>	Severo <input type="checkbox"/>
---------	-------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

B. Escala numérica o verbal

Describame la intensidad entre 0 y 10, donde 0 es el menor valor y 10 la mayor intensidad que pueda imaginarse

C. Escala visual analógica (EVA)

Marque entre los dos extremos de la línea cuál es la intensidad

-----
Valor mínimo <span style="float: right;">Máximo</span>

La longitud de la línea es de 10 cm. Se miden los milímetros, o centímetros, que ha marcado el paciente para monitorizar variaciones en la medida.

sobre el nivel del sufrimiento<sup>1,2</sup>. Las escalas habitualmente utilizadas se describen en la tabla 3.

### Valoración del estado funcional

La valoración biológica está apoyada por la valoración de la situación funcional del paciente. Sus objetivos y utilidades principales son la estimación de la situación de dependencia del sujeto con aproximación al grado de sobrecarga física que deberán soportar los cuidadores familiares, y la obtención de información para la toma de decisiones (a mayor deterioro de la situación física menos adecuadas son las intervenciones terapéuticas agresivas). La valoración funcional se realiza aplicando los índices habituales que valoran la dependencia en la realización de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria (índice de Lawton-Brodie, Barthel o índice de Katz) o la necesidad de cuidados en relación a la severidad de la enfermedad (índice de Karnofsky o el de ECOG).

### Valoración psicoafectiva

La evaluación de la esfera psicoafectiva comprende tres aspectos fundamentales: presencia de psicopatología, reacciones de adaptación a la enfermedad y grado de información que presenta el paciente.

La presencia de *psicopatología* es frecuente en los pacientes con neoplasias en fase terminal; puede llegar a afectar hasta a un 60% de aquéllos y ser causa de sufrimiento<sup>1,9,10</sup>. No deberían atribuirse todos los síntomas psicológicos al hecho de ser reacciones por la vivencia de una enfermedad mortal, pues ello conlleva un infradiagnóstico de los trastornos psiquiátricos. La detección de éstos descansa en la presencia de los síntomas psicológicos establecidos como criterios diagnósticos en el DSM IV y/o CIE 10; los síntomas somáticos no son de utilidad dado que están provocados por la enfermedad<sup>1,9-11</sup>. La caracterización del *proceso de adaptación* a la enfermedad es imprescindible para establecer el modelo de relación con el enfermo, prestarle la ayuda adecuada e informar-explicar a la familia lo que está sucediendo. Dentro del proceso de adaptación pueden presentarse diversas reacciones psicológicas como negación, ira-agresividad, tristeza-depresión, resignación y aceptación, entre otras<sup>1,12</sup>. La valoración del *grado de información* que dispone el paciente es un elemento fundamental en la evaluación psicológica. Representa una ayuda para entender sus reacciones y permite el posicionamiento del profesional.

### Valoración de la esfera espiritual

El aspecto espiritual de las personas es el más complejo de todos ellos. En él se produce la integración e interpretación de las vivencias que acontecen en las otras esferas, con un resultado global consistente en una opinión sobre sí mismo y su situación<sup>1,13-16</sup>. Las dificultades conceptuales para describir la dimensión espiritual conllevan el problema de tratar de sistematizar la detección de las necesida-

des espirituales. Al respecto, y a modo orientativo, puede proponerse la valoración del mundo más íntimo de las personas, detectando los miedos, las manifestaciones de sufrimiento global, las necesidades (de sentirse seguro, aceptado, entendido y querido), su escala de valores y creencias religiosas (valorando el apoyo que dispone en este aspecto)<sup>1</sup>.

### Valoración de la esfera familiar y social

La familia es el soporte fundamental del sujeto, tanto en el cuidado físico como en el apoyo emocional y espiritual. Es, por otro lado, receptora del sufrimiento del enfermo y de su propio sufrimiento. La valoración familiar incluye, entre otros<sup>1,17,18</sup>: a) la estructura familiar disponible para la realización de los cuidados; b) la capacidad de adaptación para asumir el cuidado del paciente y hacer frente a la crisis, y la presencia de problemática en el funcionamiento familiar; c) valoración de los aspectos afectivos, reacciones emocionales y expectativas sobre el cuidado y lugar de la muerte; d) el grado de sobrecarga física-psíquica derivada del cuidado y de la ejecución de las tareas inherentes a la etapa del ciclo vital; e) la presencia de psicopatología, y f) la detección de factores de riesgo para un duelo patológico. Un instrumento indispensable para la valoración de la familia es el genograma, para cuya confección es preciso disponer de gran parte de la información indicada. Especialmente importante es valorar el patrón de comunicación que presenta la familia para conocer sus actitudes sobre el grado de información a transmitir al paciente.

Los aspectos sociales incluyen desde los aspectos económicos hasta la presencia de una red social de apoyo para el cuidado físico y soporte emocional del paciente y de la familia. Otro aspecto a considerar en el paciente y los componentes de la familia es el laboral, así como la situación de pensiones que restan una vez que el enfermo haya fallecido.

### Valoración multidimensional: tareas y forma de realizarla

La valoración multidimensional es un elemento útil para el abordaje de los pacientes con enfermedad en fase terminal, pero su realización exhaustiva conlleva una inversión de tiempo considerable. Por otro lado, diversos aspectos de la información obtenida pueden variar con el tiempo, por lo que es preciso actualizarla. Estos elementos hacen que su aplicación resulte compleja y que su uso pueda ser rechazado. No obstante, antes de negar su utilización deberían considerarse los siguientes aspectos favorables<sup>1,19</sup>:

1. La información obtenida permite un abordaje amplio, que favorece la realización de intervenciones que eviten una inadecuada evolución de los problemas.
2. Diversos aspectos reflejados en la evaluación aparecen con frecuencia, y de forma reiterada, en las entrevistas habituales con los pacientes y familiares, por lo que la no sis-

tematización de su recogida favorece que se pierdan. La metodología de la valoración multidimensional permite recoger y clasificar la información por áreas, y rentabilizarla en relación a la planificación de los cuidados.

3. La evaluación puede realizarse por etapas, priorizando qué aspectos deben abordarse según el impacto que se presume de éstos.

4. La realización de la valoración multidimensional debería descansar en la actividad de todos los profesionales del equipo de atención (médico, enfermero y trabajador social) para conseguir una mayor operatividad y facilitar su ejecución.

5. La valoración permite evaluar el resultado de las intervenciones en la mejora de la calidad de vida del paciente y su familia (fig. 1).

Dado que la valoración multidimensional corresponde a un equipo interdisciplinario, es necesario establecer un adecuado sistema de registro para evitar la pérdida de información y favorecer una actuación conjunta coherente.

## Bibliografía

- Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, Asensio Fraile A. Valoración multidimensional en cuidados paliativos. En: Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, editores. *Cuidados paliativos y atención primaria*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 2000; p. 207-35.
- Ingham J, Portenoy RK. The measurement pain and other symptoms. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998; p. 203-22.
- Bonica JJ, Ventafridda V, Twycross RG. Cancer pain. In: Bonica JJ, editor. *The management of pain*. Philadelphia, Lea & Febiger, 1990; p. 400-60.
- Foley KM. Pain assessment and cancer pain syndromes. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998; p. 310-31.
- Dudgeon DJ, Rosenthal S. Pathophysiology and assessment of dyspnea in the patient with cancer. In: Portenoy RK, Bruera E, editors. *Topics in palliative care*. Oxford: Oxford University Press, 2000; p. 237-54.
- Baynes M, Sikes N. Gastrointestinal symptoms. In: Saunders C, Sykes N, editors. *The management of terminal malignant disease*. London, Edwards Arnold, 1993; p. 63-70.
- Breibart W, Chochinov HM, Passik S. Psychiatric aspects of palliative care. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd ed. Oxford, Oxford Medical Publications, 1998; p. 933-56.
- Fainsinger RL. Treatment of delirium at the end of life: medical and ethical issues. In: Portenoy RK, Bruera E, editors. *Topics in palliative care*. Oxford: Oxford University Press, 2000; p. 261-77.
- Vachon MLS. The emotional problems of the patients. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998; p. 883-908.
- Stiefel F, Die Trill M, Berney A, Olarte JMN, Ravazi D. Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Support Care Cancer* 2001;9:477-88.
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. «Are you depressed?»: screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1997;154:674-6.
- Comas MD, Schöeder M. Proceso de adaptación a la enfermedad avanzada y terminal. En: Gómez Batisste X, Planas Domingo J, Roca Casas J, Viladiu Quemada P, editores. *Cuidados paliativos en oncología*. Barcelona: JIMS, 1996; p. 249-61.
- World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*. Technical report series 804. Geneva, WHO, 1990.
- Welch T. Existential and spiritual concerns. In: Billings JA, editor. *Outpatient management of advanced cancer. Symptom control, support, and hospice-in-the-home*. Philadelphia, Lippincott Company, 1985; p. 260-8.
- Carreras M, Borrel M. Aspectos espirituales. En: Gómez Batisste X, Planas Domingo J, Roca Casas J, Viladiu Quemada P, editores. *Cuidados paliativos en oncología*. Barcelona: JIMS, 1996; p. 403-11.
- Speck P. Spiritual issues in palliative care. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998; p. 805-16.
- De la Revilla L. El genograma: cómo realizarlo. En: De la Revilla L, editor. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma, 1994; p. 101-9.
- De la Revilla L. Atención familiar en el paciente terminal y en el duelo. En: De la Revilla L, editor. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma, 1994; p. 61-78.
- Higginson IJ. Can professionals improve their assessment? *J Pain Symptom Manage* 1998;15:149-50.