

Cuidados Paliativos: Control de Síntomas

DR. MARCOS GÓMEZ SANCHO

DR. MANUEL OJEDA MARTÍN

Unidad de Medicina Paliativa - Hospital Dr. Negrín - Las Palmas de Gran Canaria

Revisión y adaptación a Uruguay:

DRA. GABRIELA PÍRIZ ALVAREZ

Plan Nacional de Cuidados Paliativos - MSP

Servicio de Medicina Paliativa Hospital Maciel - ASSE



**PLAN NACIONAL
DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Séptima Edición 2014

Montevideo Uruguay

Cuidados Paliativos: Control de Síntomas

Autores

DR. MARCOS GÓMEZ SANCHO

DR. MANUEL OJEDA MARTÍN

Paliativa Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Las Palmas de Gran Canaria – España

Revisión y Adaptación a Uruguay:

Equipo Profesional del Servicio de Medicina Paliativa Hospital Maciel
ASSE. Montevideo-Uruguay

Coordinación General: Dra. Gabriela Píriz Alvarez

Revisores (orden alfabético):

Lic. Enf. Valeria Bianchi

Enf. María Egüez

Dra. Victoria Guerrini

Lic. Enf. Laura Insúa

Dra. Laura Lamas

Dra. Victoria Perroni

Dra. Gabriela Píriz Alvarez

Dra. Laura Ramos

Dr. Gabriel Sehabiaga

Dra. Mirtha Silva

Enf. Gabriel Silva

Enf. Lucy Silvera

Dra. Laura Vadell

Séptima Edición 2014

Montevideo Uruguay

Contenido

Prólogo de la séptima edición	7
Prefacio.....	9
Introducción	11
Los Derechos del Paciente en Etapa Terminal de su Enfermedad	13
La Familia y El Paciente.....	14
Recepción del Paciente y Familia. Primera Entrevista.....	19
Principios Generales del control de Síntomas.....	22
Dolor	26
I. Conceptos Generales	26
II. Evaluación del dolor.....	29
III. Principios para el control del dolor. OMS	33
IV. Otros principios generales del tratamiento del dolor	39
V. Esquema general para el tratamiento del dolor	45
VI. Fármacos Analgésicos	46
Síntomas Digestivos	73
I. Anorexia	73
II. Estreñimiento	75
III. Náuseas y Vómitos	79
IV. Candidiasis Oral	84
V. Diarrea	86
VI. Oclusión Intestinal Maligna.....	87
Síntomas Respiratorios	91
I. Disnea.....	91
II. Tos	95
III. Hipo	98

Síntomas Neuropsicológicos	100
I. Insomnio.....	100
II. Delirium	102
Síntomas Urinarios	105
I. Incontinencia urinaria	105
II. Espasmo de la vejiga	106
III. Tenesmo urinario	107
IV. Hematuria	109
V. Derivación de la vía urinaria	109
Criterio de uso de fármacos en Medicina Paliativa.....	111
Vías de administración de fármacos	114
Cuidados de Enfermería.....	118
I. Higiene	118
II. Actividad física	119
III. Reposo y Sueño.....	119
IV. Ocupación del tiempo libre	120
V. Alimentación.....	120
VI. Cuidados de la boca	121
VII. Cuidados de la piel	125
VIII. Cuidados del tránsito intestinal	133
Urgencias en Medicina Paliativa.....	136
I. Urgencias Metabólicas	136
II. Urgencias Neurológicas.....	138
III. Urgencias Cardiovasculares	142
Atención en la agonía	145
Tratamiento en la agonía.....	145

Sedación Paliativa	148
Definiciones	148
Requisitos para Indicar Sedación.....	150
Descripción	150
Elección de fármacos sedantes de primera línea	151
Control de Sedación	152
Duelo.....	154
Concepto.....	154
Fases	154
Principales predictores de riesgo de duelo complicado	154
Manifestaciones clínicas.....	155
Elaboración del proceso de duelo	155
Tipos de duelo	156
Intervenciones	157
Resumen	158

Prólogo de la séptima edición

Uruguay 2014

En el año 1992 publicamos la primera edición de nuestro pequeño manual “*Cuidados Paliativos: Control de Síntomas*”, que tuvo una aceptación extraordinaria entre los profesionales sanitarios de nuestro país.

No en vano era el primer documento escrito en español donde, de forma concisa, se detallaba el tratamiento de los distintos síntomas que presenta el enfermo de cáncer en las últimas fases de su enfermedad.

Este librito se fue actualizando con ediciones sucesivas hasta alcanzar la 5ª edición en el año 2009, coincidiendo con el vigésimo aniversario de la creación de nuestra Unidad de Medicina Paliativa.

Hasta el momento han sido distribuidos gratuitamente 350.000 ejemplares, lo que da una idea del interés que despierta este tema entre los profesionales de la salud, que lo siguen solicitando día a día.

Afortunadamente, hoy contamos en España con muchos textos (y muy buenos, por cierto) de Cuidados Paliativos como queda reflejado al final de este manual, en la bibliografía recomendada. Sin embargo, un documento conciso, de tamaño bolsillo sigue teniendo una gran predicación por su comodidad y rapidez de consulta.

Para mí es un placer, y también un honor, que en esta ocasión se haga una 7ª edición específica para Uruguay bajo la dirección de la Dra. Gabriela Píriz Álvarez, excelente amiga y colaboradora en innumerables proyectos científicos y docentes.

Tengo la seguridad de que este librito va a tener una excelente aceptación por parte de los profesionales de la salud uruguayos, como lo ha tenido para los españoles y espero que les resulte tan útil como lo fue y lo sigue siendo para muchísimos de nosotros.

Prof. Marcos Gómez Sancho
Las Palmas de Gran Canaria, 2014

Prefacio

Es para mí un gran honor coordinar la revisión y adaptación a nuestro país de este pequeño-gran libro editado por primera vez hace 25 años por dos grandes profesionales y amigos, el Prof. Marcos Gómez Sancho y el Dr. Manuel Ojeda Martín, líderes de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Negrín de Las Palmas de Gran Canaria-España.

Nuestro país tiene en el desarrollo de la Medicina Paliativa, la importante influencia de la experiencia canaria. El Prof. Gómez Sancho ha dejado huellas en miles de profesionales uruguayos con sus numerosas conferencias que tienen la dosis exacta de academia, humanismo, reflexión y motivación, dejando huellas por las que muchos hemos continuado sembrando.

Los pacientes y sus familiares necesitan mucha ayuda cuando atraviesan la dura etapa del final de la vida, y también la necesitan los profesionales de la salud, quienes frecuentemente tienen que tomar decisiones en solitario.

Este manual lleva seis ediciones anteriores en España y ha acompañado a varias generaciones de profesionales de la salud, ayudando por lo tanto a mejorar la calidad de atención a los pacientes.

Los autores generosamente nos han brindado este material para adaptarlo a nuestro país, lo cual constituye un honor y reconocimiento para el trabajo que venimos realizando, así como un gran compromiso.

La calidad de su contenido y de su formato son difíciles de mejorar, por lo que el trabajo de adaptación se ha limitado a adaptar el mismo a nuestra cultura, modificar fármacos, y proponer un reordenamiento de los mismos.

Ha sido, como todo en Medicina Paliativa, una tarea de equipo, que con entusiasmo y compromiso emprendimos desde el Servicio de Medicina Paliativa del Hospital Maciel.

El Ministerio de Salud Pública comprometido con la tarea de mejorar la calidad asistencial, ha asumido el desafío de editar y distribuir este material, brindando así herramientas efectivas a los profesionales de la salud.

Más de 16.000 pacientes por año y sus familiares, requerirían asistencia paliativa y no existe en este momento en Uruguay un número de profesionales formados en CP, que puedan hacerse cargo de esta asistencia de calidad.

Esta edición va dedicada a los profesionales de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Dr. Negrín, quienes me formaron y acompañaron en todos estos años, a mis compañeros del Servicio de Medicina Paliativa del Hospital Maciel, de quienes aprendo día a día, y a todos quienes trabajan por una Medicina más Humana y de Calidad.

Dra. Gabriela Píriz Alvarez

Responsable del Plan Nacional
de Cuidados Paliativos Ministerio Salud Pública

Jefa Servicio Medicina Paliativa Hospital Maciel-ASSE

Coordinadora Unidad Docente Asistencial Cuidados Paliativos
Facultad de Medicina-ASSE

Montevideo-Uruguay

Introducción

El tremendo desarrollo de la Medicina en las últimas décadas ha llevado consigo un considerable aumento de las expectativas de vida del hombre, que ha pasado de 34 años a principios de siglo a casi 80 en la actualidad. Al desaparecer o disminuir la muerte provocada por infecciones y otras enfermedades agudas, ha aumentado la incidencia de las enfermedades degenerativas y, con ello, las posibilidades de morir lentamente.

A pesar de que los tratamientos del cáncer mejoran continuamente, cada año mueren de esta enfermedad 2.300 personas en nuestra Comunidad Autónoma, 96.000 en España. Otras enfermedades de las mismas características aumentan todavía más estas cifras, con lo que serán muchos los enfermos subsidiarios de recibir, como única posibilidad realista, los cuidados paliativos (cáncer, sida, insuficiencias de órganos, enfermedades degenerativas neurológicas, geriátricos muy avanzados, etc.).

Los modernos recursos de que dispone la Medicina han creado en los ciudadanos y también en los profesionales una especie de “*delirio de inmortalidad*” y han llevado al médico a confundir su vocación: se ha potenciado la misión “*curativa*” y se ha olvidado su auténtica misión, esto es, aliviar el sufrimiento humano.

El médico, en ocasiones, llega a la conclusión de que, desde el punto de vista “*curativo*”, poco se puede hacer por el enfermo terminal. De ahí que su dedicación a este tipo de pacientes no sea tan intensa como la prestada a enfermos afectados de otras patologías “*curables*”. Esta actitud del profesional, a mi juicio, viene marcada por tres motivos: por una parte, el estudiante de Medicina no recibe en la Universidad la más mínima formación en este sentido, encontrándose desprovisto de recursos para hacer frente a la tremenda cantidad de problemas (físicos, psíquicos y sociales) que estos enfermos suelen presentar. En segundo lugar, y aunque sea subconscien-

temente, el médico interpreta el acercamiento de la muerte de su enfermo como un fracaso profesional. Por último, los médicos, como el resto de los seres humanos, difícilmente asumen el asunto de su propia muerte. Si esto es así, el enfermo está recordando al médico su propia mortalidad, lo que dificultará su contacto con este paciente.

Precisamente, el objetivo de este documento es el de proporcionar a los profesionales los conocimientos básicos por lo que se refiere al control de síntomas del enfermo en situación avanzada y terminal, bien entendido que estos tratamientos deben realizarse dentro de un amplio contexto de *“atención global”*. Serviría de muy poco implantar un tratamiento farmacológico, por correcto que fuese, si no va acompañado de un intenso soporte emocional. Piénsese que nuestro objetivo debe ser *“cubrir las necesidades”* del enfermo terminal y estas necesidades son múltiples: físicas, psíquicas, sociales, burocráticas, espirituales, etc.

Por último, debemos tener en cuenta que nuestro objetivo terapéutico no es sólo el enfermo, sino también sus familiares. Este extremo debe tenerse siempre presente y por este motivo se ha destinado en estos protocolos un espacio para la atención a la familia.

Marcos Gómez Sancho

www.mgomezsancho.com

Los Derechos del Paciente en Etapa Terminal de su Enfermedad

Tengo el derecho de:

- Ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte
- Mantener una esperanza, cualquiera que sea ésta
- Expresar a mi manera mis sentimientos y mis emociones por lo que respecta al acercamiento de mi muerte
- Obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort
- No morir solo
- Ser liberado del dolor
- Obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea mi pregunta
- No ser engañado
- Recibir ayuda de mi familia y para mi familia en la aceptación de mi muerte
- Morir en paz y con dignidad
- Conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros
- Ser cuidado por personas sensibles y competentes, que van a intentar comprender mis necesidades y que serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome a enfrentarme con la muerte
- Que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte

La Familia y El Paciente

La familia es una parte esencial dentro de la Medicina Paliativa. Contribuye a los cuidados del enfermo y tiene que recibir la atención e instrucción necesarias por parte del equipo de cuidados para no influir negativamente en la evolución del paciente.

Para la Medicina Paliativa, la familia constituye un foco principal de atención. Debe fomentarse la entrevista y el intercambio de información entre ella y el equipo y hay que dar todas las facilidades posibles para ello.

En una situación límite como una enfermedad en una etapa avanzada, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente sobre la persona afectada. Es función del equipo evitar en lo posible las situaciones de tensión en el seno de la familia y ayudar a su resolución en el caso de que dicha situación exista.

La familia puede colaborar eficaz y activamente en el cuidado del enfermo si se la instruye de una forma adecuada en el control de los síntomas, y en las medidas de higiene y confort.

Necesita información veraz y continuada, apoyo constante, la seguridad de una asistencia completa durante todo el proceso, y la disponibilidad permanente del equipo de cuidados.

La enfermedad terminal altera la unidad social, los familiares y los amigos, y afloran los conflictos internos preexistentes. La información inadecuada, los mitos, la presencia más o menos explícita de la muerte y la idea de un sufrimiento inevitable crean una intensa atmósfera de angustia.

Si no se modifican estas ideas, a través de una información creíble y continuada, repercuten negativamente en el paciente y bloquean los cuidados del equipo. La cantidad de tiempo y desgaste que conlleva la asistencia a la familia es recuperada con creces al conseguir que no interfieran negativa-

mente en la buena marcha del proceso individual e intransferible de la propia muerte de la persona.

Cuando la familia se entera del diagnóstico de la enfermedad maligna de uno de sus miembros, inicia un recorrido emocional similar al del paciente que enfrenta la proximidad de su muerte, descrito por Kübler-Ross. La familia sufre una seria alteración psicológica y pasa por un período de crisis emocional, pues debe afrontar no sólo la enfermedad y la muerte, sino múltiples cambios en la estructura y funcionamiento familiar, en el sistema de vida de cada uno de sus miembros y anticipar el dolor que se presentará tras la pérdida del ser querido.

MIEDOS

Desde el mismo momento en que la familia toma conciencia de que uno de sus componentes va a morir en un plazo más o menos breve, surge una serie de miedos.

- Al sufrimiento del paciente y, especialmente, a que tenga una agonía dolorosa.
- A que el paciente sea abandonado y no reciba la atención adecuada en el momento necesario.
- A cómo hablar con el paciente sobre su enfermedad o sobre su situación
- A que el paciente comprenda y acepte su condición física por las manifestaciones o actitudes de la familia.
- A estar solo con el paciente en el momento de su muerte, ya que éste es un momento desconocido y muy temido.
- A estar ausente cuando la persona fallezca, a separarse de ella por un rato, lo cual entorpece las necesidades de descanso y de realizar actividades propias de la vida cotidiana.

TAREAS

Los familiares de un paciente con enfermedad terminal no sólo deben enfrentarse a la idea de la muerte en sí y de la ausencia definitiva del ser querido, sino tomar una serie de decisiones, adaptarse a diferentes exigencias, cumplir con una serie de tareas, y enfrentarse a reacciones emocionales ambivalentes y perturbadoras, tanto para la familia como para el individuo.

- Debe encontrar el equilibrio entre la necesidad de sobreprotección que siente por su familiar próximo a la muerte, el respeto por su autonomía y permitir que realice todo lo que pueda hasta último momento, la separación paulatina que obligatoriamente deberá transitar para “dejarlo partir” sabiendo que es lo mejor para él, aunque le ocasione un importante dolor
- Debe actuar con naturalidad, muchas veces no expresando su verdadero dolor y brindando las expresiones amorosas
- Debe aceptar que su ser querido se está muriendo: aceptar los síntomas, la debilidad, la dependencia y la pérdida de su rol
- Debe redistribuir las funciones y tareas que tenía el enfermo sin producirle sensación de pérdida ni de inutilidad
- Debe cuidar al enfermo, ayudarlo en la satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales, proporcionarle tiempo y compañía sin descuidar su propia vida personal
- Deben repartirse las responsabilidades del cuidado del paciente según las habilidades de cada miembro de la familia
- Continuar con sus relaciones con el mundo exterior, que pueden ser una fuente de apoyo y alivio para ellos
- Tiene que aceptar que el paciente pueda necesitar una persona ajena para su cuidado
- Despedirse del paciente y darle el permiso para morir

NECESIDADES

El soporte que el equipo de cuidados suministra a la familia implica el conocimiento e identificación de las múltiples necesidades que ésta puede tener a lo largo del proceso.

- De información clara, concisa y realista
- De saber que se está haciendo algo por el paciente, que no se le ha abandonado médicamente y que se procurará su alivio
- De contar con la disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de cuidados
- De tiempo para permanecer con el enfermo
- De privacidad e intimidad para el contacto físico y emocional
- De participar en los cuidados
- De comunicar los sentimientos y reparar la relación, de poder explicarse y perdonarse
- De compañía y apoyo emocional
- De expresar las emociones, de expresar la tristeza, el desconsuelo, la rabia y los temores
- De conservar la esperanza
- De apoyo espiritua

CLAUDICACIÓN EMOCIONAL

En el transcurso de la evolución pueden aparecer crisis de descompensación del enfermo y/o de sus familiares, en las que se acentúan los problemas o su impacto.

Se trata de un desajuste de la adaptación, originado por una situación nueva o por la reaparición de problemas que es importante saber reconocer porque dan lugar a muchas demandas de intervención médica o técnica, siendo de hecho la primera causa de ingreso hospitalario.

Las causas más frecuentes de estas descompensaciones son:

- Síntomas mal controlados o aparición de nuevos (especialmente dolor, disnea, hemorragia y vómitos)
- Sentimientos de pérdida, miedos, temores o incertidumbre
- Depresión, ansiedad, soledad
- Dudas sobre el tratamiento previo o la evolución

La respuesta terapéutica es la siguiente:

- Instaurar medidas de control de síntomas
- Mostrar disponibilidad, a través de una escucha atenta, sentado, sin prisas y en un lugar tranquilo
- Revisar los últimos acontecimientos, esclarecer dudas sobre la evolución y el tratamiento
- Volver a recordar los objetivos terapéuticos
- Dar sugerencias sobre cómo comunicarse y estar con el enfermo

No debe sorprendernos el que tengamos que repetir las mismas cosas en situaciones parecidas varias veces durante la evolución de la enfermedad.

Recepción del Paciente y Familia.

Primera Entrevista

La primera entrevista puede ser realizada al paciente y su familia, o solo a sus familiares cuando son ellos quienes consultan porque necesitan asistencia domiciliaria.

Objetivos

- Contar con información completa sobre el paciente, su enfermedad y su núcleo familiar
- Valorar las necesidades, intereses y problemas del paciente y su familia
- Facilitar la participación en la planificación de cuidados.
- Identificar el cuidador principal.
- Identificar síntomas principales del paciente.
- Crear un espacio de confianza, diálogo y empatía

Recursos

- Infraestructura adecuada (despacho y mobiliario).
- Tiempo de asistencia al paciente y su familia en la consulta (45 min a 1 hora).
- Presentar la documentación necesaria: cédula de identidad, pase del médico tratante, resumen de alta, últimos estudios realizados y exámenes paraclínicos
- Contar con equipo Médico y Enfermero capacitado.

Crterios a observar:

- Crear un espacio que facilite la expresi3n de sentimientos y dudas, cerciorarse de que la informaci3n brindada sea transmitida en un lenguaje claro y conciso para el paciente y su familia.
- Facilitar expresi3n de sentimientos.
- Observar lenguaje verbal y no verbal.
- Detectar problemas potenciales en el 3mbito familiar

T3cnica

- Presentaci3n de los profesionales por su nombre y apellido
- Disponer de tiempo, hacer la entrevista sentado y sin interrupciones
- Generar un v3nculo emp3tico y respetuoso entre el paciente, familia y el equipo tratante
- Orientar la entrevista hacia temas concretos.
- Respetar las pausas, comentarios y silencios.
- Mantener la objetividad: ino juzgar!.

Procedimiento

Registrar en la Historia Cl3nica:

- Datos patron3micos: edad, sexo, direcci3n, tel3fono, estado civil, ocupaci3n, nivel de alfabetizaci3n
- Antecedentes personales
- Valoraci3n nivel cognitivo (orientaci3n, percepci3n de s3 mismo y contexto familiar)
- Familiograma (composici3n del n3cleo familiar)

- Actitud del paciente y la familia frente al proceso de su enfermedad
- Síntomas referidos: dolor, tipo, escala, expresión, valoración.
- Examen físico inicial

Información profesional hacia el paciente y familia:

- Información sobre el funcionamiento del equipo, prestaciones que se brindan, horarios y días de atención, modalidad de atención, y profesionales que componen el equipo: en lo posible dar folleto informativo
- Dar por escrito el sistema de comunicación con el equipo profesional: teléfonos de línea, Guardia Telefónica, correo electrónico, etc.
- Informe con valoración médica y de enfermería inicial, hoja de tratamiento
- Asegurarse que paciente y familiares evacuen todas sus dudas respecto a su enfermedad, al tratamiento prescripto, y posibles complicaciones. No dar ningún tipo de información por sobre entendida.
- Agendar próximo encuentro (consultorio o domicilio)

Principios Generales del control de Síntomas

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), propone los siguientes:

1. Evaluar antes de tratar, en el sentido de hacer un diagnóstico preciso, y no atribuir los síntomas sólo al hecho de tener el cáncer.

Debemos conocer los mecanismos fisiopatológicos concretos de cada problema clínico. Por ejemplo: disnea por infiltración del parénquima y/o derrame pleural y/o anemia, etc.

Además de la causa, debemos evaluar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.

No siempre el cáncer es el responsable de los síntomas. Éstos pueden ser motivados además por:

- tratamientos oncoespecíficos
- debilidad
- causas totalmente ajenas al cáncer, por ejemplo artrosis

Así, por ejemplo, los vómitos pueden ser producidos por un cáncer gástrico, pero también por algunos fármacos quimioterápicos, por la radioterapia, por la morfina o por una metástasis cerebral (por hipertensión intracraneal), etc.

2. Explicar las causas de estos síntomas en términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar.

No debemos olvidar que el enfermo está preocupado y quiere saber por qué tiene los síntomas. Explicar, asimismo a la familia, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica.

Una familia bien informada de lo que pretendemos hacer, será siempre más colaboradora y facilitará mucho el control de los síntomas. Lógicamente, esto tiene una importancia trascendental cuando el enfermo va a ser cuidado en el domicilio y la mayoría del peso de los cuidados correrá precisamente a cargo de los familiares.

3. La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma, que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además, deben fijarse los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.

4. El tratamiento siempre ha de ser individualizado. Discuta siempre las opciones terapéuticas con el enfermo y valore sus preferencias.

5. Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas, etc.).

La correcta monitorización nos ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento y mejorar nuestro trabajo al poder comparar nuestros resultados.

6. Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican.

Actitudes y conductas adecuadas por parte del equipo (escucha, risa, terapia ocupacional, contacto físico, etc.) contribuyen no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además elevan el umbral de percepción del dolor por el enfermo.

7. Dar instrucciones correctas y completas sobre el tratamiento. Sabiendo que los médicos tenemos una escritura difícil de comprender, es una buena práctica dar las instrucciones impresas.

Detallar muy bien los medicamentos que tiene que tomar el enfermo, con qué intervalos, la vía de administración, si es conveniente tomarlas con las comidas o no, los medicamentos que tiene que tomar a horas fijas y los que puede tomar sólo si los precisa, etc.

También es importante que el enfermo sepa para qué sirve cada uno de los medicamentos (éste es para el dolor, este otro para el estreñimiento, etc.).

Este último punto puede tener una importancia, a veces, determinante; por ejemplo, Antidepresivos que se usan frecuentemente para el control del dolor neuropático (dolor disestésico superficial, como puede ser la neuralgia postherpética). Cuando el enfermo llegue a casa y lea el prospecto que acompaña al medicamento (que lo leerá), puede quedar confundido y “*sospechar*” que le damos un psicofármaco porque no creemos en su dolor.

Debemos informar al enfermo de los efectos secundarios que “*probablemente*” pueden aparecer con los tratamientos. Decimos “*probablemente*” porque los prospectos informativos que el fabricante introduce en el envase son extraordinariamente exhaustivos por imperativos legales y en él constan las complicaciones que pueden surgir, por remotas que éstas sean. Este asunto puede asustar al enfermo, bastante frecuentemente, si no le explicamos que sólo raramente se dan algunos de ellos.

Algunos preparados, sobre todo los comprimidos de liberación retardada, deben ser deglutidos enteros, sin masticar y sin machacar. Enfermo y familia

deben saber que si, por cualquier motivo, en algún momento no los puede tragar, nos debe avisar para buscar otra alternativa.

8. Síntomas constantes, tratamiento preventivo. Algunos síntomas en estos enfermos son permanentes. En estos casos, los medicamentos habrá que darlos de forma “fija”, nunca “a demanda”, para evitar la aparición de dicho síntoma.

9. Revisar, revisar y revisar. Es difícil conocer de antemano las dosis que necesitará cada enfermo, sobre todo de algunos medicamentos (analgésicos, laxantes y psicofármacos). Además, todos estos fármacos tienen efectos secundarios, que varían mucho de unos pacientes a otros y que debemos controlar de cerca. Por otra parte, el cáncer es una enfermedad progresiva, lo que hace que la situación vaya cambiando también progresivamente. Estos cambios serán más frecuentes e importantes a medida que la enfermedad avanza, llegando en las fases agónica y preagónica a producirse en cuestión de horas o minutos.

10. No limite los tratamientos al uso de fármacos. Recuerde siempre el posible beneficio de la aplicación de calor o frío, fisioterapia, la dieta, la terapia ocupacional, rehabilitación, relajación, etc.

La rigurosidad y minuciosidad de nuestra actuación tendrá una traducción clínica evidente en nuestros pacientes sobre su nivel de confort, siendo necesario conjuntar una gran experiencia clínica en el manejo de estos pacientes, con un alto nivel de sentido común a la hora de tomar decisiones, evitando aquellas medidas de diagnóstico que no vayan a alterar nuestra estrategia de forma notable, así como no retrasando el tratamiento por el hecho de no disponerlas.

Es imprescindible que el equipo terapéutico completo elabore, asuma, practique y evalúe los objetivos terapéuticos en cada síntoma y en especial en el caso del dolor.

Dolor

I. Conceptos Generales

De los enfermos con cáncer avanzado, 60-80% tiene dolor de moderado a intenso.

La mayor frecuencia la presentan los tumores óseos y la menor las leucemias.

La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad y éste es uno de los factores que más afecta a la calidad de vida del paciente.

Con medidas sencillas, el dolor en el paciente con cáncer puede controlarse en un 90 a 95% en muy pocos días.

El dolor es una experiencia subjetiva, es una emoción. Por eso se oye decir muchas veces que el dolor no se puede medir, lo mismo que no se puede medir el amor, el miedo, etc.

En 1973, se crea la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (I.A.S.P. siglas en inglés), y proponen la siguiente definición de dolor

”Es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión presente o potencial, o descrita en términos de la misma”.

La importancia de esta definición es la aceptación del componente emocional y subjetivo del síntoma. Hasta entonces, no se aceptaba muy bien que pudiese existir dolor sin haber un daño tisular.

El dolor no es un mero acontecimiento fisiológico: es, a un tiempo físico, emocional, cognitivo y social.

El dolor que nosotros percibimos -la cantidad y la naturaleza de esta experiencia- no depende solamente del daño corporal. Está determinado también por las experiencias anteriores y por el modo de recordarlas, por nuestra capacidad de entender la causa del dolor y de apoderarnos de sus consecuencias. La misma cultura en la que crecemos tiene un papel esencial en el modo como percibimos y respondemos al dolor.

La percepción, la tolerancia y la respuesta ante el dolor no dependen únicamente de la función del estímulo nocivo o del daño en alguna parte de nuestro cuerpo, sino que están condicionados, además de por las características personales del individuo, por la experiencia pasada y por las creencias y expectativas propias y del núcleo social y cultural al que pertenecemos.

Podemos decir que el dolor es lo que la persona que lo sufre dice experimentar y, como experiencia emocional, se verá modificado por una serie de factores que modularán la vivencia o intensidad dolorosa.

Factores que aumentan el umbral del dolor:

- Sueño
- Reposo
- Simpatía
- Comprensión
- Solidaridad
- Actividades de diversión
- Reducción de la ansiedad
- Elevación del estado de ánimo

Esto significa que potenciando todos estos factores, el dolor va a disminuir. A algunos enfermos se les “*olvida*” el dolor cuando ven un partido de fútbol, una película interesante o tienen una visita entretenida.

Factores que disminuyen el umbral del dolor:

- Incomodidad
- Insomnio
- Cansancio
- Ansiedad
- Miedo
- Tristeza
- Rabia
- Depresión
- Aburrimiento
- Introversión
- Aislamiento
- Abandono social
- Soledad

Existen además determinados momentos especiales que tendremos que tener en cuenta, ya que pueden hacer variar la percepción del dolor:

- La noche
- El alta y el ingreso
- Los fines de semana
- El día que se dan malas noticias (diagnóstico, complicaciones, pronóstico)

Un enfermo que se encuentre en alguna de estas circunstancias, va a manifestar más dolor. Hay algunos pacientes que tienen muchos de estos problemas juntos, y su dolor es absolutamente intratable aún después de suministrar dosis increíblemente altas de morfina y, a veces, a pesar de realizar destrucción nerviosa química o quirúrgica.

Conociendo ahora los factores que modifican el umbral del dolor, deberemos actuar sobre ellos enérgicamente integrando a todos los componentes del equipo interdisciplinario.

II. Evaluación del dolor

En Uruguay el primer concepto que aprendemos cuando comenzamos la actividad médica hospitalaria, es la valoración del dolor mediante el ATILIEF.

Es una mnemotecnica que engloba todo lo que debemos conocer sobre el o los dolores de nuestros pacientes.

La valoración del dolor se completa con el examen físico y los exámenes paraclínicos adecuados.

Antes de proceder a evaluar el dolor, deberemos valorar el estado cognitivo del paciente.

Un paciente confuso no podrá aportar datos precisos sobre su situación y deberemos recurrir además al relato de los familiares, y apoyarnos más en el examen físico.

Debemos evaluar cuantos dolores tiene nuestro paciente, valorar cada uno de ellos por separado y proponer una estrategia terapéutica que los contemple.

La monitorización debe realizarse para cada dolor y hacer los ajustes necesarios.

Veamos toda la información que nos brinda la mnemotecnia ATILIEF

A: Aparición. Preguntar cuando apareció el dolor; con esta sencilla pregunta estaremos clasificando al dolor en:

- **Agudo:** aparición hace menos de un mes
- **Crónico:** aparición hace seis meses
- **Subagudo:** entre ambos períodos

T: Tipo. Valoraremos las características que presenta el dolor y lo podremos clasificar en:

- **Somático:** dolor de huesos, articulaciones y partes blandas. Es un dolor sordo, mecánico, que aumenta con los movimientos. Ejemplos: dolor de las metástasis óseas o infiltración cutánea por tumor, dolor por artrosis
- **Visceral:** dolor por compromiso de víscera hueca o maciza. El dolor por compromiso de víscera hueca es el clásico dolor tipo cólico (compromiso de vísceras digestivas, urinarias, ginecológicas). El dolor relacionado al compromiso de las serosas de las vísceras macizas puede ser un dolor tipo pesantez (hepato y esplenomegalia tumorales), tipo puntada de lado (compromiso pleural) o dolor retroesternal sordo que cede con posición mahometana (dolor pericárdico)
- **Neuropático.** Es el dolor por compromiso de estructuras neurológicas. Puede ser de varios tipos dependiendo los sectores que comprometa.
Neuropático Periférico: con distribución en guante o en calcetín, como pinchazos, ardor, quemazón, acompañado de alteraciones de la sensibilidad (parestesias o hipo/anestesia), y de hiperalgesia (presencia de dolor sin haber provocado un estímulo doloroso)
Radicular: dolor con distribución radicular tipo “*corriente eléctrica*”. Puede aumentar con maniobra de Valsalva.

I: Intensidad. Existen varios métodos para valorar la intensidad del dolor. Proponemos por su sencillez y efectividad, la Escala Numérica del 0 al 10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 el dolor más intenso. Es un método rápidamente incorporado por los pacientes en su lenguaje cotidiano.

Se considera dolor leve si es menor a 4, moderado de 4 a 7 e intenso si es mayor de 7.

Además de servir para la valoración inicial, es un excelente método de monitoreo de respuesta al tratamiento, y debe ser registrarlo en la historia clínica (ejemplo: dolor 5/10, 2/10).

Recordemos que un dolor de intensidad mayor a 7 puede considerarse una urgencia en Medicina Paliativa.

L: Localización. Este punto nos aporta el órgano afectado, y se suma al “Tipo” de dolor para hacer el diagnóstico.

I: Irradiación. Los dolores que tienen irradiación son:

- dolores radicales con distribución en nervios craneanos (por ejemplo neuralgia del trigémino), raíces cervicobraquiales (irradiación al plexo braquial), torácicas (irradiaciones “*en cinturón*”), o lumbar (irradiación a miembros inferiores)
- dolores viscerales: ya sea por la trayectoria del órgano (cólico nefrítico) como por tratarse de un dolor referido vinculado a las metámeras (irradiaciones del infarto de miocardio, dolor supraclavicular vinculado al compromiso pleural, etc.)

E: Evolución. En este punto debemos valorar la respuesta a todos los tratamientos instituidos hasta el momento, dejando constancia en la historia clínica de:

- nombre de los analgésicos empleados
- dosis
- vía de administración
- intervalos
- días de uso
- variación de la intensidad del dolor luego del uso.

Debemos erradicar la frase tan comúnmente hallada en las historias clínicas “*no responde a los analgésicos comunes*” que carece de contenido; en su lugar debemos incorporar los datos que anteriormente mencionamos y especificar nombre farmacológico del analgésico, dosis, intervalo, vía de administración y tiempo de uso.

De esta forma sabremos exactamente a que analgésicos el dolor no responde o si se trata de uso subóptimo de los mismos.

Además se deberá dejar consignado en la historia clínica los fenómenos que aumentan o disminuyen el dolor (posiciones, calor, frío, situación social, emocional, etc.)

F: Fenómenos Acompañantes. El dolor agudo se acompaña de síntomas neurovegetativos (sudoración, mareos, palidez cutánea), mientras que el dolor crónico se acompaña de insomnio, depresión, anorexia.

Luego del interrogatorio deberemos realizar un exhaustivo examen físico y valorar los exámenes paraclínicos que sean necesarios.

Con todos estos datos estaremos en condiciones de diagnosticar:

- Número de dolores que presenta el paciente, y en cada uno de ellos valorar:

1. Dolor crónico o agudo: por los días de evolución y los fenómenos acompañantes
2. Tipo: somático, visceral o neuropático
3. Intensidad: leve, moderado, severo
4. Órgano afectado
5. Causa del dolor: vinculado al tumor, a los efectos secundarios de los tratamientos recibidos, o a otras patologías
6. Respuesta a los tratamientos instituidos

III. Principios para el control del dolor. OMS

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto en 1986 un sencillo esquema para el alivio del dolor en el cáncer.

Los 5 principios propuestos son el uso de los analgésicos:

1. Uso de vía oral
2. En forma reglada “*reloj en mano*”
3. Mediante el uso de la escalera analgésica
4. De acuerdo al sujeto
5. Atento a los detalles

1. Uso de Vía Oral

Siempre que sea posible, usar la vía oral. “*Tomarse una pastilla duele menos que recibir una inyección*”

La vía oral ha demostrado que es eficaz y tiene múltiples ventajas sobre otras vías de administración más traumáticas. Cuando la vía oral no es utili-

zable, lo que suele suceder en las últimas horas o días de vida, disponemos de vías alternativas, sobre todo la vía subcutánea.

Si un enfermo que está recibiendo morfina por vía parenteral pretendemos pasarle a vía oral, habrá que hacer la correspondiente modificación de la dosis calculando la dosis equianalgésica. Obviamente debemos recorrer el camino inverso cuando pasemos de vía oral a parenteral.

2. Analgesia reglada “*reloj en mano*”

Los analgésicos hay que suministrarlos a horas fijas. “*El dolor crónico necesita una terapia preventiva*”.

Una regla de oro en el control de síntomas en pacientes de cáncer es que a “*síntomas constantes, tratamiento preventivo*”, y que uno de los síntomas más frecuentes de este tipo es el dolor. Sabemos que el dolor no va a desaparecer mientras persista el motivo que lo ha provocado, en este caso el tumor.

En el caso de un dolor constante, como es el provocado por el cáncer, hay que dar los analgésicos como la insulina a los diabéticos. A nadie se le ocurriría esperar a que un enfermo sufriese una crisis hiperglicémica o, peor aún, un coma diabético, para administrar insulina. Este fármaco se administra de forma regular precisamente para evitar que aparezcan estos problemas.

De idéntica manera daremos de forma regular los analgésicos al enfermo para evitar que aparezca el dolor.

El intervalo con que hay que administrar los analgésicos lo determina la duración de su efecto de cada uno de ellos.

Siempre dejar Dosis Extras o Dosis de Rescate: 10% de la dosis diaria analgésica para que el paciente se la administre entre dos dosis fijas, si tiene dolor

¿Por qué los analgésicos deben darse a horas fijas?:

- **Se evita la aparición del dolor.**

Hay que tener en cuenta que el dolor recuerda la enfermedad. El enfermo puede llegar a olvidar en muchos momentos su enfermedad mientras no tenga síntomas. La aparición de cualquiera de ellos, sobre todo el dolor, le recordará su padecimiento.

- **Se precisan dosis mayores.** Una vez que el dolor ha reaparecido, necesitaremos para controlarlo dosis mayores de las que utilizamos para prevenirlo.
- **El paciente pierde la confianza en el equipo.** La reaparición del dolor, sobre todo si es recidivante, puede llegar a abatir al enfermo y hacerle perder la confianza en sus cuidadores.
- **Se evita al paciente la responsabilidad de pedirlo**

En algunos casos, el enfermo puede hacerse el valiente, confiar en que el dolor se le pasará, etc. Otras veces puede no querer pedir un analgésico por no molestar (frecuente). Se debe evitar este tipo de situaciones y la mejor manera es darle los analgésicos a horas fijas.

- **Pacientes con miedo a la dependencia**

Muy frecuentemente por cierto, los enfermos temen hacerse adictos. Se les explicará, obviamente, con todo lujo de detalles que esa posibilidad no existe. Si le damos los analgésicos de forma fija, es más difícil que puedan pensar en este asunto.

- **Enfermeras con miedo a usar opioides**

En un piso cualquiera de un hospital o sanatorio, donde no se utilice con frecuencia la morfina, puede ser que las enfermeras le tengan miedo, sobre todo si nadie se ha molestado en enseñarles su manejo. Por eso es importante que el médico haya dejado ordenado, en la hoja de tratamientos, la pauta fija de morfina.

- **Escasez de enfermeras: retraso en el suministro.**

Entre que el enfermo puede tardar en pedirlo, la enfermera tardar en ir a la habitación cuando el enfermo llama y después tardar en llevarlo, puede transcurrir mucho tiempo. Nadie está acostumbrado, en su vida ordinaria, a tomar analgésicos sin tener dolor. Por este motivo, hay que explicar muy bien al enfermo la imperiosa necesidad de que los tome a horas fijas, aunque no tenga dolor. A veces cuesta trabajo que lo entiendan.

3. Uso de la escalera analgésica

Se trata de una escalera con tres peldaños que hacen referencia a analgésicos según su potencia progresivamente mayor.

- En primer lugar, se le prescriben al paciente los analgésicos del **primer escalón** (AINEs, PARACETAMOL).
- Si no mejora, se pasará a los analgésicos del **segundo escalón, opioides débiles** (CODEÍNA, TRAMADOL), combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario.
- Si no mejora el paciente, se pasará al tercer escalón, **opioides potentes** (MORFINA, OXICODONA, METADONA, FENTANILO), combinados con los del primer escalón, más algún coadyuvante si es necesario.

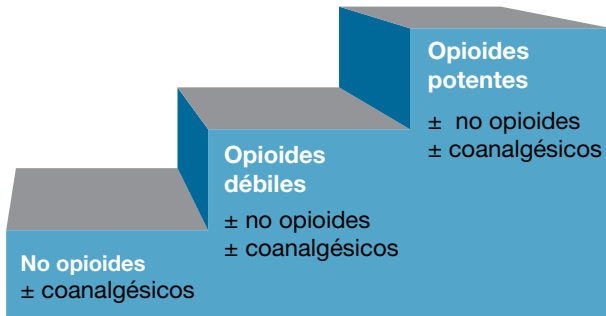


Figura 1: Escalera analgésica OMS

Como consecuencia de la evaluación global del dolor, el Prof. Gómez Sancho propone añadir a la escalera una “barandilla” o “pasamanos” para recordar, de forma gráfica, que además de ir aumentando la potencia del analgésico subiendo escalones, debemos “apoyarnos” en dicha barandilla (soporte emocional, comunicación, atención a los familiares).

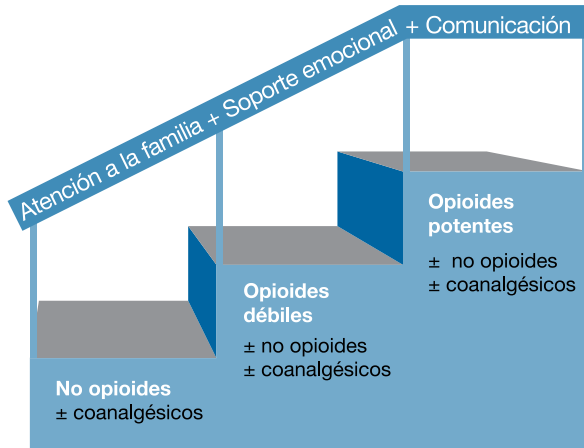


Figura 2: escalera analgésica OMS modificada Prof. Marcos Gómez Sancho

Hay casos aislados de enfermos terminales en los que hay que recurrir a técnicas antiálgicas más agresivas: bloqueos nerviosos, estimuladores eléctricos, catéteres, etc.

4. De acuerdo al sujeto “*Las dosis se regularán individualmente*”

Esta es una de las principales diferencias entre el abordaje del dolor agudo y el dolor crónico. Las dosis para controlar el dolor postoperatorio, o el dolor traumático, por ejemplo, serán muy similares de un enfermo a otro.

Sin embargo, nos podemos asombrar de las diferencias tan tremendas que puede haber en las dosis de analgésicos entre los enfermos con cáncer. Dos enfermos con idéntico tumor, que en teoría debe provocar un dolor similar, pueden necesitar, uno de ellos 40 mg de morfina diaria y el otro 100 para el control adecuado de su dolor. Esto se debe, como ya hemos explicado, a la gran cantidad de factores que pueden modular la percepción dolorosa de estos enfermos.

Desconocer este extremo tan importante ha conducido a muchos fracasos. Algunos colegas olvidan que las dosis de morfina pueden aumentarse casi indefinidamente y que cada enfermo tiene “*su dosis*”.

5. Atención a los detalles

Se deben valorar siempre las posibles interacciones medicamentosas, las vías de metabolización y eliminación de los fármacos (por ejemplo valorar función renal y hepatocítica cuando se indican opiodes), la existencia de hipertensión endocraneana o cuadros suboclusivos cuando se utiliza morfina, etc.

Valorar también preferencias del paciente, experiencias anteriores con el uso de algunos fármacos, creencias, mitos, etc.

IV. Otros principios generales del tratamiento del dolor

Cuando el enfermo dice que le duele, es que le duele

“El dolor propio siempre es insufrible y el ajeno siempre exagerado”

Muchas veces no tenemos la consideración suficiente ante las quejas de los enfermos.

“No es para tanto”, “Lo que pasa es que está usted nervioso”. Frases de esta índole es la respuesta que recibe muchas veces un enfermo que se queja de dolor, en vez de un analgésico de la potencia necesaria para aliviarle. Es importante recordar que nosotros no estamos ahí para juzgar al enfermo, sino para suprimirle o aliviarle el dolor.

La potencia del analgésico la determinará la intensidad del dolor y nunca la supervivencia prevista

“¿Cómo le vamos a empezar a dar morfina si todavía le queda un año de vida?”

Lamentablemente, no es raro escuchar este tipo de sentencias.

Lo primero que habría que considerar es lo arriesgado de establecer pronósticos de supervivencia. Nos hemos equivocado tantas veces a la hora de establecer dichos pronósticos (por exceso y por defecto) que preferimos no hacerlo.

Otra consideración, de mayor trascendencia, se refiere a que, aunque supiésemos a ciencia cierta que al enfermo todavía le queda un año de vida, no es motivo para no comenzar a dar analgésicos potentes desde este mismo momento si es necesario.

Los dolores intensos (por cáncer, traumatismo severo, isquemia, grandes quemaduras) requieren siempre analgésicos potentes.

Estos planteamientos son debidos al desconocimiento del manejo de estos analgésicos y que lleva a la falsa creencia de que a la larga no serán efectivos. Sospecho que muchos enfermos, por culpa de este error, han padecido de dolor durante semanas o meses y solamente han tenido el beneficio de recibir analgésicos enérgicos cuando estaban en fase agónica.

Los analgésicos forman parte de un control multimodal del dolor

Es imprescindible saber que el tratamiento analgésico forma parte de un control multimodal del dolor (*“la morfina enviada por correo, no es tan efectiva”*).

Mal camino lleva el médico si piensa que simplemente administrando analgésicos, aunque sean potentes, va a conseguir controlar el dolor de sus enfermos.

El tratamiento farmacológico del dolor, siempre e inexcusablemente, debe ir acompañado de medidas de soporte.

El enfermo debe ver en el médico a un interlocutor fiable en quien podrá confiar, que le transmitirá seguridad y amistad y con quien podrá establecer una relación honesta y sincera. Dentro de este contexto relacional, cuando se haya instaurado una relación médico-enfermo terapéutica, se podrá esperar el máximo efecto analgésico de los fármacos.

Por ello tiene razón C. Saunders cuando dice que *“gran parte de los dolores pueden ser aliviados sin recurrir a analgésicos, una vez que el médico se sienta, escucha y habla con el paciente”*. Aunque sólo la escucha no basta; hay que hacer un abordaje mixto.

Es imperativo actuar sobre una multitud de circunstancias que inevitablemente acompañan a la enfermedad terminal para poder tener éxito en el tratamiento del dolor.

Aparte de la localización del tumor y del estadio evolutivo de la enfermedad, el dolor dependerá mucho de una serie de factores individuales que pueden modificar de forma importante el umbral de percepción del dolor. Estos fac-

tores tienen una importancia muy grande y además, muchas veces, no se les tiene suficientemente en cuenta.

Generalmente son necesarios fármacos adyuvantes

Es muy frecuente tener que añadir a los analgésicos otros medicamentos, para lograr el adecuado control del dolor como ansiolíticos, algunos anti-depresivos (que además tienen efecto analgésico como se verá después), inductores del sueño, etc.

Los fármacos psicotropos no deben usarse por rutina

“El mejor psicofármaco es un médico atento y disponible”

Algunas veces por una larga historia de un dolor no controlado, otras simplemente por la enfermedad que el paciente sufre, la realidad es que muy frecuentemente en la primera consulta nos encontramos ante un enfermo “triste” y más o menos abatido.

Sería un error imponer un tratamiento con antidepresivos o ansiolíticos en esos momentos. Es más prudente, en general, esperar a que el enfermo tenga controlados los síntomas físicos (que puede ser la causa de su abatimiento), que se haya establecido una correcta relación terapéutica con él y que comprenda que va a recibir ayuda. Sólo después de esto, si en consultas sucesivas, su bajo estado de ánimo persiste y nos hace pensar en una depresión o ansiedad manifiestas, se instaurará un tratamiento con los psicofármacos adecuados.

Teniendo en cuenta estos aspectos psicológicos y emocionales, debemos evitar una de las tentaciones más frecuentes: psiquiatrizar a los enfermos. Los fármacos psicotropos no deben usarse por rutina.

No todos los dolores son aliviados por los analgésicos

En efecto, algunos dolores son más o menos resistentes a los analgésicos, incluidos los opioides potentes.

Estos dolores no controlados (menos del 5% de los casos) en general son dolores secundarios a una importante destrucción del sitio afectado (tumores que comprometen la piel y partes blandas, tumores óseos con un grado de destrucción importante de la arquitectura del hueso, etc.).

También pueden verse en personas con historias personales traumáticas.

En algunos casos habrá que utilizar coanalgésicos así como técnicas invasivas, y en otros recurrir a técnicas de psicoterapia implementadas por especialistas en la materia.

Jamás usar un placebo

Con los pacientes terminales, es ética y clínicamente inaceptable su utilización.

Muy a menudo los médicos prescriben los placebos, no para aliviar el sufrimiento, sino para demostrar que el dolor de un paciente no tiene base orgánica.

Se prescriben placebos a los enfermos que molestan o de los que se sospecha que exageran sus síntomas.

Hay escasa evidencia que sugiera que el dolor aliviado por un placebo no es real cuando se le compara con un dolor que no se alivia de dicha manera. De hecho, las pruebas sugieren exactamente lo contrario: por lo general, los simuladores y los adictos a narcóticos son menos susceptibles de mostrar alivio con placebos.

El uso de placebos en el tratamiento del dolor a menudo se acompaña de mayores riesgos que beneficios y puede afectar en forma grave la relación médico-enfermo.

Generalmente, el uso del placebo se debe a la falta de conocimiento y a la frustración que siente el médico al tratar de lograr analgesia.

El empleo de placebos empeora la relación médico-paciente y cuando éste lo descubre, lleva a la exacerbación de los síntomas, así como a generar un sentimiento de desconfianza y enojo.

No utilizar habitualmente medicamentos compuestos

Existen algunos preparados comerciales que contienen 2 y hasta 3 analgésicos distintos en la misma cápsula y con dosis muy bajas de todos ellos.

Siempre debemos procurar identificar el tipo de dolor que tiene el enfermo y suministrarle el analgésico específico que necesite para su control.

Hay algunas presentaciones comerciales que contienen mezclas adecuadas de fármacos (por ejemplo AINEs + Opioides débiles).

El problema que presentan es la diferencia entre la vida media de ambos fármacos, así como las dosis máximas; mientras en uno de los fármacos podemos estar en dosis adecuadas, en el otro pueden ser dosis tóxicas y generadoras de efectos secundarios importantes.

Siempre es preferible dar los fármacos por separado.

El uso de los analgésicos debe ser simple

El arsenal analgésico que podemos necesitar para tratar adecuadamente a los pacientes, no va más allá de 9 ó 10 fármacos. Es preferible conocer muy bien unos pocos esenciales, que tener un conocimiento superficial de todos o la mayoría de los existentes.

Conociendo los AINEs, codeína, tramadol, morfina, oxicodona, metadona y fentanilo, más coanalgésicos podremos manejarnos efectivamente en el control del dolor.

El insomnio debe tratarse de forma enérgica

Como hemos comentado, una noche en vela suele ser muy mala compañera para este tipo de enfermos. Pero es que, además, indirectamente va a afec-

tar al dolor. Después de una noche sin dormir, el enfermo estará cansado y el umbral del dolor disminuido.

Algunos enfermos tienen pánico a la noche y su insomnio es muy difícil de tratar, sobre todo en enfermos que padecen disnea y tienen miedo a morir asfixiados mientras duermen. El mejor tratamiento, en estos casos, suele ser la compañía tranquilizadora permanente.

Se puede, y con frecuencia se debe, mezclar analgésicos periféricos (por ejemplo AINEs) con analgésicos centrales (opioides)

Actúan por mecanismos de acción diferentes y potencian sus efectos analgésicos.

A veces es necesario internar al enfermo para controlar su dolor

La mayoría de los pacientes en asistencia ambulatoria (domicilio y consulta externa) pueden controlar su dolor efectivamente sin necesidad de ser internados.

Existen situaciones de excepción en las cuales hay que internar al paciente para controlar efectivamente el dolor, tales como:

- Cambio de tipo e intensidad del dolor, que requiera estudios paraclínicos para valorar etiología de posibles complicaciones (por ejemplo: fracturas)
- Cuando el paciente persiste con dolor no controlado a pesar de la prescripción de un tratamiento adecuado y se sospecha que la familia no administra adecuadamente la medicación
- Para realizar tratamientos analgésicos invasivos coordinados con Terapia del Dolor

V. Esquema general para el tratamiento del dolor

Tipo de dolor	Analgésico adecuado	Coanalgésico
Somático	AINes, Opioides débiles u Opioides Potentes (dependiendo de su intensidad)	Corticoides AINes
Visceral (víscera hueca)	AINes, Opioides débiles u Opioides Potentes (dependiendo de su intensidad)	Antiespasmódicos Corticoides
Visceral (víscera maciza)	AINes, Opioides débiles u Opioides Potentes (dependiendo de su intensidad)	Corticoides Corticoides si es necesario efecto antiinflamatorio
Neuropático	Opioides específicos: * Tramadol si dolor moderado * Oxidodona si dolor moderado-intenso * Metadona si dolor intenso	* Anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina) * Antidepresivos (amitriptilina, duloxetina) * Corticoides (si mecanismo compresivo)

Tabla 1: Esquema de tratamiento analgésico de acuerdo al tipo e intensidad del dolor

VI. Fármacos Analgésicos

MEDICAMENTOS DEL PRIMER ESCALÓN

Se analizará sólo el uso de los medicamentos en pacientes adultos en Medicina Paliativa.

1. Antiinflamatorios No Esteroideos

Acción: antiinflamatoria, analgésica y antipirética.

Ejercen su acción a través de mecanismos periféricos como la inhibición de la síntesis de prostaglandinas a través de su acción sobre la ciclooxigenasa (COX). Existen 2 formas de ciclooxigenasas, la COX-1 es constitutiva del organismo y se encuentra en estómago, riñón, plaquetas, etc. La COX-2 es inducible por el proceso inflamatorio.

Existen AINEs que inhiben selectivamente la COX-2 y presentan entonces menos efectos secundarios gástricos y plaquetarios.

Uso: dolor somático óseo por compromiso tumoral óseo, dolor articular, fiebre

Precauciones generales:

- Embarazo y lactancia
- Antecedentes de úlcera gastroduodenal
- Uso en pacientes asmáticos, con insuficiencia renal, con trastornos hematológicos, anticoagulados, con alteración de la función hepato-cítica

Efectos Adversos generales

- Irritación gástrica. Sangrado digestivo
- Trastornos hematológicos (serie roja, blanca, plaquetaria)
- Insuficiencia Renal

Los más usados en nuestro medio son:

Diclofenac. Existen 2 tipos de Diclofenac: Potásico (acción más rápida) y Sódico

- **Administración:** VO o IV. Por vía IV en infusión a pasar en 30-60 minutos
- **Dosis:** 50 mg VO cada 8 horas (acción rápida). Acción Retard 100 mg VO cada 24 horas
- **Presentación:** VO comprimidos o cápsulas de acción rápida y de acción retard, ampollas para uso IV

Ketoprofeno

- **Administración:** VO e IV
- **Dosis:** 50-100 mg VO cada 12 horas. Vía IV en infusión en 20 minutos
- **Presentación:** VO (acción rápida y retard) y ampollas para uso IV

Ibuprofeno

- **Administración** VO
- **Dosis:** inicial: 400 mg VO cada 8 horas. Máxima: 3200 VO mg/día

Ketorolac

- **Administración:** VO, IV, SC (único AINE apto para uso SC)
- **Dosis:** 10 a 40 mg, máximo por 3-5 días

También contamos con: Celecoxib, Etoricoxib, Flurbiprofeno, Indometacina, Meloxicam, Nabumetona, Naproxeno, Nimesulida, Piroxicam, Sulindac, Tenoxicam (orden alfabético)

2. Otros analgésicos no AINEs

Paracetamol

- **Usos:** Analgésico y antipirético

- **Precauciones:** insuficiencia hepatocítica
- **Dosis inicio:** 500 mg VO cada 6 horas
- **Dosis máxima:** 1.000 mg VO cada 6 horas.

Dipirona

- **Dosis inicio:** 500 mg VO cada 6 horas
- **Dosis máxima:** 3000 mg/día
- Precauciones: alteraciones hematológicas (leucopenia, plaquetopenia, anemia)

MEDICAMENTOS DEL SEGUNDO ESCALÓN

Codeína

Opiode natural

- **Usos:** Dolor somático o visceral de intensidad leve a moderada. Tos irritativa
- **Potencia analgésica:** es el opioide disponible en Uruguay con menor potencia analgésica
- **Dosis inicial:** 30 mg VO cada 4 horas
- **Dosis máxima:** 60 mg VO cada 4 horas
- **Presentaciones:** uso para VO

En Uruguay, en este momento, sólo existen presentaciones de codeína asociada con analgésicos AINEs.

Valorar dosis de codeína que se desea indicar y AINE/analgésico más adecuado y con menos efectos secundarios de acuerdo al paciente, para prescribir codeína.

- **Presentaciones comerciales:**
 - Codeína 30 mg + Ibuprofeno 400 mg. ® Perifar con Codeína.

Dosis recomendada: 1 comprimido cada 6 horas

Dosis máxima recomendada: 2 comprimidos cada 6 horas

- Codeína 50 mg + Dipirona 500 mg. ® Novemina con Codeína

Dosis recomendada: 1 comprimido cada 6 horas

- Codeína 50 mg + Diclofenac sódico 50 mg. ® Voltaren Forte

Dosis recomendada: 1 comprimido cada 8 horas

- **Efectos secundarios:** Estreñimiento, Náuseas y Vómitos (efecto tolerancia, desaparece en 48 horas)

Tramadol

Agonista opioide con doble mecanismo de acción (opioide débil más inhibidor de la recaptación de serotonina).

- **Uso:** Dolor somático y visceral de intensidad moderada. Dolor neuropático
- **Presentaciones** para uso por VO, IV, SC
- **Vida media/intervalo de acción:** 6 horas en presentaciones de acción rápida, 12 horas en presentaciones de acción prolongada
- **Equivalencia dosis VO /IV-SC:** 1:1 (igual dosis por todas las vías)
- **Dosis inicial:** 50 mg cada 6 horas VO, SC o IV
- **Dosis máxima:** 100 mg cada 6 horas VO, SC o IV
- **Efectos secundarios:** náuseas y vómitos, estreñimiento
- **Precauciones:** Insuficiencia renal y hepática (ajustar dosis), Tratamiento conjunto con IMAO
- **Presentaciones comerciales:**
 - Tramadol Comprimidos Oral 50 mg:® Calmol 50 mg, ® Cesalgin, ® Dalgion, ® Profundol 50 mg, ® Tramadol Ion 50
 - Tramadol Comprimidos Oral 75 mg:® Tramadol comprimidos Herix
 - Tramadol Comprimidos Oral Retard 100 mg: ®Dalgion LP
 - Tramadol gotas 50 mg/ml.:® Tramadol gotas Herix, Tramadol gotas 100 mg/ml:® Calmol gotas, ® Dalgion gotas, ® Profundol gotas, ® Tramadol Ion gotas

- Tramadol ampollas SC o IV 100 mg/2 ml:®Dalgion inyectable, ®Profundol 100 mg, ® Tramadol FU, ®Tramadol Inyectable Herix, ®Tramadol Ion 100
- Tramadol asociado a Paracetamol:Tramadol 37,5 mg + Paracetamol 325 mg. ® Dalgion Plus, ®Tolmus.

MEDICAMENTOS DEL TERCER ESCALÓN

Morfina

- **Usos:** Dolor somático o visceral intenso, Disnea refractaria (tratamiento sintomático, ver capítulo de disnea y sedación), tos irritativa, diarrea.
- **Efectos secundarios:** estreñimiento (frecuente y persistente), náuseas y vómitos (poco frecuente, desaparece con el uso), retención aguda de orina, aumento de hipertensión endocraneana.
- **Vida Media:** morfina de acción rápida, 4 horas; morfina de acción prolongada, 12 horas
- **Dosis Inicial:**
 - Si el paciente recibe opioides del segundo escalón, calcular dosis equianalgésicas y aumentar un 30% de la misma. Ejemplo, Tramadol dosis máximas (400 mg) son equivalentes a 60 mg de Morfina VO o 60 mg de morfina SC o IV
 - Si no recibe opioides, valorar posibilidad de inicio con opioides de 2º escalón.
 - Si el dolor es muy intenso, iniciar con dosis bajas, dejando siempre dosis de rescate.
 - Una dosis media para iniciar el tratamiento puede ser 60 mg/día VO (dividir cada 4 horas) o su equivalente parenteral 30 mg/día
 - Siempre dejar dosis extras o de rescate (10% de la dosis diaria total)
- **Dosis Máxima:** no tiene

- **Presentaciones**

- **Morfina VO:** hay presentaciones de Acción Rápida (AR) (comprimidos y solución) y de Acción Prolongada (AP) (comprimidos).
Iniciar con presentaciones de acción rápida hasta controlar el dolor. Luego pasar a Acción Prolongada cada 12 horas. Recordar no partir estos comprimidos de AP y dejar siempre dosis extras de AR.
- **Uso de Morfina parenteral:** preferentemente usar dispositivos de infusión continua, sino usar en bolos IV/SC cada 4 horas. La morfina SC no debe diluirse ni administrarse con anestésicos locales; no genera irritación

**Morfina, equivalencia de dosis Vía oral a vía SC o IV es 2/1 (por vía oral se requiere 2 veces más que por vía parenteral).
Importante para el cambio de vía de administración administración.**

Equivalencia (aproximada) 400 mg Tramadol = 60 mg Morfina VO, o 30 mg IV/SC

Equivalencia (aproximada) 120 mg Codeína = 10 mg Morfina

- **Presentaciones de acción rápida:**
 - Comprimidos ®Serenal 30 mg, ®Dimorf 30 mg
 - Solución por VO 1 ml equivale a 3 o 6 mg de morfina, respectivamente. Siempre medir con jeringa ®Licor de Brompton 300 y 600
 - Ampollas para uso SC e IV 10 mg/ml: ® Morfina Clorhidrato 1% Icu Vita, Dimorf 10 mg/ml, ®Morfina HCl 1%, ®Serenal Inyectable
- **Presentaciones de acción prolongada:**
 - Comprimidos: ®Sm Retard 30, ®Vendal Retard 30, ®Vendal Retard 60, ® Vendal Retard 100

Los mitos de la morfina

Muchos de los enfermos de cáncer y de otras enfermedades sufren dolor de distinta intensidad porque no se les suministran los analgésicos que precisan, tanto cualitativa como cuantitativamente. Ello se debe, en gran medida, a que tanto los profesionales de la salud como la población general tienen una serie de prejuicios acerca de los analgésicos opioides, de forma que no se utilizan o se utilizan de forma inadecuada e insuficiente. Aunque hablamos de la morfina, estos miedos son aplicables a todos los analgésicos potentes.

A continuación se enumeran algunos de los más frecuentes:

“Se hará un drogadicto”

Existe un gran temor por parte de muchos médicos de iniciar una dependencia a estos fármacos. Históricamente, no hay duda que, en algunas épocas, los médicos han tenido poca preocupación respecto a la capacidad generadora de dependencia de los opioides. Durante el siglo XIX, en los Estados Unidos se podían conseguir opioides, no sólo de médicos y farmacéuticos, sino también en tiendas de ultramarinos y almacenes; incluso se cultivaban amapolas en muchos estados, hasta que, en 1942, las leyes federales prohibieron su cultivo. Con la invención de la aguja hipodérmica, muchos médicos empezaron a utilizarla para “curar” el problema de adicción a opioides orales. Por desgracia, como era de imaginarse, se produjo una dependencia nueva y más intensa, aumentando el número de adictos a la morfina de forma muy importante.

La síntesis de la heroína (diacetil-morfina) en 1874 y su empleo subsecuente por Dresser en 1898 introdujo otro fármaco en el arsenal médico. Además, se pensaba que la heroína era más potente y menos tóxica que la morfina, sin sus efectos causales de dependencia. Fue talla publicidad alrededor de esta sustancia, que la Compañía Farmacéutica Bayer lanzó una campaña internacional para promover las ventas. La eficacia de esta campaña respec-

to al uso de heroína en los Estados Unidos puede destacarse por el hecho de que, en 1906, la Asociación Médica Americana (AMA) aprobó su empleo para uso general, recomendando la heroína como sustituto de la morfina para varios padecimientos dolorosos. En 1920 se establecieron con claridad los riesgos asociados al empleo de la heroína y la AMA decidió que se eliminara de la práctica médica.

La conciencia médica sobre los peligros de la morfina y la heroína, acompañada de la legislación federal que en 1924 prohibió la producción e importación de heroína a los Estados Unidos, y sanciones internacionales en 1925, hicieron que disminuyera de forma notable la prescripción de narcóticos.

El Comité de Expertos en Drogodependencias de la Organización Mundial de la Salud define así la situación de drogodependencia:

“Es un estado psíquico y a veces también físico, que resulta de la interacción de un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por reacciones comportamentales y de otro tipo, que incluyen siempre una pulsión a ingerir el fármaco de manera continua y periódica para experimentar el efecto psíquico y/o evitar el sufrimiento causado por su ausencia “.

Con arreglo a esta definición, dicho Comité garantiza que el consumo de morfina en enfermos de cáncer no supone un problema de drogadicción.

Por ejemplo, en la Universidad de Boston se analizaron 11.882 historias clínicas de enfermos que habían tomado morfina para controlar un dolor de diversa etiología; ninguno de ellos tenía antecedentes de abuso de drogas y solamente hubo problemas con un paciente. Por otra parte, en la Universidad de Wisconsin y el New York Hospital, se estudió a 10.000 enfermos quemados a los que se suministró morfina y sólo hubo 22 que tuvieron problemas posteriores (todos ellos con antecedentes de abuso de drogas). El comportamiento de la morfina es distinto cuando lo utilizan los “*drogadictos*” para escapar de la realidad, para obtener un efecto psíquico, que cuando se utiliza como analgésico. La experiencia diaria demuestra que cuando la morfina, por el motivo que sea, ya no le hace falta al enfermo, se puede suspender sin ningún problema. La única precaución que debemos tomar

es reducirla poco a poco si el paciente la tomaba desde hacía más de 3 ó 4 semanas (exactamente lo mismo que hacemos con otros fármacos, como corticoides, benzodiazepinas, etc.).

Hay varios estudios recientes llevados a cabo por autoridades sanitarias y policiales conjuntamente, que demuestran precisamente el hecho de que cuanto más aumenta en un país el consumo de morfina con fines médicos, más disminuye el número de muertos producidos por abuso de drogas.

Por tanto, los datos de que disponemos sugieren que la verdadera incidencia de dependencia a opioides inducida médicamente, cuando éstos se emplean de manera adecuada para el alivio del dolor intenso, resulta insignificante. Sin embargo, muchos médicos conservan este concepto erróneo y esto influye de forma negativa sobre el alivio del dolor.

En último extremo deberíamos reflexionar sobre el peligro de que se haga “*drugadicto*” un enfermo que tiene unas expectativas de vida tan limitadas.

“La morfina por vía oral, es inefectiva”

- Lo que sucede es que la morfina por vía oral se absorbe mal y ello obliga a duplicar, incluso triplicar, la dosis que daríamos por vía parenteral. Desconocer este extremo hace que algunos médicos o enfermeras se impresionen cuando oyen que a un enfermo le estamos dando 200 ó 300 mg diarios de morfina por vía oral. De hecho, durante miles de años, su uso -en forma de opio fue siempre oral. Miles de enfermos controlan su dolor todos los días con morfina oral en todo el mundo.

En páginas anteriores se ha explicado la relación de dosis de morfina oral con respecto a otras vías de administración.

Cuando la vía oral no se puede usar (vómitos persistentes, disfagia intensa, disminución de la conciencia, etc.), la vía alternativa de elección es la subcutánea. Actualmente, esta vía de administración parece muy exótica y desconocida, excepto para administrar insulina o heparina. Sin embargo,

cuando Lafargue, en 1838, introdujo por primera vez medicamentos debajo de la piel mediante una aguja con ranura lo primero que inyectó fue clorhidrato de morfina, la misma sustancia que utilizó A. Wood en 1853 con una jeringa Pravaz, en el que se considera el primer experimento practicado con método hipodérmico propiamente dicho.

“El paciente usará la morfina para suicidarse”

Conviene, en primer lugar, dejar bien claro que los pacientes de cáncer no se suicidan en mayor número que la población general. Por otra parte, no se ha comunicado ningún caso de que un enfermo haya utilizado la morfina para suicidarse. En nuestra experiencia, hemos tenido cuatro casos de suicidio en los casi quince mil enfermos cuidados (0,027%). Ninguno de ellos utilizó la morfina.

Por el contrario, puede ser más probable que se suicide si no se le da morfina. En un estudio reciente, se ha comprobado que los pacientes de si da con dolor, tienen el doble de posibilidades de tener ideas suicidas (40%) que aquéllos que no tienen dolor (20%).

“Si tiene la morfina en casa, se la robarán”

Hasta el momento, no se ha comunicado ningún caso en este sentido. Siempre que se habla de la morfina, pensamos en el submundo de la droga, asociado a la delincuencia y el contrabando. Este mundillo está muy lejos de un hogar anónimo donde un enfermo de cáncer tiene en su mesita de noche unos comprimidos de morfina.

Hay que considerar que el mercado clandestino afecta a la heroína, alucinógenos, cocaína y hachís fundamentalmente. La morfina es un producto desconocido en este medio, por lo menos en nuestro país. La policía incauta cada año cientos de kilos de las sustancias anteriormente citadas y, por ejemplo, en los últimos 5 años en Las Palmas no se ha incautado ni una sola dosis de morfina.

“Si a un paciente de cáncer le han prescrito morfina, quiere decir que está muriéndose”

Desgraciadamente, esta observación es, con frecuencia, cierta en el contexto en que está formulada. Con demasiada frecuencia, al enfermo sólo se le concede el beneficio de un analgésico potente cuando es moribundo. En tales circunstancias, el uso de la morfina (generalmente por vía parenteral), parece precipitar la muerte del enfermo, ya agotado y desmoralizado.

“Es una especie de muerto que vive”

En realidad, quienes están condenados a ser *“una especie de muerto que vive”* son aquellos enfermos a quienes no se les suministran los analgésicos adecuados. El uso correcto de la morfina, si no es demorado hasta que el enfermo esté agonizando, le permite vivir una vida más normal que sufriendo un dolor intenso. Una visita a cualquier Unidad de Medicina Paliativa demuestra la verdad de esta afirmación.

“La morfina provoca euforia”

Generalmente se confunde la euforia con la sensación de bienestar que experimenta el enfermo al ser aliviado de su dolor. Sucede que el enfermo estaba disfórico como consecuencia de su dolor y ahora le vemos en paz y más optimista.

Esta creencia deriva en parte de las obras literarias de escritores célebres que consumían opio o sus derivados. En su obra clásica *“Las Confesiones de opiómano inglés”*, Thomas de Quincy describió los placeres y los horrores de la adicción a los narcóticos. El poeta Samuel Coleridge por su parte escribió:

“El láudano me dio paz, no sueño; pero tú ya sabes, creo, lo divino que es la paz. ¡Un lugar de encanto, un vergel de fuentes, flores y árboles en el corazón de las arenas perdidas!”

Más modernamente, el célebre saxofonista Art Pepper describe su experiencia inicial con la heroína en StraightLife (A Story of Art Pepper):

“Sentí esa paz como un calor. Pude sentir cómo comenzaba en mi estómago. Desde todo el interior de mi cuerpo senti la tranquilidad. Fue tan relajante... Fue tan magnífico... Sheila dijo: “¡Mírate al espejo! Mírate al espejo!” Y eso es lo que ya había hecho siempre; me había mirado al espejo y me había hablado, diciéndome lo corrompido que era: “¿Por qué te detesta la gente? ¿Por qué estás solo? ¿Por qué eres tan miserable?”. Pero ahora pensé: “¡Oh, no! No quiero mirarme! No quiero desprenderme del sentimiento que me invade”. Tenía miedo de mirar al espejo y ver mi vida anterior ante mí, acabando con los sentimientos maravillosos que me invadían; pero el/a continuaba diciendo: “¡Mírate! ¡Mira tus ojos! ¡Mira tus pupilas!”. Miré al espejo y parecía un ángel. Miré mis pupilas y eran cabezas de alfiler; eran puntos pequeñísimos. Era como mirar en un universo de alegría, gozo y felicidad.

...Me miré a mí mismo y dije: “Señor... soy perfecto. Soy un ser completo y absoluto. No hay nada más que necesite... No necesito preocuparme por nada”. Había encontrado a Dios.

Me amaba a mí mismo y cada cosa de mí. Amaba mi talento. Había perdido el sabor amargo del sucio alcohol, que me había hecho vomitar, y los escalofríos que ascendían por mi espalda después de tomar LSD. Me miré al espejo y miré a Sheila y miré la heroína sobrante y, junto con unos billetes, la tomé y dije: *“Esta es la única respuesta para mí.”* Si esto es lo que hace falta, esto es lo que haré, pagaré lo necesario. Y supe que me arruinaría y supe que iría a prisión...

- Todo lo que puedo decir es que en aquel momento creí haber encontrado la paz mental. Inducida sintéticamente. A partir de entonces hice cualquier cosa, incluso comerciar con aquella miseria, *“para conseguir la felicidad”*. Hice cualquier cosa, y me convertí -si quiere utilizar la palabra en un *“yonki”*. Esa es la palabra que utilizan aún. Eso es lo que hice; y eso es lo que aún soy. Y de esa forma moriré..., como un *«yonki»*.

Contemporáneamente, el mito de las drogas ya había sido popularizado en todo el mundo por películas, libros, discos e, incluso, eventos

legendarios(muerte de ídolos juveniles, como Jimi Hendrix y Janes Joplin). Por lo que respecta a la heroína, un libro y un disco alcanzarían la categoría de verdaderos objetos de culto: la novela autobiográfica Yonqui (W. Burroughs), que se presentaba con una portada tan espeluznante como morbosa mente atractiva, y el LP Rock'n'Roll Animal (Lou Reed, 1974), que fue lanzado en el mercado discográfico español a finales de 1977, con un anuncio en la cubierta destacando que se trataba de la *“versión original íntegra incluyendo el tema Heroin”*.

Testimonios de este tipo han conducido a una falsa creencia acerca de los efectos de estos analgésicos. Ni las experiencias ni los estudios clínicos llevados a cabo con drogodependientes son aplicables a los enfermos que consumen morfina para controlar su dolor.

“La tolerancia se desarrolla rápidamente y al final ya no será efectiva”

Ésta es una creencia extraordinariamente frecuente. En efecto, con la morfina se produce el llamado fenómeno de la tolerancia. Esto quiere decir que habrá que ir aumentando la dosis paulatinamente para conseguir obtener el mismo efecto analgésico. Por este motivo hay mucha gente, médicos incluidos, que piensa que en los últimos momentos puede no ser efectiva. Esto puede explicar, como ya hemos dicho, que alguna vez escuchemos a algún compañero frases de este tipo: *“¡Cómo vamos a darle ya morfina si todavía le queda un año de vida!”* La primera consideración, evidentemente, es que no sabemos el tiempo que le queda de vida a este enfermo, que nos hemos equivocado muchas veces al establecer pronósticos de supervivencia. Pero, aunque supiéramos que queda ese tiempo por delante, no hay ningún motivo para postergar el uso de la morfina, que deberá comenzar exactamente en el momento en que sea preciso su uso, es decir, cuando los analgésicos del segundo escalón (opioides débiles) no sean ya efectivos.

De todas maneras, la morfina es el único analgésico, de los utilizados habitualmente en nuestro país, que no tiene el llamado *“efecto techo”* (dosis máxima a partir de la cual el medicamento ya no es más efectivo), pudiendo aumentarse las dosis, si fuese preciso, casi indefinidamente. Además, está

bien demostrado que cuanto más largo es el tratamiento con morfina, menor es el efecto de tolerancia.

La mayoría de las veces en que la dosis de morfina debe ser aumentada de forma importante, más que al fenómeno de tolerancia, se debe a uno de los siguientes motivos:

- Al progresivo crecimiento del tumor. Este hecho provoca un aumento del dolor que, lógicamente, requiere un aumento de las dosis de los analgésicos. Ésta es la causa más frecuente.
- Son muchos los factores que van a modificar el umbral del dolor de cada enfermo (otros síntomas no controlados, angustia, aburrimiento, aislamiento, cansancio, miedo, etc.). Unas necesidades psicológicas no reconocidas y/o no solucionadas, pueden hacer el dolor muy difícil de controlar, incluso con dosis muy altas de morfina.
- Cuando se trata de un dolor insensible o parcialmente sensible a la morfina y no se han añadido los coanalgésicos oportunos.
- Nunca debemos olvidar la posibilidad de que estemos ante un enfermo con un historial de abuso de drogas. Con enfermos de este tipo debemos de ser muy cautos. Corremos el riesgo de darle más analgésicos de los que pudiera necesitar o bien, *“como al fin y al cabo es un drogadicto”*, no darle los suficientes.

De todas formas, en contra de lo que mucha gente piensa, la mayoría de los enfermos se controla bien con una dosis diaria de morfina oral bastante baja. Para Twycross, la dosis diaria mediana de morfina oral es de 90 mg. En 1979, el 85% de los pacientes con cáncer avanzado en el Royal Victoria Hospital obtenían un adecuado control de su dolor con una dosis media de 133 mg de morfina oral diaria. Más recientemente, en este mismo hospital, un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los enfermos fallecidos a lo largo de los 6 primeros meses de 1993, revela que esta dosis media había descendido a 63 mg de morfina oral y 32 mg por vía subcutánea. Otros autores han comunicado resultados similares, con unos rangos de dosis media entre 22 y 117 mg para la morfina oral y entre 44 y 140 para la morfina por

vía subcutánea. En la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Dr. Negrín la dosis media de morfina es de 85,5 mg para la morfina oral y de 54 mg para la morfina subcutánea. En ocasiones, se necesitan dosis altas, incluso muy altas, pero son excepciones. Solamente en 41 enfermos de los 2.730 estudiados en aquel momento hubo que utilizar más de 500 mg (1,5%).

En contraste con todo esto, otros autores han descrito dosis mucho mayores, del orden de 300 a 523 como rango para sus dosis de morfina por vía subcutánea.

Existen muchas preguntas sin respuesta para poder explicar variaciones tan grandes de dosis de unos centros a otros y, dentro de un mismo centro, de una época a otra. Así, en nuestra Unidad, la dosis media de morfina oral ha caído de 147,6 mg en 1991 a los 85,5 citados en 1995. Aspectos culturales, estrategias de los profesionales, atención a aspectos psicoemocionales y sociales (psicólogos y trabajadores sociales en los equipos), atención a las medidas no farmacológicas, uso de coanalgésicos, etc. pueden hacer variar mucho las dosis de opioides y son el objeto de un estudio realizado recientemente. Tiene mucha importancia la adecuación del número de profesionales con respecto a la demanda asistencial. Decimos que nuestra tecnología es el tiempo y el espacio y nuestras mejores herramientas, la escucha y la palabra. Entonces, es fundamental disponer de tiempo suficiente.

“La morfina provoca depresión respiratoria”

Este miedo, muy frecuente, no tiene sentido cuando hablamos del uso de morfina oral para controlar el dolor en el enfermo de cáncer. Otra cosa muy distinta, donde hay que tener mucho más cuidado, es cuando se utiliza por vía endovenosa o cuando se trata de dolor postoperatorio. El dolor, recuérdese, actúa como antagonista fisiológico de los efectos depresores centrales de la morfina. Mientras un enfermo tenga dolor, nunca dejará de respirar mientras se va cuidadosamente titulando la dosificación de morfina.

Eso nos hace recordar que cuando a un enfermo que está tomando morfina para controlar su dolor, le suprimimos éste por otro medio (radioterapia en

una metástasis ósea, bloqueo nervioso neurolítico, etc.), tenemos que tener la precaución de disminuir las dosis de analgésicos.

La insuficiencia respiratoria previa, no supone una contraindicación para el uso de morfina; simplemente nos obliga a ser más prudentes con las dosis iniciales, que deben ser más bajas de las habituales, para luego ir aumentando progresivamente según la respuesta.

De todas formas es tranquilizador saber que disponemos de un antagonista puro de la morfina: el Naloxone, aunque nosotros, después de 20 años y de haber cuidado a casi quince mil enfermos, jamás hubo que utilizarlo.

De todo esto se deduce que la morfina, a las dosis adecuadas, con los intervalos precisos, en los enfermos en que está indicada y bajo control médico, no es peligrosa.

Eso no es óbice para utilizarla con prudencia. Ya Dioscórides, en el siglo I de nuestra era, preconizaba la moderación en el uso de la morfina:

“... Esta medicina quita totalmente el dolor, mitiga la tos, reprime los humores que destila la caña de los pulmones, refrena los flujos estomacales y aplícase con agua sobre la frente y sienes de quienes dormir no pueden. Pero tomándose en gran cantidad ofende, porque hace letargia y despecha”.

Reflexiones al momento de prescribir morfina

¿He consultado la tabla de dosis equivalentes para determinar la adecuada dosis inicial?

Siempre que el enfermo haya estado sometido a tratamiento con un opioide distinto, nos obligará a calcular la equivalencia con la morfina para indicar la dosis inicial correcta.

¿He prescrito un laxante?

A no ser que el enfermo tenga una colostomía o sea capaz de seguir una dieta con acción correctora, será preciso comenzar con laxantes desde el principio. A veces el hecho de tener una colostomía no garantiza la protección frente al estreñimiento (estar atentos). Estos enfermos a veces pueden hacer fecalomas altos.

Es frecuente que el enfermo nos diga que tiene algún laxante en casa que habitualmente le va bien, ya que quizás padezca estreñimiento más o menos crónico. Habrá que explicarle detenidamente que es probable que no sea suficiente en su situación actual y prescribirle laxantes adecuados. (*“La misma mano que prescribe un opioide, debe prescribir un laxante”*).

¿He prescrito un antiemético?

En todo caso, puede ser prudente prevenir en todos los enfermos durante 3-4 días y luego dejar a demanda en caso de náuseas o vómitos. Las náuseas o vómitos no suelen durar más de ese tiempo.

¿Debo prescribir un coanalgésico?

Un estudio y análisis riguroso del tipo de dolor del enfermo, nos indicará la necesidad o no de añadir algún fármaco de este tipo (antidepresivos, anti-convulsivantes, corticoides, etc.).

¿He indicado dosis extras de analgésico frente a la aparición de un dolor imprevisto?

Además de los analgésicos reglados, siempre debemos dejar dosis extras (10% de la dosis diaria total) para situaciones imprevistas que pueden ser resueltas rápidamente sin necesidad de intervención de los profesionales.

¿He transmitido esperanza en mejorar la situación en los próximos días?

Afortunadamente, la mayoría de las veces conseguiremos suprimir o disminuir de forma importante el dolor y el enfermo tiene que salir de la consulta con esta convicción. Un médico que sepa comunicarse bien con su enfermo y sobre todo, con seguridad en sí mismo (experto), será capaz de ello.

¿He dado disposiciones para una nueva cita, personalmente o a través de una enfermera especializada?

Vemos a los enfermos con mucha frecuencia, pero cuando instauramos un tratamiento con morfina, sistemáticamente le llamamos por teléfono a las 48 horas para comprobar tanto la eficacia del tratamiento (posible corrección de la dosis), como la eventual aparición de efectos secundarios.

¿He explicado al paciente lo que tiene que hacer si necesita ayuda o consejos antes de la próxima cita?

Suministramos a los enfermos una hoja informativa con el número de teléfono de nuestra Unidad y el número de teléfono para los casos de urgencia por las noches y fines de semana.

¿He advertido de los posibles efectos indeseables que pudieran aparecer?

Recordar que los más frecuentes (estreñimiento) deben ser prevenidos y que cuando aparece un síntoma, provoca mucho menos impacto si enfermo y familia contaban con la posibilidad de que apareciese. Recuerde la posibilidad de náuseas y vómitos, de somnolencia inicial y ante el aumento de dosis, la posibilidad de confusión o alucinaciones. Todo ello debe ser reportado rápidamente para que se adecúe el tratamiento (cambio de opioide, tratamiento de otras causas concurrentes, etc.).

¿He dado por escrito y con detalles suficientes cómo seguir el régimen farmacológico?

Escribir las indicaciones con letra clara o impresas (preferentemente), explicar lo que está escrito y comprobar que enfermo y/o familiares han comprendido lo que les hemos explicado.

OXICODONA

Agonista opioide puro con afinidad para receptores mu, y con mayor afinidad y especificidad para receptores kappa en cerebro y médula espinal

- **Usos:** dolor moderada-severa intensidad, dolor neuropático o articular. Rotación por efectos secundarios de morfina
- **Presentación:** comprimidos de liberación controlada 10 mg. Inicio de acción a la hora y se mantiene por 12 horas (**no partir**)
- **Dosis de Inicio:** 10 mg cada 12 horas
- **Dosis Máximas:** no tiene
- **Efectos Secundarios:** menor intolerancia digestiva alta y estreñimiento que morfina
- **Potencia Analgésica respecto a Morfina Oral:** Doble
- **Marcas Comerciales:**
 - @Oxycontin

METADONA

Opioide sintético

- **Usos:** dolor intenso, dolor neuropático. Rotación por efectos secundarios de morfina
- **Vida Media** variable entre 8 y 72 horas

- **Dosis Inicial:** variable dependiendo si es inicio de tratamiento o rotación.
- **Forma de Iniciar:**
 - **Paciente virgen de opiodes:** Iniciar con 2,5 a 5 mg cada 8 12 horas VO. Monitorizar
 - **Si recibe hasta 100 mg de morfina/día,** calcular relación metadona: morfina oral 4-7:1; dividir dosis de morfina entre 4-7
 - **Si recibe más de 100 mg morfina/día,** calcular relación metadona: morfina oral 10; dividir dosis diaria de morfina entre 10
 - En los dos últimos casos, rotar de morfina a metadona en 3 días.
 - **Día 1:** iniciar reducción de morfina
 1. Disminuir 33% de dosis diaria de morfina
 2. Dividir la dosis diaria restante cada 4 horas (si venía recibiendo morfina de acción rápida) o cada 12 si era de acción prolongada.
 3. Indicar metadona calculando la equivalencia para el 33% de morfina que se retiró. Convertir de acuerdo a dosis de morfina que venía recibiendo.
 4. Dividir la metadona en dos tomas cada 12 horas.
 - **Día 2:** se hace lo mismo que el día 1 con la dosis restante de morfina
 1. Disminuir 33% de dosis diaria de morfina
 2. Dividir la dosis diaria restante cada 4 horas (si venía recibiendo morfina de acción rápida) o cada 12 si era de acción prolongada.
 3. Indicar metadona calculando la equivalencia para el 33% de morfina que se retiró. Convertir de acuerdo a dosis de morfina que venía recibiendo.
 4. Dividir la metadona en dos tomas cada 12 horas.

- **Día 3:** se completa la rotación
- 1. Calcular el equivalente de metadona a la morfina restante
- 2. Dividir en dos tomas diarias la metadona
- 3. Siempre dejar dosis de rescate
- **Dosis Máxima:** no tiene
- **Potencia analgésica** respecto a Morfina Oral: 4 a 10 veces más potente, dependiendo de la dosis
- **Efectos secundarios:** menos estreñimiento que morfina. Neurotoxicidad
- **Control estricto** personal o telefónico las primeras 72 horas por efectos neurológicos y respiratorios
- **Presentaciones**
 - Comprimidos 10 mg birranurado
 - Marcas Comerciales: ®Mytedom, ® Metagesic

FENTANILO

Opioide sintético

- **Usos:** dolor intenso, tratamiento de mantenimiento y rotación de opioides

No usar si dolor no controlado, ya que inicia su acción entre las primeras 12-24 horas.

- **Vida Media 72 horas.** Los parches mantienen su acción por 3 días
- **Forma de Inicio:**
 - Si recibe morfina y se decide rotación: consultar dosis equianalgésicas de acuerdo a tabla. Mantener morfina por 12 horas mientras comienza su efecto dosis

- Si no recibe morfina y tiene el dolor controlado: iniciar con parches de 25µgr/h. Recordar que las primeras 12 horas hay que superponer un analgésico de acción rápida
- **Dosis Máxima:** no tiene
- **Potencia analgésica respecto a Morfina Oral:** 100 veces más potente
- **Efectos secundarios:** mucho menos estreñimiento que morfina
- **Presentaciones.** Parches 25µgr/h y 50 µgr/h
- **Marca Comercial:** ®Durogesic

Tabla de conversión Morfina-Fentanilo	
Morfina oral (mg/día)	Fentanilo TTS (microgr/h)
Hasta 134 mg/día	25
135 a 224 mg/día	50
225 a 314 mg/día	75
315 a 404 mg/día	100

Tabla 2: Conversión Morfina VO a Fentanilo parches

- **Precauciones y contraindicaciones:**
 - Se explicará detalladamente al paciente y familia como funciona el parche
 - No debe usarse para el control del dolor agudo.

- El parche se aplicará sobre la piel evitando zonas muy pilosas. Si fuera necesario se puede cortar el vello con una tijera, **no afeitar** para evitar escoraciones.
- Cada nuevo parche se colocará en una zona de piel distinta a la del parche retirado.
- El calor sobre la zona del parche (manta eléctrica, baño de agua caliente, etc.) y la temperatura corporal de $>38^{\circ}\text{C}$ puede producir un incremento en la liberación de medicamento desde el parche.
- La sudoración profusa dificulta la adhesividad del parche. Se puede sujetar poniendo esparadrapo solo por los bordes del parche.

DOLOR IRRUPTIVO

Es el episodio doloroso que aparece sobre un dolor de base controlado (intensidad menor o igual a 3)

En general es un dolor incidental, vinculado a movimientos, por ejemplo dolor somático óseo que aumenta con movimientos.

El fármaco de elección debe ser de fácil manejo, rapidez de actuación, reproduciendo el pico de dolor. El ideal es fentanilo transdérmico oral, que en nuestro país no se encuentra disponible por el momento

De acuerdo a la intensidad y tipo de dolor puede usarse VO o SC.

Fármacos para el dolor irruptivo disponibles en Uruguay:

- Tramadol acción rápida comprimidos, gotas o ampollas
- Morfina acción rápida comprimidos, solución, ampollas

Lamentablemente en Uruguay al momento actual, no contamos con Fentanilo transmucoso oral, presentación de primera elección para esta situación por la rapidez de acción.

VII. COANALGÉSICOS

Son una serie de medicamentos que se pueden utilizar conjuntamente con todos los analgésicos y alguno de ellos incluso son el tratamiento de elección en algunos tipos de dolor: Corticoides, Antidepresivos, Anticonvulsivantes.

CORTICOIDES. Usos en Cuidados Paliativos

Usos generales: Aumenta el apetito y la sensación de bienestar.

Usos específicos:

- Hipertensión endocraneana
- Compresión radicular
- Compresión Medular
- Dolor óseo
- Dolor visceral
- Compresión vena cava superior

Efectos secundarios:

- Digestivos (gastritis, sangrados)
- Insomnio (no dar de noche)
- Predisposición a infecciones: candidiasis oral y otras
- Eleva las cifras de presión arterial y glicemia (control estricto)

Formas de presentación comercial y dosificación:

- **Dexametasona:**
No tiene actividad mineralocorticoide y por tanto no produce retención hidrosalina.
 - Comprimidos 8 mg: ®Corodex 8, ®Dinedrox 8
 - Comprimidos 20 mg: ®Corodex 20, ®Dinedrox 20

- Inyectable 4mg/1ml: ®Corodex inyectable, ®Dexa ION 4mg, ®Dexametasona
- Inyectable 8 mg/2ml: ®Dexa ION 4mg, ®Dexametasona

- **Deflazacort:**

- Comprimidos 6 mg y 30 mg: ®Azacortid, ®Dispeskort, ®Servicort

	DOSIS EQUI-VALENTE mg	POTENCIA GLUCO	POTENCIA MINERALO	VIDA MEDIA
DEXAMETASONA	4	25	0	36 a 54
PREDNISONA	20-25	4	0,8	18 a 36
DEFLAZACORT	30-40	4	0,5	20 a 36
HIDROCORTISONA	100	1	1	8 a 12
METILPREDNISOLONA	20	5	0,5	18 a 36

Tabla 3: Equivalencia en mg entre los distintos corticoides y sus efectos

El más utilizado es la dexametasona por su potencia.

Dosis orientativas:

- En procesos menores, como la fiebre, la sudoración, anorexia, etc., se puede utilizar de 2 a 4 mg diarios de dexametasona.
- En procesos mayores, como el síndrome de compresión medular o el síndrome de la vena cava superior, se pueden dar de 16 a 24 mg diarios.

ANTIDEPRESIVOS

Los que más se utilizan por su efecto analgésico en dolor neuropático son Amitriptilina y Duloxetina.

I. Amitriptilina

Esquema de dosificación de la Amitriptilina como coanalgésico		
Dosis	Ancianos	Jóvenes
25 mg/noche	1ª semana	1er día
50 mg/noche	2ª semana	2º a 4º día
75 mg/noche	3ª 4ª semana	5º a 21º día
100 mg/noche	5ª 6ª semana	3ª 4ª semana
150 mg/noche	7ª 8ª semana	5ª-6ª semana

Tabla 4: Esquema de dosificación de la Amitriptilina como coanalgésico:

La amitriptilina tiene un efecto ventana en algunos pacientes, por el que su acción disminuye con dosis medias y vuelve a actuar con el incremento de la dosis. El efecto se observa a los 3-4 días y hay que esperar 4 semanas para retirarlo por falta de eficacia. Hay que explicar al enfermo que este medicamento no se lo recomendamos como psicofármaco, sino como analgésico.

- **Presentaciones**
 - Comprimidos 10 mg: ®Sarotex
 - Comprimido 25 mg: ® Amitie, ®Sarotex

II. Duloxetina

Se recomienda como codyuvante en el dolor neuropático a dosis de 60 mg/día en una sola dosis, alejado de los alimentos.

- **Presentaciones**
 - Comprimidos 30 y 60 mg: ®Alacir, ®Duxetin

ANTICONVULSIVANTES

Se utilizan como coadyuvantes en el dolor neuropático. El anticonvulsivante clásico es la Carbamacepina.

Actualmente se utilizan sobre todo Pregabalina o Gabapentina,

I. Pregabalina

- **Dosis de inicio:** 75 mg de noche. Ir aumentando cada 3 días.
- **Dosis Media:** 150 mg/día
- **Dosis Máxima:** 600 mg/día
- **Presentaciones**
 - Comprimidos 25 mg, 75 mg y 150 mg y 300 mg: ®Gavin, ®Lyrica, ®Martesia, ®Nova, ®Prebictal, ®Pregax

II. Gabapentina

- **Dosis media:** 900 mg/día
- **Dosis máxima:** 3600 mg/día
- **Presentaciones:**
 - Comprimidos 300 y 400 mg: ®Dineurol, ®Gaba, ®Gabapentina, ®Gabictal, ®Gal-toben, ®Neurontin
 - Comprimidos 600 mg: ®Gabapentina, ®Neurontin

Síntomas Digestivos

I. Anorexia

Es la pérdida de apetito que incluye la disminución de la ingesta asociado o no a cambios catabólicos consecuentes (caquexia por pérdida de masa muscular y grasa).

La presentación simultánea de ambos síntomas da origen al Síndrome Anorexia – Caquexia, frecuente en los pacientes en las últimas semanas de vida.

Causas principales:

- Progresión lesional
- Intolerancia digestiva alta (náuseas y vómitos)
- Presentación de porciones abundantes en paciente con repugnancia
- Síndrome de aplastamiento gástrico por visceromegalias o tumora-ciones compresivas, que determina plenitud precoz
- Tumores exofíticos o ulcerados en la bucofaringe
- Estreñimiento crónico
- Alteraciones de la boca: micosis orofaríngea, mucositis, aftas, úlceras
- Dolor no controlado de cualquier origen
- Alteraciones metabólicas: disonías (ej: hipercalcemia), insuficiencia renal o hepato-cítica
- Fármacos (ej. quimioterápicos)
- Ansiedad y depresión
- Olores extremadamente fuertes vinculados a la preparación alimenticia

Tratamiento

I. Medidas generales:

- Preparación adecuada de los alimentos. Servir comidas a gusto del paciente, con presentación llamativa y en porciones pequeñas, frecuencia fraccionada
- Evitar la preparación de los alimentos delante de los pacientes para evitar aromas no deseados
- Higiene bucal diaria y varias veces en el día, manteniendo la boca húmeda y limpia

II. Medidas farmacológicas:

El uso de fármacos es de utilidad transitoria y con escaso impacto sintomático.

Dexametasona (2-4 mg/diarios).

- **Presentación:**
 - Corodex® 1mg 8 mg, Dinedrox® 8mg

Precaución: por más baja que sea la dosis debe haber monitorización ocasional con glicemias capilares y examen de la orofaringe ante la aparición de candidiasis. Recordar iniciar la toma en la mañana y no en la noche para no generar o agravar el insomnio.

Acetato de Megestrol.

- **Presentación:**
 - Megace®, Megastrol®.

Normalmente, este medicamento se utiliza por sus efectos secundarios vinculados a aumento de peso y del apetito. La dosificación es de 160 mg, 2 a 3 veces al día. Necesita de 1 a 3 meses de tratamiento para observar si mejora o no el apetito.

Precaución: utilizar con cautela en pacientes con predisposición trombo-embólica previa

Tanto los corticoides como el acetato de megestrol tienen un efecto transitorio, no insistir en combatir la anorexia.

Equipo y Familia deben tener presente que la anorexia en un momento de la enfermedad pasa a ser un síntoma definitivo e irreversible en todo paciente con enfermedad neoplásica avanzada.

II. Estreñimiento

Es la defecación infrecuente, menos de tres veces por semana, generalmente con heces duras y secas.

Causas:

- Inactividad, reposo
- Nutrición deficiente.
- Entorno no habitual, falta de privacidad
- Ingesta hídrica pobre/Deshidratación.
- Astenia tumoral: debilidad
- Síntomas físicos no controlados: dolor, disnea, etc.
- Causas orgánicas: sección medular, infiltración sacra, masas pélvicas, patología anorrectal maligna o benigna (patología hemorroidaria)
- Fármacos: opioides, anticolinérgicos, antidepresivos, antiparkinsonianos, fenotiazinas
- Alteraciones Metabólicas: hipercalcemia, uremia, hipotiroidismo

Complicaciones:

- Puede generar dolor abdominal o agravar otro dolor preexistente, pero además exacerbar otros síntomas ya existentes o bien generación de otros (náuseas, anorexia, malestar gral., ansiedad)
- Fecaloma /impactación fecal
- Intolerancia digestiva alta
- Obstrucción intestinal. El fecaloma se puede transformar en una masa intraluminal que impida la normal evacuación intestinal.
- Diarrea por sobreflujo. Es la llamado pseudo-diarrea por sobre flujo lateral al fecaloma
- Asociación de síntomas urinarios como globo vesical/ incontinencia

Tratamiento

Siempre prever la aparición de estreñimiento si hay factores predisponentes. Es más eficaz la prevención, que el tratamiento cuando el síntoma ya está instalado.

I. Medidas generales

Dependiendo de la situación funcional del paciente

- Hidratación adecuada
- Alimentos ricos en fibras
- Estimular la actividad física en lo posible
- Revisión de la prescripción médica diaria identificando fármacos que puedan generarlo o agravarlo

II. Medidas Específicas

Siempre indicar laxantes junto a opioides. Elegir el laxante de acuerdo al mecanismo de estreñimiento predominante, o usar de varios tipos.

Existen cuatro tipos de laxantes:

1. Lubricantes

Permite el paso de agua a la masa fecal, reblandeciéndola. Son los más usados para la constipación habitual no vinculada a los opioides, en asociación con estimulantes, sobre todo cuando el paciente relata heces duras.

- **Vaselina, parafina líquida**
- (Pentolax1 ®, Sualax NF ®)

2. Osmóticos Salinos y No Salinos

Aumentan la presión osmótica a nivel de la luz intestinal, aumentando el paso de agua hacia la misma. Estarían indicados si no hay respuesta en la asociación de estimulantes y lubricante y sobretudo en paciente con toma de opioides con estreñimiento con heces duras.

Precaución: pueden agravar dolor cólico pre existente,

- **Salinos: Sales de Magnesio** (hidróxido,sulfato,cloruro):
- Enemol ®, Fleet ®
- **No Salinos: Lactulosa** (disacárido semisintético):
- Lactulón®, Lactulax ®

3. Estimulantes del peristaltismo

Aumentan el peristaltismo intestinal. Son los más usados en la disfunción intestinal asociada al uso de opioides

Precaución: No utilizar en caso de sospechar una obstrucción intestinal.

- Bisacodilo oral
 - (Dulcolax ® 5 mg, Suadolin ® 5 mg al acostarse)
- Bisacodilo Supositorios
 - (Suadolin ® 10 mg)
- Glicerina (presentación en supositorios)
- Picosulfato sódico
 - (Dulcolax® en gotas y en perlas, Orvilax ® gotas, Gotalax ® gotas, Suadolin® gotas)

4. Laxantes Formadores de volumen

Aumentan el volumen de la masa fecal.

Precaución: Este tipo de laxantes no es efectivo en los pacientes con cáncer avanzado y debilidad ya que pueden agravar el síntoma sobretodo en pacientes tratados con opioides.

- Psyllium : laxante de origen vegetal
 - (Plenum ®)
- Asociación de varias fibras vegetales
 - (Normacol®)

EFEECTO A LAS 24 HRS	A LAS 48-72 HRS	A LOS 5-7 DÍAS
Estimulantes del peristaltismo	Laxante osmótico	Formadores de volumen

Tabla 5: Laxantes

En situación de agonía es frecuente la impactación fecal o fecaloma, debe tratarse solo si causa disconfort o bien causa o exacerba un síntoma como el delirium.

En caso de tratamiento realizar medidas rectales sencillas, supositorios o enemas de bajo volumen con analgesia y sedación posterior sobre todo si se acompaña de extracción manual.

III. Náuseas y Vómitos

Las náuseas son una sensación desagradable subjetiva referida a la parte alta gastrointestinal y definida como la sensación de vómito inminente.

El vómito es la expulsión del contenido gastrointestinal a través de la boca.

Causas

Estímulo de receptores implicados a nivel central:

- Centro del vómito: hipertensión endocraneana (tumor primitivo de SNC o metástasis), compromiso meníngeo (carcinomatosis, meningitis), radioterapia craneana
- Zona quimio-receptora o gatillo (“*trigger*”): en esta zona actúan opioides, citotóxicos, disionías, acidosis, uremia, insuficiencia. hepatocítica, toxinas bacterianas / fiebre
- Estímulo de centros corticales superiores: ansiedad

Estímulo de receptores periféricos (vagal)

- Distensión gástrica, síndrome de aplastamiento gástrico
- Gastroparesia
- Distensión intestinal, impactación fecal
- Irritación de mucosa esofágica gástrica (esofagitis, gastritis)
- Irritación peritoneal
- Compromiso mediastinal
- Tos

Causas por las que la morfina puede inducir al vómito:

- Administración oral demasiado dulce (en presentaciones en suspensión jarabes)
- Estimulación de la zona trigger quimiorreceptora (vía a través de la cual estimula el centro del vómito)
- Retraso del vaciamiento gástrico (gastroparesia)
- Aumento de la presión intracraneal
- Estreñimiento
- Disfunción vestibular

Los vómitos ocasionados por los opioides, especialmente la morfina, generalmente desaparecen a las 48 / 72 hrs. de iniciado el tratamiento, por lo que en ese plazo debe prescribirse junto a la antieméticos.(ej: metoclopramida)

Tratamiento

Medidas Generales

- Suspensión transitoria de VO
- Al retomar la VO tener en cuenta:
 - Presentación adecuada de alimentos
 - Alimentos frescos (helados, cremas, flanes, gelatinas)
 - No forzar la ingesta
 - Evitar el contacto con aromas fuertes
 - Cuidados de la boca (tratamiento de micosis)
 - Si se prescriben opioides prescribir al menos inicialmente antieméticos

Tratamiento Farmacológico

ANTIEMÉTICOS. Lineamientos Generales para su uso:

- Dar profilácticamente en aquellos pacientes en los que se van a comenzar a utilizar los opioides y, sobre todo, en aquéllos que tengan antecedentes de náuseas y vómitos.
- Cuando se dan como tratamiento de los vómitos, usar vía IV o SC
- Identificar el mecanismo de los vómitos, y usar el antiemético indicado; en ocasiones puede combinarse antieméticos con distinto mecanismo de acción.
- Puede asociarse a fármacos no primariamente antieméticos como ser corticoides y ansiolíticos. Ambos pueden potenciar el efecto antiemético de los fármacos originales. También se conoce el efecto antiemético de antihistamínicos del tipo de la prometazina.
 - (Fenergan®).

Los antieméticos se clasifican según su mecanismo de acción.

1. Acción a nivel de la zona trigger quimiorreceptora (ZTQ)/centro del vómito
2. Acción a nivel periférico predominantemente en el tracto gastrointestinal
3. Antagonistas 5-HT 3 (antiserotoninérgicos – efecto central)

1. Acción a nivel de la zona trigger quimiorreceptora (ZTQ)/centro del vómito

Son las Butirofenonas (Haloperidol) y las Fenotiacinas (Levomepromazina)

HALOPERIDOL (SC, VO)

- **Acciones:** antiemético, ansiolítico, antipsicótico.
- **Características principales:**
 - Vida media de más de 16 horas, por lo que se puede dar normalmente una vez al día.

- Antiemético de elección cuando el vómito está provocado por estímulo central
- El efecto antiemético se puede lograr con 1 mg de haloperidol
- **Presentaciones:**
 - Gotas 2mg / ml: (Haloperidol ®, Haldol ®)
 - Comprimidos de 1, 5 mg y 10 mg (Haldol ®, Akroperidol ®, Haloperidol ®)
 - Ampollas de 5 mg/ml (Akroperidol ®, Haldol ®)
- **Dosificación:**
 - Iniciar como tratamiento antiemético siempre por vía SC
 - En infusión continua a dosis de 2,5-5 mg/día en infusión continua, o dividido en dos administraciones en bolo SC , si no se dispone de infusión continua SC

LEVOMEPRMACINA (VO, SC, IV)

- **Uso:** se utiliza en aquellos vómitos de causa central y es una alternativa al haloperidol cuando el paciente está muy ansioso o angustiado, debido a que tiene un mayor poder de sedación.
- **Dosificación:** de acuerdo a la edad del paciente, al tratamiento previo, y a los efectos secundarios.

Iniciar con dosis bajas (6,25 ó 12,5 por dosis)

- **Presentaciones:**
 - Ampollas de 25 mg/ml (Nozinan ®)
 - Comprimidos de 25 mg (Nozinan ®, Nidrane ®)

2. Acción a nivel periférico predominantemente en el tracto Gastrointestinal (en aferencias vagales)

Son las Ortopramidas: Metoclopramida y Domperidona

Acciones:

- Aumentan la motilidad del esófago
- Aumenta la presión del esfínter esofágico inferior
- Favorece el vaciamiento gástrico
- Aumenta la dilatación pilórica
- Disminuye el tiempo de tránsito en el intestino delgado, aumenta la frecuencia de las contracciones en el duodeno
- Si bien tiene su principal acción a nivel periférico también tiene efectos centrales

METOCLOPRAMIDA

- **Dosificación:** 10-20 mg cada 6 horas. Uso como antiemético por vía parenteral
- **Presentaciones:**
 - Solución (5 ml = 5 mg).
 - Gotas (2,6mg/ml)
 - Comprimidos de 10 mg
 - Ampollas de 10 mg/ 2ml Uso IV/ SC
- **Efectos secundarios:** reacción extrapiramidal, sedación, somnolencia, hipotensión postural
 - Nombre comercial: Primperan ®, Caillomida ®, Revalidan ®, Legir ®, Celit®

DOMPERIDONA

- **Dosificación:** 10-20 mg cada 6 horas
- **Presentaciones:**
 - Comprimidos 10 mg
 - Suspensión (5 ml=5 mg).
 - Gotas (10 mg/ml)
 - Ampollas (10 mg/ml) uso IV
- Marcas comerciales: Motilium®, Domper®, Eucitrón®, Domplexal®

Ventajas respecto a la Metoclopramida: no atraviesa la barrera hemato-encefálica, y por lo tanto, tiene menos posibilidades de dar reacciones extrapiramidales.

3. Antagonistas 5-HT 3 (antiserotoninérgicos – efecto central)

ONDANSETRÓN

- **Dosis:** 4 a 8 mg cada 8 hrs. Uso como antiemético por vía parenteral
- **Presentaciones**
 - Comprimidos de 4 y 8 mg.
 - Ampollas 4ml/2ml, 8mg/4ml. Uso IV / SC
- Marcas Comerciales: Zofran®, Quimiofran®, Setron®, Emivox®, Ondasetron®

IV. Candidiasis Oral

Infección oral micótica, producida la mayoría de las veces por *Cándida Albicans*. Compromete inicialmente mucosa lingual, yugal, encías, paladar blando y duro. Se puede extender a laringe y faringe pudiendo en casos más severos prolongarse al esófago.

Causas favorecedoras

- Sequedad de la boca / Deshidratación
- Corticoterapia
- Utilización de antibióticos
- Tratamiento con radio y quimioterapia

Formas clínicas:

- Pseudomembranosa aguda: placas blanquecinas, suaves y húmedas en los lados de la boca. Si se levantan, aparece la mucosa con erosiones y sangrado
- Hipertrófica aguda: con las mismas características que la anterior, pero cubriendo el dorso de la lengua.
- Atrofia aguda: caracterizada por dolor en el dorso de la lengua, con ardor. Mucosa bucal seca y roja. Sin placas blanquecinas.

Tratamiento

- Cuidados de la boca (ver capítulo correspondiente).
- Tratamiento Tópico

Miconazol (Daktarin Gel ®) uso tópico en mucosa lingual y yugal, con aplicación, enjuague y posterior deglución eventual, 3 a 4 veces al día

- Tratamiento Sistémico: indicado en la micosis orofaríngea severa o candidiasis esofágica

Fluconazol (Fluconal®, Sistemic®, Trifulcan®, Fluconazol Icu® 50, 100, 200 mg). Es un antimicótico de acción sistémica cuya dosis es de 100 mg por 7 a 10 días VO. En pacientes con recurrencia se puede dar dosis diarias de 50 mg día trisemanal o 150 mg semanal

De persistir la clínica, está indicado **Itraconazol**, 100 mg día por 10 días

V. Diarrea

Puede aparecer aproximadamente en un 10% de los pacientes con cáncer avanzado.

Causas

De todas las causas que pueden producir este síntoma en los enfermos con cáncer avanzado, el 90% de las veces se produce por:

- Desajuste en la utilización de los laxantes
- Utilización de antibióticos por infecciones concurrentes
- Impactación fecal con sobreflujo (pseudo-diarrea)
- En pacientes en tratamiento oncoespecífico, puede ser manifestación adversa de quimioterápicos o radioterapia (enteritis química/ rádica)
- Disabsortivas (resultado de resecciones, entero anastomosis, lesión pancreática)

Tratamiento

Medidas Generales

Procurar abundantes líquidos por la vía que mejor tolere el paciente

Dieta anti diarreica (exenta de fibras y azúcares)

Tratamiento Farmacológico

Opioides:

- Loperamida (Fadal®, Imodium®) inhibidor del peristaltismo intestinal. Se presenta en forma de comprimidos de 2 mg y gotas. Por vía oral, no tiene efecto sobre el SNC
- Morfina, se usa por su efecto secundario, preferentemente si se requiere su uso como analgésico; dosis inferiores a las analgésicas

Antiespasmódicos: si se acompaña de dolor cólico abdominal

Reconstituyentes de la flora bacteriana: Bacilor®

Crema de bismuto: 15ml/1gr cada 3 a 4 hrs hasta normalización del tránsito

Antibióticos no absorbibles: Sulfatiazol (Eftiazol® Eftalin®) Rifaximina (Rifaxol®)

Asociación de antibióticos no absorbibles y antidiarreicos: Neo Entero Fos-falum ®, Talipectim®

En caso de esteatorrea: enzimas pancreáticas (Creon 1000®)

Vinculada a patología hepatobiliar: Colestiramina

En enteritis rádica se puede asociar corticoterapia / sulfamidas

VI. Oclusión Intestinal Maligna

Proceso que impide la evacuación del contenido digestivo por obstrucción de la luz o alteraciones de la motilidad intestinal.

Frecuencia global de 3 a 15 %. Se asocia como complicación en cánceres digestivos (10 a 28%) y ginecológicos (20 a 50%).

Edad promedio oscila en los 60 años, más frecuente en mujeres.

En 22 % coincide el debut del cuadro con el diagnóstico de enfermedad avanzada

Afectación de intestino delgado 60%, colon 40%, ambos 20%.

Puede ser única o múltiple, completa o parcial (crisis sub-oclusivas)

Una vez instalada, si no hay tratamiento específico la sobrevida es corta (promedio 9 semanas).

Presentación clínica:

Síntomas sub agudos: náuseas, vómitos (de intensidad y aspecto variables según topografía de la obstrucción), hipo, detención del tránsito para materias y gases parcial (permanente o crisis subintrantes), dolor nociceptivo visceral (tipo cólico o continuo al evolucionar).

Signos: distensión abdominal, timpanismo difuso, ruidos hidroaéreos aumentados y en la evolución disminuidos, deshidratación

Diagnóstico: Clínico

Se confirma con RX simple de abdomen de pie y acostado/acostado con rayos tangenciales, RX contrastadas, TAC – RMN. **Valorar la pertinencia del estudio de acuerdo al estado del paciente y el grado de reversibilidad del cuadro.**

Generalidades del abordaje terapéutico

- Valoración individualizada. Considerar:
 - Status funcional
 - Estado general del paciente
 - Extensión lesional de la enfermedad
 - Posibilidad de tratamiento oncoespecífico
 - Terreno / comorbilidad
- Decisiones multidisciplinarias (cirujano, oncólogo, paliativista, voluntad del paciente y familia)

Alternativas terapéuticas

1. Valorar posibilidad de tratamiento de base

- Cirugía: Derivaciones digestivas, para un único nivel oclusivo sin carcinomatosis peritoneal en pacientes con buen estado funcional

- Colocación de stent: único nivel oclusivo y apto para aquellos pacientes con mal terreno quirúrgico. Riesgos menores de perforación y migración.

2. Tratamiento Médico

El objetivo es el control sintomático. Control de náuseas, vómitos y dolor mediante el uso combinado de fármacos: antieméticos + analgésicos (dependiendo de la intensidad del dolor) + antisecretores (butilioscina) + corticoides

Por la vía que ofrezca menor agresividad y mayor confortabilidad para el paciente y su familia: de elección vía SC.

Antisecretores

N butil bromuro de hioscina: fármaco anti secretor y espasmolítico. No utilizar asociación de hioscina con dipirona, clonixinato de lisina ni propinoxato ya que no se pueden usar por vía SC.

- Dosis de hasta 160-240 mg día (ampollas de 20mg/ml para uso SC/IV).
- Marcas Comerciales: Bupasmol®, Buscapina®, Butilioscina®

Escopolamina: Acción anticolinérgica con acción sedativa asociada. No disponible en Uruguay

Octeotride: análogo de la somatostatina; efecto antisecretor efectivo y prolongado.

Combinaciones sugeridas en infusor elastomérico SC o IV:

Cuadros Suboclusivos

Metoclopramida + Hioscina + Dexametasona + Analgésico (Tramadol o Morfina)

Los neurolépticos pueden utilizarse cuando la metoclopramida no logra control sintomático

Oclusiones completas sin posibilidad de reversibilidad en etapa de vómitos fecaloideos: sedación (ver capítulo correspondiente)

Otras Consideraciones

- Hidratación: valorar su indicación de acuerdo a cada paciente; en ocasiones es un dilema terapéutico. Su no indicación exige explicación a familiares y/o paciente
- Sonda nasogástrica: uso restringido a situaciones puntuales (sobre todo en paciente con chance quirúrgica)
- Nutrición parenteral: indicación sólo si el paciente es candidato a cirugía paliativa con la finalidad de recuperar estado nutricional

Síntomas Respiratorios

I. Disnea

Es la sensación subjetiva de dificultad respiratoria, y constituye uno de los síntomas con más alto impacto emocional para el paciente, familia y equipo asistencial.

Junto con el dolor, encabezan la lista de problemas clínicos más frecuentes en los pacientes en etapa final de su enfermedad.

Su incidencia es variable, entre 20-70% de todos los pacientes con cáncer avanzado; en los tumores broncopulmonares, es cercana al 70%.

Su incidencia aumenta a 80 % en los pacientes en los últimos días de vida.

La disnea es un síntoma; debe diferenciarse de taquipnea (o polipnea) e hipoxemia.

Puede haber disnea con o sin taquipnea, o disnea con o sin hipoxemia.

Causas de disnea

Habitualmente es de etiología multifactorial.

Analizar siempre el origen de la disnea, valorar la pertinencia del estudio de acuerdo al estado del paciente, y siempre buscar y tratar las causas reversibles.

La disnea puede deberse:

Al cáncer:

- Sustitución pulmonar por tumor o metástasis
- Linfangitis carcinomatosa
- Atelectasia por obstrucción bronquial
- Derrame pleural neoplásico
- Síndrome de obstrucción de la vena cava superior
- Disnea restrictiva por ascitis masiva
- Debilidad muscular por afectación sistémica de la enfermedad en etapa terminal

Al tratamiento:

- Neumonectomía
- Radioterapia y/o quimioterapia (producen disnea por estimulación de mecanismos inflamatorios determinando neumonitis o fibrosis pulmonar, esta puede aparecer en forma tardía)

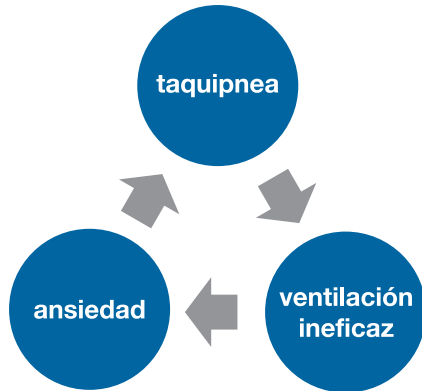
Enfermedades concurrentes

- Embolia pulmonar
- Infecciones
- Derrame pericárdico
- Insuficiencia cardíaca
- EPOC
- Anemia
- Ansiedad

Crisis de disnea

Se forma un círculo vicioso de taquipnea-ventilación ineficaz-ansiedad, perpetuándose así la sensación de sed de aire.

Constituye una urgencia paliativa, y si se da en el contexto de una disnea refractaria puede estar indicada la sedación paliativa.



Tratamiento

Medidas Generales

- Tranquilizar al paciente rompiendo con el círculo vicioso de disnea-ansiedad.
- No abandonar nunca al enfermo, transmitir seguridad y tranquilidad
- Favorecer corrientes de aire: habitación aireada y/o ventilador cerca del paciente
- Detectar y evitar factores que desencadene crisis de disnea.
- Adaptabilidad del medio domiciliar u hospitalario a las necesidades del paciente

Tratamiento Específico

- Anticoagulación
- Corticoides: están indicados en caso de linfangitis carcinomatosa, obstrucción bronquial, neumonitis post-radica. Se recomienda Dexametasona 8-16 mg/día VO o SC.
- Oxigenoterapia: es un tema controversial. Está claramente indicado cuando se demuestra hipoxemia (mediante técnicas no invasivas como oxímetro de pulso), al igual que en la linfangitis carcinomatosa.

Tratamiento sintomático de la disnea

Habiendo identificado y tratado las causas reversibles, la persistencia de la disnea lleva al tratamiento sintomático en base a opioides y/o benzodiacepinas.

- **Morfina**

La morfina se usa como tratamiento sintomático de la disnea, cuando no existen causas reversibles a tratar, y con el único objetivo de mejorar la sensación de sed de aire.

Morfina actúa descendiendo la frecuencia respiratoria por disminución de la sensibilidad de los quimio receptores a la hipercapnia e hipoxia, disminución de la precarga; actúa también sobre el girus angularis con disminución de la ansiedad que produce la propia disnea.

La morfina utilizada a dosis y vías adecuadas y adaptadas a los requerimientos del paciente no genera depresión respiratoria

Se sugiere la siguiente pauta:

- Si el paciente ya estaba tomando morfina, aumentar la dosis en un 50%.
- Si no estaba tomando morfina, se puede comenzar por 2.5-5 mg cada 4 horas VO (o su equivalente SC, dependiendo de la intensidad de la disnea y del estado del paciente). Siempre prescribir dosis ex-

tras (10% de la dosis diaria total), lo que permitirá lograr un control sintomático de la disnea individualizada para cada paciente. Ajustar dosis e intervalos si hay insuficiencia renal o hepática.

Para el uso de morfina por VO a dosis bajas se recomienda la presentación en solución (3 mg = 1ml, 6 mg = 1ml).

- **Presentaciones morfina:**

- Solución: Licor de Brompton FU 300®, 600®, Dimorf 10 mg/ml®
- Comprimidos Serenal 30 mg Comprimidos®
- Inyectable 10 mg: Morfina Clorhidrato 1% Icu Vita®, Morfina HCl FU 1%®, Serenal Inyectable®

- **Midazolam**

Se utiliza fundamentalmente en crisis de disnea que se acompañan de mucha ansiedad asociada a la dosis de morfina que el paciente ya venía recibiendo

Se puede usar por vía SC; se inicia con dosis bajas de 2,5-5mg y se ajusta según respuesta clínica. Es hidrosoluble lo cual lo hace apto para uso SC y con un rápido inicio de acción.

- **Presentaciones:**

- ® Dalam, ®Dormicum 15 Inyectable, ®Dormizolam 15, ®Farmadom 15 mg Inyectable, ®Midazolam Icu Vita 15 mg Inyectable, ®Midazolam Larjar, ®Midazolam 15 Dr. Gray.

La disnea puede transformarse en una urgencia en Medicina Paliativa y ser una indicación formal de sedación paliativa (ver apartado de Sedación Paliativa)

II. Tos

Es otro de los síntomas respiratorios que se produce con frecuencia en estos enfermos. Su incidencia es de un 50% en los pacientes con cáncer avanzado y 80% si el cáncer es broncopulmonar.

Puede llegar a ser un síntoma muy molesto para el paciente y su familia y cuando es persistente puede desencadenar otros síntomas como insomnio y dolor.

Causas

Debidas al cáncer:

- Por un proceso de irritación traqueal, bronquial, pleural, pericárdico y/o del diafragma
- Fistula traqueoesofágica
- Linfangitis carcinomatosa

Debidas al tratamiento:

- Fibrosis post radioterapia

Concurrentes:

- Tabaquismo
- Asma, procesos alérgicos
- EPOC
- Insuficiencia cardiaca
- Infecciones
- Broncoespasmo
- TEP
- Fármacos

Tipos de Tos:

- Seca: irritativa, no productiva
- Productiva: en casos de debilidad, el paciente puede no expectorar

Tratamiento

Analizar etiologías probables, y desencadenantes

Tratamiento Sintomático

Se usan diferentes tipos de fármacos:

- Expectorantes, aumentan el volumen de las secreciones bronquiales y estimulan su eliminación
- Mucolíticos, alteran la viscosidad del moco facilitando su expulsión
Para el uso de expectorantes y mucolíticos se requiere que el paciente expectore eficazmente y tenga una ingesta hídrica adecuada
- Antitusígenos de acción central, bloquean el reflejo de la tos. Indicados en la tos irritativa

Codeína. En nuestro medio sólo contamos con codeína asociada a diversos AINES, asociación apta cuando existe tos seca irritativa y dolor.

- **Dosis:** 30-60 mg cada 6 horas (hay que adaptar la dosis a la vida media de los AINES)
- **Presentaciones:**
 - Codeína/Ibuprofeno (® Perifar con Codeína), Codeína/Dipirone (® Novemina con Codeína Comprimidos, Novemina con Codeína Forte), Codeína/Diclofenac (® Voltaren Forte).

Etilmorfina: gotas

- **Dosis:** de 10-20 mg cada 6 hs (1ml=20 gotas)
 - 10 mg /ml ® Nidiona Gotas.

III. Hipo

Es un reflejo respiratorio patológico caracterizado por el espasmo del diafragma, que da lugar a una inspiración rápida asociada con un cierre brusco de la glotis.

Causas

- Distensión gástrica
- Reflujo gastroesofágico
- Irritación diafragmática
- Irritación del nervio frénico
- Tumor cerebral
- Infección (otitis, meningitis, neumonías basales con irritación del diafragma)
- Alteraciones hidroelectrolíticas, uremia, hipopotasemia e hipocalcemia
- Algunos fármacos: corticoides, quimioterápicos, benzodiazepinas, más raramente como efecto adverso algunos antibióticos (ej. gentamicina y metronidazol)

Tratamiento

Siempre que sea posible, realizar tratamiento etiológico.

Tratamiento Sintomático: supresión central del reflejo del hipo.

- **Baclofeno**, es el más estudiado e indicado. Dosis inicial de 5 10 mg vo cada 12 hs hasta 20 mg cada 8 hs VO.
 - ® Baclopert 10 mg y 25 mg ® Diafen 10 mg y 25 mgSe puede asociar a Gabapentina en dosis de 900 a 1200 mg/día.
- **Metoclopramida** 10 mg cada 6 hs VO/sc.
- **Haloperidol** en dosis de 1.5 a 3 mg VO/día.
 - Comprimidos de 1 mg: ® Haldol 1 mg, ® Haloperidol

- **Clorpromacina:** 10-25 mg hasta cada 6-8 hs.
 - comprimidos ® Clorpromax 25 y 100, ® Neurogel 100 mg.
- **Levomepromazina:** 6,25 mg dosis inicial que se podrá indicar cada 6-8hrs según tolerancia y necesidad
 - Comprimidos de 25 mg Nozinan ®, Nidrane®
- **Valproato Sódico:** en caso de hipo por tumor cerebral 500-1.000 mg al acostarse
 - Comprimidos ® Valcote Sprinkle, ® DI Dpa 250, ® Valcote 250 mg, ® Valnar 250 y 500, ® DI DPA 500, ®Valcote 500 mg, ® Dan, ®Dan 400
 - Bebible: ®Dan Jarabe, ® Dpa Jarabe

IV. Estertores agónicos / Premortem

Es un sonido estertóreo producido por la oscilación de las secreciones que se observa en los pacientes agónicos por la broncoplejia asociada.

Hablar del tema con los familiares cuando el paciente entra en etapa agónica, explicar que no genera disconfort al paciente.

Iniciar el tratamiento farmacológico precozmente. No aspirar. Reducir o interrumpir el aporte de sueros ya que puede exacerbar los estertores.

Tratamiento farmacológico

Esta indicado el uso de anticolinérgicos (butilhoscina) por vía parenteral, de elección SC.

Butilhoscina:

- **Dosis:** Iniciar 20 mg cada 6 horas SC/IV, u 80 mg/día en infusión continua SC/IV. Aumentar si es necesario hasta 120 mg/día o 240 mg día
- **Presentación:**
 - Inyectable: ® Bupasmol Inyectable, ® Buscapina Ampollas, ® Butilhoscina FU).

Síntomas Neuropsicológicos

I. Insomnio

Es la dificultad para conciliar el sueño (insomnio de conciliación) o mantenerlo (insomnio de mantenimiento)

Se observa en la mayoría de los pacientes con enfermedad avanzada.

Es un problema que no sólo va a afectar al paciente, sino también de manera importante a su familia y cuidadores.

Causas:

- Fisiológicas: exceso de luz o ruido, nicturia, cambio del ritmo del sueño, etc.
- Psicológicas: todos los síntomas que influyen en el estado anímico (ansiedad, depresión). Miedo a dormir y morir en la noche.
- Síntomas no controlados: dolor, disnea, vómitos, diarrea, incontinencia, etc.
- Farmacológicas: varios medicamentos pueden producirlo (diuréticos, corticoides, cafeína, simpaticomiméticos, etc.)

Actitud ante el paciente con Insomnio

Evaluar tipo de insomnio (de conciliación o de mantenimiento), buscar la causa, y si es posible tratarla.

El insomnio asociado al dolor no controlado desaparece al controlar el dolor.

Medidas generales:

- Aumentar la actividad diaria, si es posible
- Evitar estimulación ambiental excesiva (luz, ruidos, temperatura)
- Ambiente tranquilo y música agradable, técnicas de relajación
- Facilitar la comodidad del paciente, promover la compañía
- Informar al paciente, evacuar dudas, brindar contención y dar seguridad que podemos tratar el síntoma para mejorar su calidad de sueño

Tratamiento farmacológico

Se utilizan las benzodiazepinas y las imidazopiridinas.

La elección del fármaco depende del tipo de insomnio y factores farmacocinéticos teniendo precaución en el anciano y si hay disfunción hepática.

• Insomnio de Conciliación

Se prescribirán fármacos de vida media corta y sin metabolitos activos: zolpidem o lorazepam.

- **Zolpidem:** hipnótico no benzodiazepínico de acción rápida y vida media breve. Dosis de inicio 5-10 mg VO
- **Lorazepam:** de elección en insuficiencia hepática. Dosis de inicio: 1mg VO
- **Melatonina:** inductor fisiológico del sueño útil en el anciano por su baja toxicidad. Dosis de inicio 3 mg. VO
- **Midazolam:** rápido inicio de acción. Constituye una alternativa por vía parenteral cuando la vía oral no es posible. Dosis de inicio por VO 7,5 mg. Por vía SC o IV 2,5 a 5 mg.
- **Eszopiclona:** hipnótico no benzodiazepínico con escaso efecto residual. Tener en cuenta en aquellos pacientes en los cuales se debe evitar las benzodiazepinas (apnea del sueño, miastenia gravis) y aquellos con factores de riesgo para instalar delirium o deli-

rium instalado ya que puede precipitar o agravar el cuadro. Dosis de inicio 1 a 2 mg día VO

- **Insomnio de mantenimiento**

Prescribir fármacos con una vida media larga:

- **Flunitrazepam** a dosis de 1 mg vía oral
- **Clonazepam** a dosis de 0,5 mg vía oral.

Cuando el insomnio se asocia a ansiedad puede ser útil el alprazolam.

II. Delirium

Estado confusional agudo que resulta de una disfunción cerebral difusa.

Es un trastorno frecuente en cuidados paliativos (más frecuente cuanto más avanzada está la enfermedad) y a pesar de que indica un mal pronóstico de sobrevida en un porcentaje de pacientes, puede mejorar si se busca la causa que lo produce.

Clínicamente se caracteriza por instalación aguda, fluctuación a lo largo del día, déficit de atención, alteración en el nivel de alerta, desorientación, afectación de la memoria, alteración en el lenguaje, labilidad afectiva, pensamiento desorganizado, alucinaciones, en ocasiones agitación psicomotriz con agresividad

El desarrollo de Delirium involucra la interrelación entre:

- **Factores predisponentes:** edad, deterioro cognitivo, alteraciones metabólicas, polifarmacia, alcohol, drogas, déficit sensoriales
- **Factores precipitantes:** insuficiencia de órgano, infecciones, anemia, hipoxia, disionías, deshidratación, fármacos, metástasis cerebrales, accidente cerebrovascular

El diagnóstico de delirium es clínico, y se evalúa con la anamnesis y examen físico.

Solicitar exámenes si corresponden, de acuerdo al estado del paciente, valorando siempre el beneficio potencial (reversibilidad del cuadro) versus la complicación de realizar estudios.

En el delirium que se instala en la agonía no pedir estudios paraclínicos.

Tratamiento

Medidas Generales

- Se debe brindar consejo y contención a la familia.
- Propiciar un ambiente tranquilo, explicar lo que está ocurriendo y como cuidarlo.
- Facilitar la reorientación (reloj, calendario, fotos familiares)

Tratamiento Farmacológico

- Siempre que se pueda, realizar el tratamiento etiológico de la causa identificada.
- Retiran los fármacos no indispensables y que potencialmente puedan agravar el cuadro
- En un paciente en el que se sospecha neurotoxicidad por opioides se rota de opioide, se disminuye la dosis y se hidrata.

El tratamiento sintomático debe ser precoz con fármacos neurolépticos.

- **Neurolépticos típicos:** Haloperidol (VO, SC) y Levomepromazina (VO, SC, IV) que bloquean receptores dopaminérgicos.
- **Neurolépticos atípicos:** Risperidona y Quetiapina; son más selectivos y con menos efectos extrapiramidales. Disponibles solo VO. Más recomendables para usar en la población anciana.

A veces en casos de mucha agitación se puede asociar una benzodiacepina.

La elección de cada fármaco se realiza en función de cada paciente, edad, patología y severidad de los síntomas.

- **Haloperidol:** se puede administrar VO, SC
Dosis de inicio: 2,5 mg
Dosis máxima 100 mg. A dosis menores (a veces a 20 mg/día) ya pueden verse efectos extrapiramidales
Presentación comprimidos, gotas, ampollas SC
- **Levomepromacina:** en caso de que el haloperidol no sea efectivo y se busque un efecto más sedativo
Dosis de inicio 12,5 mg a 25 mg por cualquier vía
Presentaciones: comprimidos, ampollas IV o SC
- **Quetiapina:** útil en los trastornos conductuales de la Demencia y el Parkinson. Dosis de inicio 25 a 50 mg
Dosis máxima 300 mg
- **Risperidona:** Tiene un perfil de seguridad más favorable.
Dosis de 0,25 a 3 mg día
- **Benzodiacepinas:** indicadas en Delirium precipitado por abstinencia alcohólica y en crisis de agitación refractarias a los neurolepticos
De elección Midazolam por su vida media corta y buena absorción por vía subcutánea.

En algunos casos de delirium refractario con el tratamiento protocolizado puede ser necesaria la sedación (ver capítulo correspondiente).

Síntomas Urinarios

I. Incontinencia urinaria

Es la incapacidad del paciente para retener la orina. En el control de la micción intervienen básicamente:

- Músculo detrusor que determina la contracción de la vejiga y su vaciamiento
- Musculatura lisa del trigono, configurando por su avance posterior hasta la uretra posterior, el esfínter uretral interno
- Esfínter uretral externo (músculo estriado, voluntario) y musculatura perineal

A su vez las fibras sensitivas desde la médula espinal ascienden a la corteza cerebral y desde ahí, a través de fibras descendentes es posible inhibir la micción de manera voluntaria.

El mecanismo fisiológico de la micción está dado por la contracción del detrusor y relajación del esfínter uretral externo y de los músculos perineales.

Tipos de incontinencia

- Rebosamiento. Vinculado a una alteración en el vaciamiento vesical (estenosis vesical u obstrucción cuello vesical)
- Urgencia. Por irritabilidad y/o aumento del tono del detrusor (infecciones, infiltración tumoral)
- Esfuerzo. Por aumento de la presión intraabdominal
- Total. Por denervación esfinteriana o su destrucción (infiltración tumoral, trastorno medular, posterior a cirugía)

- Extrauretral. Por presencia de fistulas vesico-cutáneas

Tratamiento

Valorar si es posible corregir la causa determinante de la incontinencia. De lo contrario el tratamiento será únicamente sintomático.

Medidas generales

- Fácil disponibilidad de la chata y/o violín
- Respuesta rápida de Licenciadas y Auxiliares de Enfermería, y/o cuidadores (en caso de paciente internado)
- Valorar colocación de sonda vesical

Tratar la causa reversible

- Disminuir fármacos efecto diurético
- Tratar infecciones del tracto urinario
- Disminuir fármacos sedativos

Tratamiento farmacológico de hiperactividad del detrusor:

- Oxibutinina 5 mg VO cada 8-12 hs (Gradual®, Incontin®, Socliden®)
- Antidepresivos tricíclicos, sobre todo en casos de incontinencia de esfuerzo: Amitriptilina 25 mg VO en la noche, sobre todo en la inestabilidad del detrusor (Sarotex®, Amitie®) ó Imipramina 25-50 mg en la noche vía oral (Bonil®, Tofranil®)

II. Espasmo de la vejiga

Se caracteriza por la aparición de un dolor intenso a nivel hipogástrico tipo cólico relacionado con un espasmo del músculo detrusor de la vejiga excesivo en relación al tono del esfínter uretral. Genera habitualmente urgencia miccional y a veces incontinencia.

Causas

Debidas al cáncer:

- Crecimiento tumoral intravesical
- Crecimiento tumoral extravesical
- Alteraciones psicológicas (ansiedad)

Debidas al tratamiento:

- Post-radiación
- Por la utilización de la sonda vesical

Causas concurrentes:

- Infección (cistitis)

Tratamiento

Tratar la causa reversible:

- Tratamiento del estreñimiento.
- Tratamiento de infecciones del tracto urinario
- Cambiar la sonda o disminuir el volumen del balón

III. Tenesmo urinario

Deseo constante de orinar, con micción en forma de goteo

Causas

Debidas al cáncer:

- Hipertrofia maligna de la próstata.
- Infiltración del cuello de la vejiga
- Plexopatía presacra
- Compresión medular

Debidas al tratamiento:

- Bloqueos nerviosos
- Fármacos (fenotiacinas, haloperidol, etc.)

Debidas a la debilidad:

- Estreñimiento
- Dificultad para iniciar la micción
- Debilidad generalizada

Tratamiento

- Tratar la causa reversible
- Fármacos:
- Bloqueantes alfa adrenérgicos
 - Alfuzocina (Uroxatral od®), Doxazosina (Cardura®) Tamzulozina (Obryenda®, Prostam®, Tamzulocina®, Secotex Ocas®, Tamzulon®). Terazosina (Terina®, Detrusil®, Zoterna®).
- Anticolinesterásicos
 - Estimula la transmisión de la corriente nerviosa. Piridostigmina (Mestinon®, Miaten®, Tegodan®).

IV. Hematuria

Presencia de eritrocitos en la orina en un número superior a lo normal.

Causas:

- Infecciones urinarias
- Litiasis urinaria
- Afección glomerular por adenocarcinomas, linfomas.
- Afección tubular renal por quimioterápicos (cisplatino, metrotexate)
- Tumor de vía urinaria
- Tumores pélvicos que invaden la vía urinaria
- Toxicidad por radioterapia (cistitis hemorrágica)

Tratamiento

Tratar las causas corregibles. Valorar necesidad de reposición hematológica.

Si la hematuria es continua se colocará una sonda vesical de triple vía y se indicará lavados vesicales con suero fisiológico.

En algunos casos, será necesaria la intervención de urólogo y plantear tratamiento tópico con hemostáticos, embolizaciones arteriales y/o tratamientos quirúrgicos, así como realizar radioterapia hemostática.

V. Derivación de la vía urinaria

Se indica como tratamiento de la uropatía obstructiva. Los tumores que más frecuentemente la generan son los neoplasmas de próstata, vejiga, colorectal, cuello uterino y ovario.

- Obstrucción baja de las vías urinarias: sonda vesical. En caso de no poder realizar dicho procedimiento, está indicada la punción suprapúbica o cistostomía.
- Obstrucción alta: derivación a través de la colocación de un catéter doble J ureteral o lograr la misma por derivación externa (nefrostomía).

La conducta a tomar siempre se debe definir valorando la situación clínica de cada paciente en forma individualizada, teniendo en cuenta factores pronósticos, explicando la situación al paciente y su familia, tomando las decisiones en conjunto con el Urólogo tratante y respetando los deseos del enfermo.

Criterio de uso de fármacos en Medicina Paliativa

I. El objetivo es el confort

Debemos recordar este concepto: toda la medicación que suministremos será destinada a mejorar el bienestar de nuestro pacientes, a controlar situaciones clínicas que mejorarán su calidad de vida pero no lo curarán.

II. Eficacia comprobada

Se deberá evitar ir cambiando de un medicamento a otro, probando por sistema los últimos preparados que salen al mercado o fármacos o presentaciones que no tienen eficacia demostrada.

La prescripción de fármacos en Medicina Paliativa tiene la misma rigurosidad que en resto de la Medicina: el hecho que el paciente esté cercano a la muerte no nos exime de la responsabilidad ética de prescribir los fármacos y las vías de administración seguras, adecuadas y comprobadas científicamente.

No son necesarios más de 15 ó 20 medicamentos para controlar los síntomas de los pacientes terminales, de los cuales debemos tener un conocimiento exhaustivo.

II. Pocos efectos indeseables subjetivos

Como en toda actividad médica, a la hora de prescribir un fármaco, debemos sopesar sus ventajas y sus inconvenientes o lo que es lo mismo, su efecto terapéutico y sus efectos secundarios. Sin embargo, dadas las peculiaridades

des del enfermo terminal, los efectos secundarios de algún medicamento, al no producir malestar subjetivo, no nos van a preocupar demasiado. Por ejemplo, en un tratamiento con corticoides, nos importará si provoca gastritis o hemorragia digestiva, pero nos importará menos si provoca “*cara de luna llena*” (fascies cushingoide), si esto no afecta al enfermo.

No olvidar que la aparición de efectos secundarios desagradables para el enfermo es la causa más frecuente de que los deje de tomar.

IV. Procurar usar la vía oral. Evitar pastillas grandes y de mal sabor

La vía oral es la de elección para administrar fármacos siempre y cuando el paciente no presente contraindicaciones.

Muchas veces, sin embargo, no tenemos en cuenta otros aspectos más sutiles, como es el tamaño de la pastilla. Son enfermos con frecuentes problemas para tragar y el tamaño del comprimido o tableta puede llegar a ser importante.

Debemos evitar indicar comprimidos o cápsulas grandes o de tamaño desagradable, para lograr la adhesión al tratamiento por parte del paciente.

Siempre que sea posible, usar fármacos de liberación retardada por la comodidad posológica.

V. Vías de administración alternativas

Aparte de algunos tumores de la cavidad oral o vías digestivas altas en que puede haber problemas de deglución durante mucho tiempo, en la mayoría de los enfermos el uso de la vía oral es factible de uso hasta los últimos días u horas de vida.

Cuando esta vía de administración no es posible, tenemos que pensar en vías alternativas: Subcutánea, Intravenosa, Transdérmica. (Ver capítulo de Vías de Administración de Fármacos)

VI. Administración sencilla

Cuanto más fácil sea el régimen terapéutico, más posibilidades de su cumplimiento. Cuando se pueda, se elegirá un medicamento de acción prolongada (es mejor un comprimido cada 12 horas, que uno cada 4).

Existen algunos fármacos (por ejemplo, AINEs) que se presentan en sobres con polvo o comprimidos efervescentes para disolver en agua. También hay presentaciones en parches. Diversificar la forma de tomar los distintos medicamentos puede hacer que al enfermo le dé la impresión de que *“no toma tantos”*.

VII. Restringir en lo posible el número de fármacos

Se suele admitir, como máximo, 4 ó 5 medicamentos para que el enfermo cumpla el tratamiento. Por desgracia, esto no siempre es posible debido al gran número de síntomas que, con frecuencia, nos vemos obligados a tener que controlar.

En estudios amplios hechos al respecto, se ha comprobado que cuanto mayor es el número de tomas que el enfermo debe seguir, menor será el grado de cumplimiento. Estamos muy equivocados los médicos si pensamos que los enfermos toman todos los medicamentos que les prescribimos.

Intentaremos retirar los fármacos que ya no sean necesarios, aunque el enfermo los lleve tomando mucho tiempo. Vasodilatadores, hipolipemiantes, compuestos de hierro, vitaminas, cardiotónicos, incluso hipoglucemiantes (enfermos en las últimas etapas de su vida que ya casi no comen), pueden no tener excesiva utilidad. Esto debe hacerse con extremada cautela para evitar complicaciones clínicas y no *“herir”* al enfermo.

Se le puede decir, por ejemplo: *“ahora, que usted reposa muchas más horas, quizás no necesite, de momento, las vitaminas o el fármaco para el colesterol”*.

VIII. No olvidar nunca las medidas no farmacológicas

Aparte del soporte emocional, no olvidar las medidas físicas, muy útiles en ocasiones (aplicación de frío o calor, masajes, etc.).

Vías de administración de fármacos

Según la O.M.S., el enfermo con cáncer presenta un promedio de 10 síntomas a la vez, lo que significa que deberá utilizar un elevado número de fármacos para el control de los síntomas durante el tiempo que dure su enfermedad.

¿Qué debemos de tener en cuenta a la hora de elegir la vía de administración de los fármacos?

- Que sea autónoma
- De fácil utilización
- Lo menos agresiva posible
- Pocos efectos secundarios

La vía de administración por excelencia es la vía oral, ya que es cómoda, práctica, y es la que más autonomía proporciona al paciente.

De no ser posible su uso optamos por la vía subcutánea (SC).

Otras vías de administración de fármacos son la vía intravenosa y la transdérmica.

La vía Intramuscular no se utiliza en Medicina Paliativa por ser dolorosa y con absorción errática.

La vía rectal tiene absorción errática

Imposibilidad de Uso de Vía Oral

La VO está contraindicada en los siguientes casos:

- Náuseas
- Vómitos
- Estenosis digestivas: esofágicas, gástricas, intestinales

- Debilidad extrema, Agonía
- Disnea clase funcional III, IV

En estos casos, la vía de elección es la vía subcutánea.

Vía Subcutánea:

Ventajas:

- Técnica poco agresiva
- No precisa hospitalización
- Brinda autonomía del paciente
- Fácil utilización
- Pocos efectos secundarios

Posibles complicaciones:

- Infección de la zona de punción, muy poco frecuente
- Sangrado
- Salida accidental de la mariposa

Contraindicaciones:

- Trastornos en la coagulación
- Edemas generalizados
- Infecciones de piel en sitio de punción
- Radioterapia local

Formas de administración por vía subcutánea

- **En bolos** cuyo efecto es en picos, es decir, el efecto irá aumentando hasta alcanzar su máxima eficacia a partir de la cual empezaría a

disminuir. Los bolos pueden ser puntuales o periódicos y se administrarán a través de una inyección.

- **Infusión continua** cuyo efecto es constante. Se administrará la medicación a través de infusores elastoméricos.

Infusores Elastoméricos:

Está formado por un depósito en forma de globo de silicona que está protegido por una envoltura de material plástico rígido.

Existen varios modelos dependiendo de la velocidad de liberación de la medicación; el más utilizado es 1.5ml/h por 7 días con un volumen total de 250ml.

Se conectan mediante mariposa SC o en algunos casos IV.

La zona de punción puede ser cualquier parte del cuerpo es válida, aunque las más utilizadas son la zona infraclavicular interna y los brazos.

Medicación más utilizada: (ampollas)

- Morfina 10mg/1ml
- Midazolam 15mg/3 ml
- N-Butil Bromuro de Hioscina 20mg/1 ml
- Haloperidol 5mg/1ml
- Levomepromacina 25mg/1ml
- Metoclopramida 10mg/2ml
- Dexametasona 8mg/2ml

Dexametasona precipita si se la administra junto a Haloperidol, Midazolam y Levomepromacina

Material necesario para colocar un infusor:

- Infusor
- Jeringa de 30 o 60 ml
- Medicación a utilizar
- Suero fisiológico
- Mariposa calibre 23 G ó catéter de teflón (Abocath®) número 24
- Apósito adhesivo transparente

Procedimiento de enfermería:

- Explicar la técnica al paciente y a la familia
- Explicar la medicación a administrar
- Cargar la medicación en la jeringa
- Cargar el infusor con la medicación y suero calculados
- Puncionar al paciente con mariposa previamente cebada
- Conectar la bomba a la mariposa ya fijada
- Explicar los cuidados de la vía

La utilización de la vía subcutánea en pacientes con cáncer en fase terminal permite que el paciente pueda morir en su casa, en su cama y rodeado de toda su familia.

Las soluciones de fármacos analizados tienen estabilidad química y física probadas, y su eficacia en el control de síntomas está acreditada internacionalmente.

Vía Intravenosa

Se usa en el paciente internado, y es de elección si se está realizando hidratación o antibioticoterapia, o tiene contraindicaciones para uso de vía SC

Vía Transdérmica

En Uruguay hay disponible parches de Diclofenac y Fentanilo.

Cuidados de Enfermería

Son todos cuidados que cubren el bienestar del paciente. Si el paciente no tiene cubiertas las necesidades básicas, poco se logrará respecto a su calidad de vida.

Si el paciente está en su domicilio, se enseñará a la familia a llevar a cabo el plan de cuidados.

Si está en el hospital, se realizará conjuntamente con la familia.

I. Higiene

Actividades:

- Encontrar el momento adecuado
- Respetar la intimidad
- Adecuar la temperatura del baño
- Utilizar sus efectos personales
- Ayudarle en los cuidados de la piel, cabello y uñas, ayudarle a realizar la higiene bucal
- Permitirle maquillarse y perfumarse si lo desea

Todo ello se realizará con cuidado y sin prisa, dejando que el paciente haga la mayor parte del trabajo si puede.

II. Actividad física

Depende de la capacidad de movimiento del paciente, estado funcional y nivel de dependencia

Actividades:

- Si es autónomo, estimular los paseos y las actividades físicas que no impliquen riesgo
- Si existe alguna incapacidad y con ayuda de aparatos mejora, debemos intentar proporcionárselos (por ejemplo silla de ruedas)
- Si necesita la ayuda de una segunda persona, intentar dársela con suavidad, despacio y transmitiendo ganas de ayudar.
- Si está inmovilizado
 - Buscar una posición adecuada en la cama, y colocar la cama en el lugar de la casa que el paciente desee
 - Promover los movimientos pasivos y masajes
 - Ayudar en los cambios posturales
 - Evitar pliegues y arrugas en la sábana y demás ropa de cama
 - Dejar a mano sus efectos personales

III. Reposo y Sueño

La alteración del patrón del sueño es algo usual en los pacientes en etapa terminal de su enfermedad, existiendo un importante componente emocional

Actividades:

- Entorno cómodo y relajado: evitar ruidos, habitación con luz
- Circulación de aire y temperatura adecuada
- Administración correcta de la medicación
- Alimentación adecuada

- Evitar que el paciente se sienta solo: sentarse a su lado
- Tomarle la mano, charlar, transmitirle cariño y confianza
- Valorar temores que impidan conciliar el sueño (miedo a morir de noche, a estar solo, etc.)

IV. Ocupación del tiempo libre

Siempre que el paciente esté en condiciones, procurar que haga aquello que más le agrade

Actividades:

- Se promoverá que el paciente tome sol, salga a pasear, lea, escriba, escuche música, se interrelacione con la familia y colabore con algunas tareas del hogar específicas y a su alcance.
- Preguntar acerca de sus pasatiempos y preferencias, y estimularlo a realizarlos.

V. Alimentación

El aspecto nutricional de los pacientes en general y en este tipo de pacientes en particular, pocas veces es tenido en cuenta en la elaboración del proceso de cuidados.

No obstante, nunca se obligará a comer si el paciente no quiere o no puede. El paciente debe comer los alimentos que desee, cuando quiera y en las cantidades que pueda.

La anorexia puede estar provocada por múltiples causas: dolor, fatiga, tratamientos, estado de la boca, estreñimiento, ansiedad, etc. Debemos analizar los factores que provocan estas causas y realizar actividades para evitarlas.

Actividades:

- Cuidados de la Boca (ver capítulo correspondiente)

- Presentación de la comida: servir en cantidades muy pequeñas, en platos pequeños, fraccionadas durante el día, repartiéndola más veces durante el día
- Frecuencia: invitar, no obligar, esperar a que el paciente pida la comida
- Características: temperatura adecuada, sin sabores ni olores fuertes, sin picantes, textura adecuada (normal, molida, líquida, pastosa) para facilitar la deglución, y sobre todo, adaptarnos a su gusto
- Posición: mejor en el comedor con la familia. Si no puede, en su cama, incorporado, pero mejor acompañado. Sólo darle de comer si para él es imposible hacerlo
- Dieta: mientras el enfermo está en buenas condiciones, procuraremos que sea equilibrada. Cuando empeore sólo atenderemos a sus peticiones
- Líquidos: Ofrecer bebidas constantemente
- Desdramatizar: No hacer de su inapetencia un drama; si el paciente se siente incapaz de comer, adaptémonos a su situación

VI. Cuidados de la boca

En esta etapa vital los pacientes son más propensos a diversos problemas bucales: porque el sistema inmune está debilitado por la propia enfermedad, como consecuencia de tratamientos como la quimioterapia, radioterapia, tratamiento con corticoides o infecciones concurrentes.

El buen cuidado de la boca siempre es importante para garantizar el confort del paciente y evitar complicaciones futuras.

Valoración

Interrogar y realizar una inspección diaria de la boca del paciente en busca de:

- Sequedad inusual de la boca
- Irritación o inflamación de la lengua, encías o epitelio de la boca
- Encías inflamadas o que sangran con facilidad
- Heridas en los labios, comisuras o en la boca
- Sentido del gusto alterado o sensación extraña en la boca
- Halitosis
- Dificultad para la masticación y deglución
- Placas blancas que cubran la lengua y el epitelio bucal
- Dolor o ardor en la boca

Para una mejor observación de la boca, usar linterna y bajalengua

Problemas más frecuentes

- Lesiones de origen infeccioso: micóticas (candidiasis) o virales (aftas)
- Mucositis (irritación, inflamación, ulceración, dolor).
- Gingivitis (inflamación de encías)
- Gingivorragia (sangrado de encías)
- Xerostomía (boca seca)

Medidas Generales

- Higiene de boca cepillando dientes y lengua (con cepillo de cerdas suaves) y enjuagar luego de cada comida, o al menos tres veces al día. Evitar dentífricos con xilitol ya que pueden resultar irritantes
- Si tiene prótesis dental debe ser retirada, lavada y enjuagada
- Realizar enjuagues bucales antisépticos. Usarlos con precaución ya que estos pacientes pueden asociar lesiones ulceradas con exacerbación de los síntomas bucales
 - **Borato de Sodio:** una cucharada diluida en un litro de agua y realizar buches con dicha solución de 2 a 3 veces por día.

- **Bronopol:** antiséptico con acción germicida. Uso: infecciones bucofaringeas (gingivitis, aftas, halitosis)
 - (Solumerin 0,05%)®
- **Clorhexidina:** antiséptico bactericida. Uso: infecciones bucofaringeas, gingivitis, tratamiento y prevención de mucositis.
 - (Azul Activa®, Biodent Cfx®, Bucogloblin Solucion®, Chemplac ANTisep-tico Bucal®)
- **Hexetidina:** antiséptico con acción antimicótica. Uso: tratamiento local de infecciones bucofaringeas, halitosis, complemento de higiene bucal.
 - (Buco Gargarismos®, Oraldine®)
- **Hipoclorito de Sodio Medicinal Tópico Orofaríngeo:** antiséptico bucofaringeo. Uso: tratamiento local de gingivitis y aftas.
 - (Cloraseptil 500®)

La limpieza de la boca en los pacientes agónicos se hará con mayor frecuencia. Si el paciente respira por la boca, se limpiará y/o refrescará cada vez que sea necesario.

Si el paciente está consciente, valorar su grado de conocimiento que tiene sobre el procedimiento que se le va a realizar e instruirlo para que lo realice él mismo si su estado lo permite.

Si el paciente no está consciente, ir hablándole y explicándole las maniobras que realicemos.

Medidas Específicas

1. Lesiones fúngicas

- Tratamiento local: **Miconazol**
 - (Daktarin Gel Oral®), Nistatina (Nistat®)

2. Lesiones virales

- Tratamiento local (**no** en el interior de la boca): Anti-Herpes Virus tópicos cutáneos
- (Aciclovir 5% Lab. Chile Crema, Aciclovir Icu Vita Crema, Dicipal Crema, Virostatic, Zovirax Crema, Expit Ungüento Dermico) ®

3. Mucositis

Medidas Generales:

- El paciente debe evitar comidas picantes, ácidas o saladas y el consumo de alcohol y tabaco, ya que pueden incrementar la irritación de la boca
- Sugerir la ingesta de comidas blandas o trituradas, o hidratar las comidas con jugo, manteca o salsas para que sea más fácil masticarlas
- Evitar llevar prótesis dental durante un tiempo si la boca está muy inflamada o dolorida
- Si presenta dolor pueden administrarse analgésicos sistémicos

Tratamiento local:

- Aplicación de anestésicos locales: Lidocaína sola o asociados con antisépticos. Para realizar enjuagues bucales anestésicos existen formulaciones o preparados artesanales en base a la mezcla de lidocaína e hidróxido de aluminio o de magnesio
- Uso de enjuagues bucales antisépticos

4. Gingivitis

Recomendaciones:

- Uso de enjuagues bucales antisépticos
- Evitar el uso de hilo dental

5. Xerostomía (Boca Seca)

Recomendaciones:

- Mantener la boca fresca e hidratada e incrementar la ingesta de líquidos (si el estado del paciente lo permite)
- Humedecer la boca con una torunda o gasa embebida en agua fresca cada media hora o cada hora
- Usar vaselina o manteca de cacao para mantener los labios hidratados
- Sugerir pastillas cítricas o de vitamina C, chicles sin azúcar, cubitos de hielo, helados de agua

VII. Cuidados de la piel

Los pacientes oncológicos, en el estadio terminal de su enfermedad y debido a su estado de desnutrición y deshidratación, presentan algunos problemas en la piel que debemos de evitar con nuestros cuidados. El más frecuente es el de la sequedad de la piel (que aparece rugosa y descamada).

Recomendaciones Generales:

1. Mantener la piel limpia, realizar baño diario con agua templada y jabón neutro o de glicerina
2. Secar la piel por contacto sin frotar, poniendo especial cuidado en pliegues cutáneos
3. Mantener la piel seca en pliegues y espacios interdigitales. El resto de la piel tiene que estar bien hidratada, utilizar cremas o lociones hidratantes ricas en vitaminas. Evitar cremas perfumadas que pueden irritar por su contenido de alcohol
4. Disminuir la fricción en las zonas de apoyo utilizar aerosoles con silicona (@Aerogal)

5. Fomentar el mayor nivel de movilidad en función de la situación del paciente
6. Mantener la ropa de cama limpia, seca y bien estirada. Utilizar camisones abiertos, en lo posible sin botones, broches o cierres. Si el paciente se encuentra en su domicilio verificar que los productos para el lavado de la ropa no sean irritantes
7. Realizar masajes para mejorar la circulación, no usar alcohol y/o talco porque resecan la piel
8. Realizar cambios posturales frecuentes
9. Asegurar una adecuada temperatura ambiental. Las temperaturas elevadas favorecen la transpiración donde aumenta el riesgo de maceración de la piel

LESIONES TUMORALES ULCERADAS

Objetivos de los cuidados de Enfermería:

- Proporcionar máximo confort al paciente
- Prevenir o eliminar infecciones
- Evitar el mal olor
- Prevenir el sangrado del tumor ulcerado
- Facilitar la absorción y/o drenaje de los exudados
- Favorecer la aceptación social

Material para la curación:

- Guantes estériles
- Campos estériles
- Gasas estériles
- Suero fisiológico
- Lidocaína viscosa al 2% (sólo en mucosas)
- Apósito de alginato con o sin plata, o de carbón
- Antibiótico tópico, con poder germicida para los microorganismos anaeróbicos (prescrito por el Médico), si fuese necesario

Preparación del paciente:

Valorar el grado de conocimientos del paciente sobre este tipo de curaciones.

Explicarle el procedimiento que se le va a realizar, de forma que sus necesidades individuales quedan cubiertas.

Colocar al paciente en una postura en la cual se sienta cómodo

Procedimiento:

- Tener precaución al despegar los apósitos adheridos al tumor, para evitar sangrado
- Colocar campos estériles
- Lavar la lesión con suero fisiológico
- No forzar la limpieza frotando ni friccionando para evitar posibles sangrados
- Secar la piel circundante con toques suaves
- Cubrir con gasa o apósito la piel circundante para evitar maceración por el exceso de exudado

- Si se observa presencia de sangrado durante la curación realizar hemostasis compresiva o con gasas embebidas con Adrenalina (indicación médica)
- En lesiones dolorosas mucosas, lidocaína viscosa
- En lesiones con fetidez por presencia de anaerobios, limpiar con metronidazol en gel acuoso, o apósito de carbón activado (indicación médica)
- Si existen lesiones de gran impacto emocional por encontrarse en zonas visibles, cubrir lesión con vendaje oclusivo, cuidando aspectos psicológicos y sociales

ÚLCERAS POR PRESIÓN o POR DECÚBITO

Son lesiones de la piel que se producen cuando se ejerce una presión sobre un plano duro o prominencia ósea. Hay un bloqueo de riego sanguíneo a este nivel, produciéndose una isquemia que si se mantiene provocará una necrosis que evoluciona a muerte celular, formándose así la lesión.

Para su valoración y prevención se aplica la Escala de Norton modificada por Nancy Stotts.

INDICADORES	4	3	2	1
ESTADO FISICO GENERAL Niveles de asistencia requeridos para actividades diarias de: higiene, alimentación, movimientos.	BUENO Hábil para realizar actividades cotidianas	REGULAR Necesita asistencia para realizar algunas actividades cotidianas	MALO Necesita asistencia para más de una actividad cotidiana	PESIMO Totalmente dependiente para todas las actividades cotidianas
ESTADO MENTAL Responde a preguntas verbales realizadas con el espacio, tiempo y personas de manera satisfactoria y rápida.	LUCIDO Orientado en el tiempo, espacio y personas. Respuesta rápida.	APATICO Orientado en el tiempo, espacio y personas, con repetición de la pregunta.	CONFUSO Parcialmente orientado en el, espacio y personas. La respuesta puede ser rápida.	ESTUPOROSO Totalmente desorientado. La respuesta puede ser lenta o rápida. El paciente podría presentar estado comatoso.
ACTIVIDAD Grado de actividad física, independencia en la deambulación.	AMBULANTE Deambula hasta cuando se cansa. Camina solo o con la ayuda de dispositivos(ej, bastón)	DEAMBULA CON AYUDA Deambula hasta cuando se cansa. Necesita la ayuda de una persona o de un dispositivo o para deambular.	CONFINADO EN SILLA DE RUEDAS Se mueve solo con silla de ruedas.	EN CAMA Confinado a la cama durante las 24 horas del día.
MOBILIDAD Habilidad para cambiar y controlar las posiciones del cuerpo y de movimiento.	PLENA Puede moverse y controlar las extremidades como quiera. Pudiendo usar un dispositivo.	ALGO LIMITADA Puede utilizar y controlar las extremidades con la misma ayuda de otra persona. Puede o no utilizar un dispositivo.	MUY LIMITADA Independencia reducida para movimientos y control de las extremidades. Necesita mayor asistencia. Puede o no utilizar dispositivos.	NULLA Completamente inmóvil. No puede hacer el menor cambio en la posición de su cuerpo o extremidades. Necesita asistencia para mover las extremidades.
INCONTINENCIA Valoración sobre la incapacidad de controlar el patrón de eliminación.	NO PRESENTA No presenta incontinencia vesical y/o de heces. Puede llevar sondaje vesical.	OCASIONALMENTE Incontinencia vesical 1-2 veces/día y/o heces 1 vez/ día.	INCONTINENCIA VESICAL Incontinencia vesical más de 2 veces/día y/o heces 2-3 veces/día pero no siempre.	INCONTINENCIA DOBLE Incontinencia totalmente de orina y heces.

Tabla 6: Riesgo de úlceras por presión

Total de puntaje: -----

20	No Riesgo
>14	Bajo Riesgo
Entre 12-14	Medio Riesgo
Entre 9-11	Alto Riesgo
<8	Altísimo Riesgo

Objetivos de Prevención y Tratamiento:

- Conocer y aplicar los cuidados adecuados, orientados para la prevención, el diagnóstico y tratamiento
- Valorar y diagnosticar las alteraciones en las necesidades del paciente

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Valorar en todos los pacientes el riesgo de presentar úlceras por presión.

Cuidados de Enfermería:

Los primeros pasos a seguir son los detallados en el párrafo referido a CUIDADOS DE LA PIEL. Incluiremos además en pacientes con alto riesgo:

- Si está en cama realizar cambios posturales cada 2 horas, siguiendo rotación programada e individualizada
- Utilización de dispositivos que disminuyan la presión en zonas de apoyo (ej. colchón neumático)
- Colocación de almohadas en prominencias óseas para evitar el contacto entre sí
- Uso de apósito protector hidrocoloide, finos o extrafinos, (®Duoderm, ®Hydrocoll, ®Restore CX)

- En situaciones de agonía valorar si es conveniente la realización de cambios posturales. Tener en cuenta que es más importante para el confort del paciente
- Estimular la participación de la familia y/o acompañante en los cuidados brindando conocimientos y evacuando dudas

Si el paciente ya presenta úlceras por presión tener claro que el objetivo es mejorar la calidad de vida; valorar costo beneficio de los procedimientos agresivos.

TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

Úlceras por Presión Estadío I

Eritema cutáneo que no palidece al retirar la presión, piel intacta. Puede presentarse con calor, edema, decoloración e induración cutánea.

Cuidados de Enfermería:

- Eliminar presión sobre la zona afectada, realizando cambios posturales
- Lavar zona afectada con agua y jabón. Secar sin frotar
- Aplicar sobre la zona lesionada y sobre prominencias óseas apósitos hidrocoloides, (®Duoderm, ®Hydrocoll, ®Restore CX) cambiar apósito cuando este se despegue o arrugue, sino realizar dicho cambio cada 7 días

Úlcera por Presión Estadío II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas; se presenta como una úlcera superficial, zona de abrasión o flictena

Cuidados de Enfermería:

- Lavado por arrastre con suero fisiológico salino 0,9%, (no ejercer presión)
- Colocar apósito hidrocoloide grueso (Duoderm®, Hydrocoll®, Restore cx®)
- No resecar las flictenas intactas o desecadas

Úlcera por Presión Estadío III

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo

Cuidados de Enfermería:

- Realizar lavado igual a estadio II
- Frente a la existencia de exudado moderado o abundante colocar apósito absorbente estéril, como ej. Alginato de calcio (®Tegagen, ®Curasorb, ®Sorbalgon)
- En presencia de tejido necrótico, utilizar enzimas debridantes
- Interrumpir maniobras si el paciente presenta dolor, administrar analgésico prescrito

Úlceras por Presión Estadío IV

- Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén. Puede presentar tunelizaciones

Cuidados de Enfermería:

- Técnica de Debridamiento igual al estadio III
- De existir mal olor de las lesiones colocar, apósitos de carbón activado, gel acuoso de metronidazol (indicación médica)

- La frecuencia de las curaciones dependerán del estado de la lesión y localización

VIII. Cuidados del tránsito intestinal

ENEMA DE LIMPIEZA

Objetivo:

Ante un paciente con estreñimiento persistente, sin respuesta a laxantes, se recomienda el uso de laxante osmótico salino vía rectal (enema): ©Enemol, ©Fleet Enema Adultos, ©Tekfema

Preparación del paciente:

- Valorar el grado de conocimiento del enfermo sobre el enema de limpieza. Explicarle el procedimiento que se le va a realizar
- Explicarle que debe procurar mantener la solución durante 10 minutos
- Poner la toalla debajo del paciente
- Poner al paciente en decúbito lateral izquierdo, si no existe ninguna contraindicación
- Solicitar que flexione ambas rodillas, la superior más flexionada que la inferior
- Poner la almohadilla debajo de las caderas para garantizar su comodidad
- Poner la chata

Procedimiento:

- Retirar y desechar el capuchón que protege la cánula lubricada
- Introducir la cánula en el recto y ejercer presión sobre el envase hasta vaciarlo
- Retirar la cánula del recto
- Tratar de retener el líquido durante 5 minutos antes de evacuar

EXTRACCIÓN MANUAL DE UN FECALOMA**Objetivo:**

Extraer manualmente masas fecales acumuladas y endurecidas que se encuentran en el tramo inferior del intestino y que el paciente no puede expulsar por sí mismo.

Material:

- Lubricante anestésico hidrosoluble
- Guantes
- Una toalla grande
- Una almohadilla
- Una chata
- Esponjas jabonosas
- Una palangana pequeña
- Una toalla pequeña

Observaciones:

- La extracción manual de fecaloma se hará cuando haya fracasado el enema de limpieza
- Seguir las observaciones del protocolo de enema de limpieza.

- Valorar la posibilidad de suministrar un sedante suave y un analgésico (por orden médica) 30 minutos antes de empezar el procedimiento

Preparación del paciente:

- Valorar si el enfermo entiende lo que es un fecaloma. Averiguar si lo ha padecido en otras ocasiones y si le han realizado extracciones manuales
- Explicarle el procedimiento que se le va a realizar
- Poner la toalla grande debajo del paciente
- Poner al paciente en decúbito lateral izquierdo (si no existen contraindicaciones)
- Hacer que flexione ambas rodillas (la superior más flexionada que la inferior)
- Poner la almohadilla debajo de las caderas del paciente para garantizar su comodidad (si hiciese falta)
- Poner la chata cerca del paciente

Procedimiento:

- Colocación de guantes
- Utilizar lubricante anestésico.
- La dilatación del esfínter anal y el malestar que produce el procedimiento son agotadores para el paciente. Si el fecaloma fuera muy grande, valorar la posibilidad de extraerlo en varias sesiones.
- Impregnar el dedo índice en lubricante anestésico hidrosoluble.
- Introducirlo suavemente en el recto con movimientos circulares. ¡Esto es incómodo para el paciente. Alentarlo y darle explicaciones durante el procedimiento!.
- Romper la masa fecal en pedazos más pequeños e ir sacándolos.
- Después de extraer el fecaloma, lavar la zona rectal.

El procedimiento causa stress y dolor. La recuperación variará según el paciente

Urgencias en Medicina Paliativa

Son una serie de situaciones que requieren una acción inmediata para su solución, ya que ponen en riesgo la vida del paciente.

La acción apropiada y oportuna del equipo profesional tiene un efecto importante e inmediato en el paciente y sus cuidadores; puede influenciar en la adaptación o el desarrollo del duelo, previniendo duelos patológicos.

Además de las clásicas urgencias oncológicas, en Medicina Paliativa hay varios problemas clínicos que pueden constituir una urgencia como dolor no controlado, disnea, intolerancia digestiva, oclusión intestinal convulsiones, delirium hiperactivo, etc.

Para tomar decisiones adecuadas hay que tener en cuenta la respuesta a tratamientos específicos, la diseminación de la enfermedad, el estado funcional del paciente y su voluntad. Siempre consultar al médico tratante.

I. Urgencias Metabólicas

Hipercalcemia

Definición: elevación del calcio sérico por encima de los 10,5 mg/dl o niveles de calcio iónico mayor a 2,54 mmol/l.

Si el paciente tiene una hipoalbuminemia significativa, la concentración total del calcio en plasma puede dar la falsa impresión de normalidad.

La hipercalcemia es leve entre 10,5 a 12 mg/dl, moderada entre 12 y 14 mg/dl y severa si es mayor de 14 mg/dl.

Es el trastorno metabólico más común en los pacientes neoplásicos; se produce en un 10 a 20% de los casos.

En 80% de los casos se ve en pacientes con metástasis óseas de primitivo broncopulmonar, próstata, mama y mieloma múltiple.

Manifestaciones clínicas

La severidad de los síntomas depende de la magnitud y de la rapidez de instalación de la hipercalcemia. Los síntomas más frecuentes incluyen:

- Síntomas digestivos: anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, estreñimiento, íleo paralítico
- Síntomas renales: poliuria, polidipsia, fallo renal secundario
- Síntomas generales: astenia, apatía, depresión, confusión mental, convulsiones, disminución del nivel de conciencia con letargo y coma.
- Síntomas cardiovasculares: bradicardia, arritmias, alteraciones ECG (acortamiento QT, onda T ancha o aumento del PR), hipertensión arterial e intolerancia al digital

Tratamiento

Para definir el lugar de tratamiento, valorar rapidez de instauración, clínica que produce, estado general del paciente, y pronóstico de la enfermedad de base.

Cuando el calcio sérico está por encima de 14 mg/dl, es necesario el ingreso del paciente en el hospital.

- **Hidratación endovenosa.** Con solución fisiológica isotónica iv 3-5 litros en 24 horas hasta conseguir una diuresis de 3-4 litros/día.
- **Diuréticos de asa.** una vez corregido el déficit de volumen asociar Furosemide cada 6-8 horas + potasio parenteral en caso de hipokaliemia.
- **Corticoides.** Es muy útil en las neoplasias hematológicas (mieloma, linfoma) y menos en los tumores sólidos. Prednisona 40 mg VO/día
- **Bifosfonatos.** Luego de una hidratación adecuada se comenzará con ellos.

Son los agentes de elección para el manejo de la hipercalcemia severa debida a la reabsorción del hueso. También se usan para control del dolor óseo y para la prevención de fracturas patológicas.

- **Pamidronato.** Dosis 60 mg si el calcio corregido no supera 3,4 mmol/l, 90 mg si supera 3,4 mmol/l, diluido en 500 cc SF a pasar en no menos de 4 horas, cada 4 semanas. El descenso de la calcemia se inicia en las 48 horas siguientes, con un pico del efecto entre el 5to y el 6to día. El pamidronato puede producir insuficiencia renal y se debe administrar con cautela en pacientes con insuficiencia renal.
- **Zolendronato o Acido Zolendrónico.** Contraindicaciones Insuficiencia renal severa. Niños, adolescentes. Dosis: 4 mg diluido en 100 ml. de suero fisiológico o suero glucosado al 5% a pasar en no menos de 15 minutos IV
- **Calcitonina:** En pacientes con hipercalcemia severa que suponga riesgo vital se debe usar calcitonina como terapia de primera línea. Su efecto tiene su pico a las 12 o 24 horas. Como sus efectos son de corta duración puede producir hipercalcemia de rebote a las 48 horas. La calcitonina de salmón (4u/K) se administra por vía subcutánea, intramuscular o nasalmente cada 12 horas.

La calcitonina actuaría como adyuvante del pamidronato en pacientes que precisan una rápida reducción de los niveles de calcio sérico.

II. Urgencias Neurológicas

Síndrome de compresión medular

Es la principal urgencia en oncología, ya que de la rapidez con que se instaure el tratamiento dependerá la calidad de vida del paciente.

Se produce en el 5% de los pacientes con cáncer. La compresión medular constituye el cuadro de debut de la historia oncológica en el 10 % de los casos.

Causas de compresión medular

- 90% debido a metástasis óseas: de carcinoma de mama, próstata y pulmón, seguidas en frecuencia por los linfomas, mieloma múltiple y sarcomas
- 9% debido a metástasis meníngeas
- 1% debido a metástasis intramedulares

El nivel de la compresión es torácico en el 70% de los casos

Clínica

- Dolor, que puede preceder a las manifestaciones neurológicas. Aumenta con las maniobras de Valsalva, movimientos, decúbito supino y percusión de apófisis espinosa. Puede ser dolor somático o tener componente neuropático
- Alteraciones motoras (70%)
- Alteraciones sensitivas. (50%)
- Alteraciones esfinterianas (30%); aparición tardía y mal pronóstico

Diagnóstico

- Historia y hallazgos clínicos
- Tomografía/Resonancia Nuclear Magnética para valorar canal medular y médula

Tratamiento

Debe instaurarse rápidamente con Dexametasona a dosis altas y se remite al enfermo urgentemente al hospital. El hecho de que dejen pasar 8-10 horas puede ser decisivo para que el cuadro sea o no reversible.

Los procedimientos terapéuticos en presencia de una compresión medular, dependen de la localización, extensión y pronóstico global del tumor en cuanto a supervivencia para el paciente, lo que implica el tomar medidas paliativas o de intención radical.

Medidas Generales

- Calmar el dolor, reposo, profilaxis de úlceras de decúbito.
- Consulta con Neurocirujano para valorar posible sanción quirúrgica, consulta con Oncólogo para inicio de radioterapia
- **Dexametasona:** No existe una dosis consensuada en la literatura. Dosis entre 20 y 32 mg/día
- **Terapia radiante:** Debe iniciarse lo antes posible, siempre valorando el estado general del paciente y el beneficio del procedimiento.
- **Quimioterapia:** de inicio en tumores muy quimiosensibles como los linfomas, tumores germinales y tumores infantiles, sin posibilidad de cirugía y mínima afectación sintomática, o en pacientes en recaída tras tratamiento inicial con cirugía y/o radioterapia

Síndrome de Hipertensión Intracraneana (SHIC)

Se trata de una situación urgente y crítica, ya que la progresión clínica de para repercusiones neurológicas que, de no ser tratadas precozmente, son letales.

Etiopatogenia

HIC es debida a 3 factores patogénicos: el proceso expansivo (primitivo o secundario), el edema cerebral y alteraciones en la dinámica del LCR (hidrocefalia).

La ubicación de la metástasis es cerebral en un 80% y con menor frecuencia cerebelosas.

Clínica

- Síntomas y signos de HIC: cefalea, náuseas, vómitos y edema de papila (suele ser un signo tardío de HIC y cuando aparece requiere un tratamiento energético e inmediato).
- Síntomas focales deficitarios motores y sensitivos, corticales o de pares craneanos, trastornos de conciencia y de funciones superiores, alteraciones visuales y síntomas cerebelosos.
- Síntomas focales irritativos con convulsiones en un 20%

Diagnóstico

La TAC y la RNM constituyen los pilares básicos del diagnóstico.

Tratamiento

- Disminuir el edema cerebral:
 - **Corticoides:** El 60-80% de los pacientes responden de forma espectacular en sus síntomas clínicos, con un efecto máximo entre las 12 y 24 horas. Dosis: 20 mg de dexametasona IV seguido de 4 mg cada 6 horas por vía intravenosa.
 - **Manitol:** De 25 a 100 g iv al 20%, tiene un efecto más rápido, requiere mayor experiencia para su uso.
- Tratamiento de las crisis convulsivas:
 - Para yugular la crisis: **Diazepam** de 2 a 10 mg IV hasta detener la crisis.
 - **Fenitoína:** dosis inicial de 1000 mg IV, 18 mg/kg/24 horas, sin pasar de 50 mg/minuto, para mantener posteriormente 300 mg VO.
- Tratamiento específico de la HIC. Reducción del volumen del proceso expansivo con cirugía o con radioterapia (valorar oportunidad).

III. Urgencias Cardiovasculares

Síndrome de compresión de la vena cava superior (SVCS)

Etiopatogenia

Conjunto de síntomas y signos derivados de la oclusión parcial o total de la luz de la vena cava.

Los procesos neoplásicos que causan SVCS son generalmente carcinoma pulmonar de células pequeñas, seguido por los linfomas y, con menor frecuencia los timomas, tumores de células germinales, metástasis mediastínicas de tumores sólidos y fibrosis mediastínica tumoral. Otra causa es la trombosis de la VCS secundaria a trastornos paraneoplásicos de la coagulación o a la utilización de catéteres centrales de acceso vascular, sin que exista compresión externa de la vena cava.

Clínica

Se puede manifestar por:

- Edema en esclavina: cara, cuello y ambas regiones supraclaviculares
- Cianosis en cara y extremidades superiores.
- Circulación colateral tóraco braquial. Ingurgitación venosa sin colapso
- Alteraciones visuales

Diagnóstico

Clínico e imagenológico (Rx, TAC, RNM). Para valorar etiología, estudios invasivos: mediastinoscopia, fibrobroncoscopia

Tratamiento

Medidas Generales:

- Evitar esfuerzos que aumenten la presión intratorácica (tos, estreñimiento)
- Oxigenoterapia según los parámetros clínicos y gasométricos
- Anticoagulación si existe trombosis establecida
- Corticoides pueden mejorar los síntomas clínicos en los linfomas, discutible su beneficio en otros tumores. Dexametasona entre 20 y 32 mg/día
- Diuréticos pueden mejorar la sobrecarga circulatoria

Tratamiento Específico

El tratamiento específico depende del tipo de intervención terapéutica, relacionado con el momento evolutivo, el tipo histológico del tumor y posibilidades de respuesta.

Estará guiado por Oncólogo tratante, y se valorará la posibilidad de Radioterapia o Quimioterapia de acuerdo al tumor primitivo y estado del paciente.

Recordar el acceso venoso de las extremidades superiores puede estar comprometido por el aumento de la presión venosa central.

Taponamiento cardíaco

Se ve en los tumores de pulmón, mama y linfoma.

Clínica

Disnea, dolor torácico, mareos, ansiedad.

Signos de bajo gasto cardíaco (disminución de PA, aumento de la frecuencia cardíaca, ingurgitación yugular, hepatalgia, edemas)

Diagnóstico

Clínico e imagenológico (ecocardiograma)

Tratamiento

Pericardiocentesis

Tratamiento de soporte: oxígeno, fluidoterapia, inotrópicos

Atención en la agonía

La agonía es el estado que precede a la muerte, y tiene una duración en general inferior a una semana.

En esta etapa de la enfermedad se producen cambios fisiológicos irreversibles. Hay pérdida de la actividad y funciones del paciente: mayor tendencia al sueño, aumenta la debilidad presentando muchas veces dificultad en mantener la vía oral, mayor postración, alteraciones cognitivas, disminuye la actividad intestinal y la diuresis.

En esta fase debemos proporcionar cuidados al paciente para que el proceso del morir suceda de la forma más serena posible con dignidad y sin sufrimiento.

Mientras tanto, la familia va a percibir un sentimiento de impotencia muy intenso pues no puede evitar la muerte y tiene que esperar la llegada de la misma sin hacer lo que habitualmente se está acostumbrado: luchar hasta el final con todos los medios disponibles para mantener la vida aún a expensas de la dignidad del paciente.

Es un momento crítico de los cuidados, por el gran impacto emocional que implica en la familia y en el equipo terapéutico.

Tratamiento en la agonía

Cuidados físicos

- Proporcionar los cuidados de confort necesarios: higiene del paciente, cuidados de la boca, de la piel, uso de pañales, posiciones y movilizaciones suaves, ventilación de la habitación, posición de la cama

- Evitar los cambios posturales frecuentes pues nuestro objetivo es que el paciente esté cómodo.
- Administración de medicación exclusivamente necesaria para el control de síntomas, utilizando la vía subcutánea. No es necesaria la hidratación intravenosa ni la utilización de sonda nasogástrica ni vesical. Suspender fármacos que no son necesarios en esta etapa
- Vía de administración de fármacos: Muchos pacientes toleran la vía oral hasta los últimos días. En los casos en que no se pueda, se utilizará la vía parenteral, de elección la vía subcutánea. Es aconsejable la administración continua de fármacos para el tratamiento sintomático en la fase de agonía; esto se logra con el uso de los infusores elastoméricos.
- Mantener la analgesia con la cual este síntoma estaba controlado.

No hay que agregar morfina sólo porque el paciente esté agónico; la morfina hay que mantenerla si el paciente la venía recibiendo o si está indicada por dolor o disnea refractaria

Estar atentos a la posibilidad de falla renal, ya que hay que disminuir dosis de morfina

- Estertores agónicos (tratamiento y prevención): Butilioscina 80-120 mg/día.

Cuidados psicológicos

- Proporcionar el máximo soporte posible mediante nuestra presencia y respuesta sincera a sus preguntas
- Facilitar e incluso, a veces, servir de intermediario para que el paciente se pueda despedir de sus familiares y amigos

Cuidados religiosos

- Facilitar, si el paciente lo pide, la presencia de un sacerdote
- Si el paciente presenta depresión de conciencia, recordar a los familiares la posibilidad de cumplir con sus creencias religiosas
- Facilitar, en caso de que el paciente esté ingresado, los rituales según la religión que profese

Cuidados a la Familia

- Apoyo psicológico respondiendo a todas las dudas como puedan ser: ¿cómo sabré que ha muerto?, ¿ocurrirá de forma tranquila o se agitará?, ¿qué debo hacer una vez que haya fallecido?
- Explicarles los cuidados que deben proporcionar al paciente
- Detectar a familiares con riesgo de desarrollar un duelo patológico para su posterior control
- Explicar que nos pueden llamar para aclarar las dudas que puedan surgir una vez que nos hayamos ido

Luego del Fallecimiento

- Una vez que haya fallecido el paciente nos debemos poner en contacto con la familia para expresarles nuestra condolencia, reforzarles positivamente su labor en el cuidado que prestaron al paciente evitando así sentimientos de culpabilidad, y transmitiéndoles que nos tienen a su disposición para lo que necesiten
- El contacto se hará por medio de una carta, del teléfono y, en la medida de lo posible, con una visita a la familia

Sedación Paliativa

Protocolo de Sedación Paliativa del Servicio de Medicina Paliativa del Hospital Maciel Montevideo-Uruguay

Definiciones

Sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios.

La sedación paliativa es una indicación médica; no debe instaurarse a solitud de los familiares.

Síntoma Refractario es aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable (y en la fase agónica, breve). En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la conciencia.

Se consideran síntomas refractarios:

1. **Disnea** sin causa etiológica corregible como broncoespasmo, infecciones, derrame pleura, anemia, tromboembolismo, edema pulmonar, etc. Disnea Refractaria está asociada a destrucción u ocupación parenquimatosa pulmonar (EPOC terminal, cardiopatía dilatada terminal, masas tumorales ocupantes de espacio, carcinoma bronquioloalveolar, linfangitis carcinomatosa)
2. **Hemorragia masiva** vinculada a procesos tumorales, que no puede ser controlada con intervenciones quirúrgicas o endoscópicas o radioterapia hemostática, por el propio tumor o por el estado general del paciente

3. **Delirium Hiperactivo** sin causa etiológica corregible, sin respuesta a tratamiento protocolizado, que pone en riesgo la integridad física personal y de la familia
4. **Estado de mal convulsivo** sin causa etiológica corregible, sin respuesta a tratamiento protocolizado.
5. **Oclusión Intestinal** vinculada a procesos tumorales, que no puede ser controlada con intervenciones quirúrgicas o endoscópicas por el propio tumor o por el estado general del paciente
6. **Vómitos incoercibles** vinculados a procesos tumorales, que no responden a tratamiento antiemético protocolizado y que no pueden ser controlados con intervenciones quirúrgicas o endoscópicas por el propio tumor o por el estado general del paciente
7. **Dolor** vinculado a destrucción tisular masiva por el tumor, que no puede ser controlado con tratamiento analgésico protocolizado. Recordar que en el 95% de los casos el dolor se controla con medidas sencillas.

La sedación no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden, ni como “*eutanasia lenta*” o “*eutanasia encubierta*” (no autorizada por nuestro código profesional ni por las leyes actualmente vigentes).

Síntoma difícil: Se refiere a un síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva más allá de los medios habituales tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico. A la hora de tomar decisiones terapéuticas que contemplan la sedación paliativa es esencial diferenciar el síntoma difícil del síntoma refractario

Agonía: Estado que precede a la muerte cuando esta se produce en forma gradual y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación

e ingesta y pronóstico de vida en horas o días. Se recomienda identificar y registrar en la historia clínica los signos y síntomas propios de esta fase

Requisitos para Indicar Sedación

1. Requisitos del Paciente

- Padecer una enfermedad en etapa terminal documentada
- Muerte Inminente
- Presencia de síntoma refractario que determine sufrimiento
- Consentimiento escrito, verbal o delegado a la familia

2. Requisitos para el Médico

- Ser el médico tratante del paciente o consultar al mismo
- Analizar la indicación en conjunto con Jefe de Servicio o Médico en funciones
- Asegurar la provisión de medicación
- Informar sobre la indicación al propio paciente (si la situación lo permite y es su voluntad) y/o a la familia

Descripción

El médico tratante en todos los casos:

- 1) Verifica el cumplimiento de los [Requisitos](#) para la Sedación Paliativa
- 2) Valora la [oportunidad](#) de la indicación: puede ser de urgencia si el síntoma refractario compromete en minutos u horas la vida.

- 3) Analiza la **medicación que el paciente viene recibiendo** y se valora su pertinencia. En todos los casos se mantiene la medicación analgésica que venía recibiendo
- 4) Valora la **vía parenteral** más adecuada (SC o IV) para asegurar la infusión continua de acuerdo a la situación clínica del paciente, lugar de atención.
- 5) Valora el **lugar** más adecuado para llevarla adelante. Puede realizarse en domicilio si se aseguran todas las condiciones: infusión continua, provisión de medicación, instrucción a la familia, seguimiento por equipo profesional
- 6) Indica butilhioscina para evitar aparición de estertores agónicos.
- 7) **Registra** las indicaciones en la historia clínica y base de datos.
- 8) **Informa** a la familia la indicación realizada, responde a sus interrogantes y brinda apoyo emocional.
- 9) Debe **continuar con la atención** al paciente, y no debe suspender en ningún caso los cuidados básicos e higiénicos habituales

Elección de fármacos sedantes de primera línea:

Los fármacos de primera línea para la sedación con Midazolam o Levomepromacina.

La **morfina no es un fármaco adecuado para realizar la sedación**, sólo debe mantenerse si previamente el paciente la venía recibiendo.

Cuando la indicación de sedación es por delirium, el fármaco de elección es la Levomepromacina. En todos los demás casos, el fármaco de elección es el Midazolam.

Sedación con Midazolam

- Ampollas de Midazolam de 15 mg/3 ml y 5mg/5ml.

- Dosis de inducción Midazolam 5 mg SC ó IV, pudiendo repetirse de acuerdo a la respuesta
- Infusión continua diaria de Midazolam 30 mg/día SC/IV. Si el paciente recibía Midazolam u otras benzodiazepinas con anterioridad, la dosis a indicar debe multiplicarse por el coeficiente 1,5
- Dosis máximas permitidas de Midazolam 200 mg/día
- Si se trata de una **situación de urgencia** que compromete en minutos u horas la vida del enfermo, indica Midazolam en dosis de inducción administrado cada 15-20 minutos, hasta lograr la disminución de la conciencia del enfermo, y monitoriza personalmente la situación; luego indica con infusión continua.

Sedación con Levomepromacina

- Ampollas de 25 mg/1 ml
- Dosis de Inducción Levomepromacina 6,25 mg SC/IV. Usar jeringas de 1 ml (de insulina)
- Dosis de Infusión continua Levomepromacina 25 mg/día SC/IV
- Dosis máximas permitidas Levomepromacina 300 mg/día
- Si se trata de una **situación de urgencia** que compromete en minutos u horas la vida del enfermo, indica Levomepromacina en dosis de inducción administrado cada 15-20 minutos, hasta lograr la disminución de la conciencia del enfermo, y monitoriza personalmente la situación; luego indica con infusión continua.

Control de Sedación

La sedación debe ser controlada periódicamente (horaria o diariamente dependiendo del caso y el lugar de atención) y la indicación de medicación se ajusta de acuerdo a las necesidades, no pudiendo pasar de las dosis máximas establecidas.

Elección de Fármacos de Segunda Línea

Existen casos excepcionales en que no se puede lograr la sedación con los fármacos de primera línea: adicción, patología psiquiátrica grave, problemas psicoemocionales severos, etc.

En estos casos se inicia con fármacos de 2ª línea, como el **Fenobarbital**.

Para ello:

- se retira el Midazolam/Levomepromacina indicados
- se realiza un bolo de 100 mg SC muy lento
- se inicia con 600 mg/día SC en infusor de capacidad/día mayor o igual a 75 ml/día
- se indican dosis extras de 50 mg de Fenobarbital SC muy lento
- se reduce la morfina al 50% de la dosis que venía recibiendo
- se mantiene la hioscina indicada en el infusor

Se monitoriza la sedación y en caso de requerir dosis mayores, se aumentará progresivamente hasta 1200 mg/día

Referencias

Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC). Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). España 2011. https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedacion_paliativa.pdf

Ética de la Sedación en la Agonía. Comisión Central de Deontología y Derecho Médico del Consejo General de Colegios Médicos de España. 2009

Porta i Sales J, Gómez Batiste-Alentorn X Sedación Paliativa: una aproximación a su valoración en la práctica clínica. En González Baron M, Lacasta MA, Ordóñez A. Valoración clínica en el paciente con cáncer. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2006; 129-38.

Duelo

Concepto

Es un síndrome desencadenado por la pérdida de un ser querido.

Fases (descritas por Parkes y Bowlby)

- **Entumecimiento, aturdimiento:** caracterizada por angustia, miedo e ira.
- **Anhelo y búsqueda de la figura perdida:** caracterizada por la preocupación por la persona perdida, inquietud física, llanto e ira.
- **Desorganización y desesperación:** desasosiego y falta de objetivos. Aumento de las preocupaciones somáticas. Reiterada reviviscencia de recuerdos.
- **Reorganización:** se establecen de nuevos patrones, objetos y objetivos, el pesar cede y en su lugar surgen recuerdos apreciados.

Principales predictores de riesgo de duelo complicado

Es importante detectar los distintos factores predictores, y abordar los mismos para prevenir el duelo patológico.

- Juventud del fallecido
- Ancianidad o juventud del superviviente
- Relación dependiente del superviviente respecto del fallecido. Adaptación complicada al cambio de rol
- Relación conflictiva o ambivalente. Sentimientos encontrados de amor/odio no expresados con el fallecido

- Problemas de salud física y/o mental previos en el doliente (ansiedad, depresión, intentos de suicidio, alcoholismo y trastorno de personalidad)
- Duelos anteriores no resueltos
- Ausencia de red de apoyo social/familiar o conflictos de relación con éstas

Manifestaciones clínicas:

Físicas

Anorexia, pérdida de peso, insomnio, disminución del interés sexual, aumento de la morbilidad y mortalidad

Psicológicas

Ansiedad, tristeza, dificultades en la atención y concentración, apatía y desinterés

Sociales

Rechazo a los demás, tendencia al aislamiento, hiperactividad

Elaboración del proceso de duelo:

Worden describe cuatro tareas básicas para la recuperación:

1. Aceptar la realidad de la pérdida

La aceptación necesita tiempo ya que ha de ser asumida a nivel racional y emocional.

Tras el fallecimiento de un ser querido, siempre hay una sensación de irrealidad y la primera tarea es afrontar la realidad de que la persona ya no estará físicamente.

2. Experimentar dolor emocional

Además de tener dolor es imprescindible poder expresarlo.

La represión del sufrimiento no hace que éste desaparezca, se pospone.

3. Adaptarse al ambiente en el que el difunto no está presente

Permitirle al doliente hablar del fallecido y de detalles de lo acontecido es una manera de asumir la pérdida.

4. Invertir la energía emotiva en otras personas o relaciones

Cuando el doliente adquiere la capacidad de establecer nuevas relaciones y retomar la continuidad de su vida.

Tipos de duelo

Duelo anticipado

Ayuda a tomar conciencia de cuanto está sucediendo, a liberar los propios estados de ánimo y a programar el tiempo en vista de la inevitable muerte.

Duelo retardado

Se manifiesta en aquellas personas que parecen mantener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento.

Duelo crónico

El doliente es absorbido por constantes recuerdos y es incapaz de reinser-tarse en la sociedad.

Duelo patológico

La persona se ve superada por la gravedad de la pérdida y los equilibrios físicos y psíquicos se rompen.

Dos signos concretos indican que la persona está recuperándose de un duelo:

- La capacidad de recordar y de hablar de la persona perdida sin llorar ni desconcertarse.
- La capacidad de establecer nuevas relaciones y de aceptar los retos de la vida.

Intervenciones para evitar el duelo patológico

Antes del fallecimiento:

- Brindar al paciente la información acerca del diagnóstico y pronóstico que solicite, sin mentir y manteniendo la esperanza
- Brindar información detallada a la familia acerca del diagnóstico, pronóstico y posibles complicaciones de la enfermedad
- Educar a la familia en el cuidado del paciente en cada etapa de la enfermedad
- Brindar mayor presencia del Equipo Asistencial en la agonía
- Informar a la familia sobre los trámites administrativos de la muerte

Después del fallecimiento:

- Aclarar dudas
- Desculpabilizar
- Reconocer a los familiares los cuidados que brindaron al fallecido
- Psicoeducar a los dolientes en las fases y tareas del duelo
- Seguimiento de familiares en los que se identificaron factores de riesgo de duelo patológico

Resumen

El duelo es una reacción natural ante la pérdida de un ser querido. Incluye manifestaciones físicas, psicológicas y sociales.

La intensidad y duración es proporcional a la dimensión y significado de la pérdida.

En principio, no requiere del uso de psicofármacos para su resolución.

No debe privarse a la persona de la oportunidad de experimentar un proceso que puede tener un efecto recompensante y que fomenta la maduración.

Hay que alentar la expresión de los sentimientos en vez de administrar psicofármacos (si no están indicados).

