

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

O

LA MEDICINA PALIATIVA

- **Calidad de vida:** A las condiciones **físicas, psicológicas y sociales** concretas, que permiten al paciente en situación terminal **actuar** de acuerdo a sus **objetivos, expectativas y creencias**, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales.
- **Claudicación familiar:** A los desajustes en la adaptación de la familia a la condición del enfermo, originados por la aparición de **nuevos síntomas o la reaparición de algunos** de ellos, que provocan **angustia, depresión** y que llevan al **abandono** del cuidado del enfermo en situación terminal.
- **Cuidados Paliativos:** Al cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

- **Enfermo en situación terminal:** A la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida **inferior a seis meses**.
- **Obstinación terapéutica:** A la adopción de medidas **desproporcionadas** o **inútiles** con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.
- **Plan de cuidados paliativos:** Al conjunto de **acciones indicadas, programadas y organizadas** por el médico tratante, **complementadas y supervisadas** por el **equipo multidisciplinario**, las cuales deben proporcionarse al enfermo en situación terminal, en función de su padecimiento específico, otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados al mismo.

CUIDADOS PALIATIVOS O LA MEDICINA PALIATIVA

Derivado del latín (*pallium*) que significa “capa, encubrir y atenuar” cuando ya no existe la posibilidad de curar, por lo que en relación al significado etimológico la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda la siguiente definición:

Acciones enfocadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares que se enfrentan a problemas relacionados con enfermedades amenazantes para la vida, mediante la prevención y alivio del sufrimiento a través de la identificación oportuna e impecable evaluación y tratamiento del dolor, de problemas físicos, psicológicos y espirituales.

Se aplican progresivamente a medida que la enfermedad avanza y en función de las necesidades de los pacientes y familias, no se limita a los últimos días de vida de la persona.



Un poco de historia...

- Antes los médicos atendían a sus pacientes con el único propósito de aliviar los síntomas y proporcionar bienestar.
- La mayoría de las personas morían en sus casas.
- A finales del siglo XIX, nuevos descubrimientos terapéuticos permiten curar enfermedades hasta entonces letales.
- El médico cambia su papel de cuidador por uno más autoritario y paternalista: el paciente ya no estaba en manos de Dios sino en manos suyas.
- Al médico se le enseñó a curar, por lo que los enfermos moribundos perdieron importancia médica, ya que no se podía hacer nada por ellos

- Europa. Era medieval Instituciones cristianas: hospicios u hospitales:

Estaban instalados en rutas transitadas, atendían a viajeros, huérfanos y peregrinos; se enfocaban más en lo caritativo que en lo curativo; no eran lugares enfocados solo para los moribundos.

- 1842. Lyon, Francia. Mme. Jeanne Garnier fundó los Hospicios o calvarios para el cuidado de pacientes terminales.
- 1879, Hospice en Dublin
- 1905, Londres, Hermanas de la caridad irlandesas
- 1948, Londres, Cicely Saunders. Elizabeth Kubler Ross



El inicio oficial...

1967, St. Christophers Hospice, en Londres.

- Sus logros demostraron que un buen **control de síntomas**, una adecuada **comunicación** y el **acompañamiento** emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos y de sus familias.
- Movimiento Hospice: Atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multidisciplinario; no con la finalidad de alargar la vida, sino de mejorar su “calidad de vida”



En 1980, la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos.

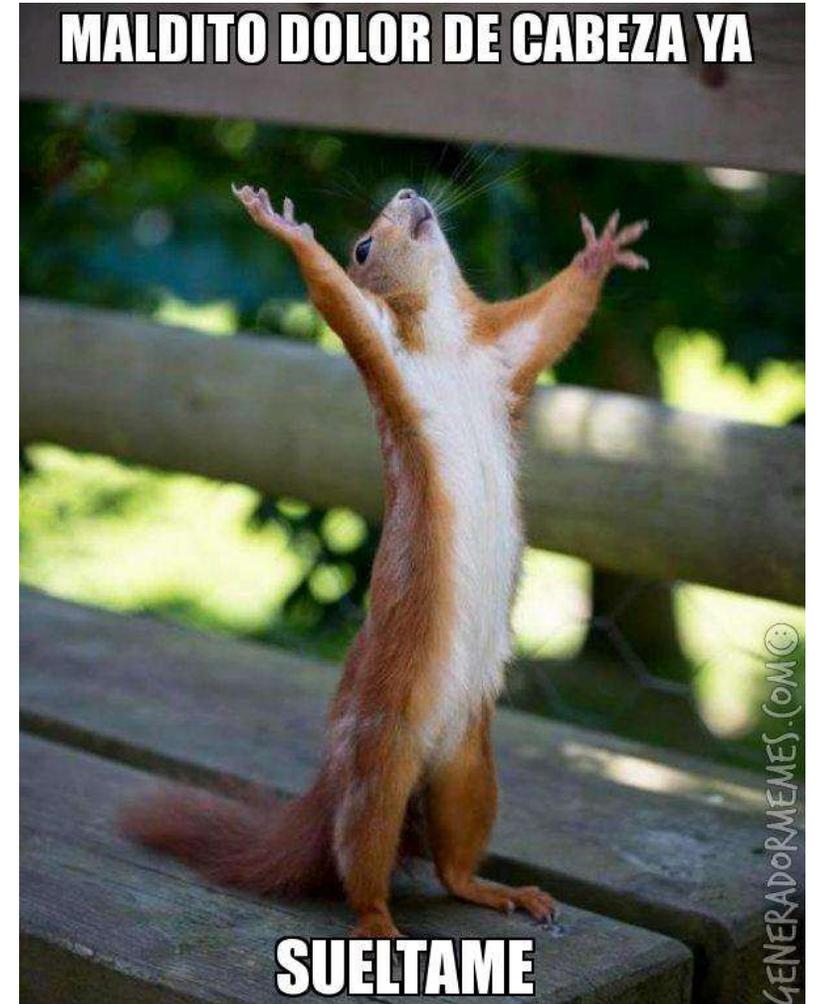
OMS: 1990. Es la atención activa y total de los pacientes y familias por parte de un equipo multiprofesional cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es corta.

OMS: 2002. Los cuidados paliativos son un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias, de cara a los problemas asociados a una enfermedad mortal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación precoz y la valoración y tratamientos impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.



Principales objetivos de la medicina paliativa

- Aliviar el dolor y otros síntomas molestos para el paciente.
- Atender psicológica y espiritualmente a los enfermos terminales para que puedan aceptar su propia muerte y prepararse para ella en la forma más completa posible.
- Ofrecer un sistema de apoyo que ayude a los pacientes a llevar una vida lo más activa y creativa posible hasta que sobrevenga la muerte, promoviendo de este modo su autonomía, su integridad personal y su autoestima.
- Brindar un sistema de apoyo que ayude a las familias a afrontar la enfermedad del paciente y a sobrellevar el periodo de duelo.



La medicina y los cuidados paliativos...



- Afirman la vida y reconocen que el morir es un proceso normal.
- No busca acelerar ni posponer la muerte.
- Ofrecen un cuidado terminal intensivo.
- Buscan evitar que los últimos días se conviertan en días perdidos, ofreciendo un tipo de atención apropiada a las necesidades del moribundo.
- La medicina paliativa se opone también firmemente a la eutanasia.

ASPECTOS BIOETICOS

Principios Bioéticos

- **AUTONOMIA:** Dar la posibilidad al paciente de decidir sobre los estudios y tratamientos a realizar
- **BENEFICENCIA:** Hacer todo lo que esté a nuestro alcance por el bien de nuestros pacientes.
- **NO MALEFICENCIA:** Está prohibido realizar un daño al paciente, al menos mayor de la enfermedad que ya posee. Ej: iatrogenia, aborto directo, eutanasia.
- **JUSTICIA:** Dar a cada cual lo que le corresponde. Por ejemplo el derecho de todos los pacientes en fase terminal de acceder a los cuidados paliativos.

Valores y principios éticos relevantes en medicina paliativa

1. Inviolabilidad de la vida humana

2. Proporcionalidad terapéutica

3. Doble efecto

4. Veracidad en la comunicación

5. No abandono

Inviolabilidad de la vida humana y el deber de respetar la vida y la muerte

- La OMS estableció que, entre los objetivos específicos de los cuidados paliativos, está el **afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal, que nunca debe acelerarse ni posponerse voluntariamente.**
- El derecho de “**morir con dignidad**” no puede ser entendido como el “derecho a morir”, en sentido de un supuesto derecho a la libre disposición de la vida propia o ajena, sino como **el derecho a recibir una asistencia solidaria en la etapa final de la vida.**

Principio de proporcionalidad terapéutica.

- Sostiene que existe la obligación moral de implementar **solo** aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible.
- Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporcionalidad no se cumple, se consideran “desproporcionadas” y no son moralmente obligatorias.
- Por tanto, omitir o suspender medidas que han sido juzgadas como desproporcionadas es moralmente legítimo y, en algunos casos, puede llegar a ser incluso moralmente obligatorio

Principio de proporcionalidad terapéutica

Elementos a tener en cuenta para juzgar la proporcionalidad de una determinada intervención médica:

1. Utilidad o inutilidad de la medida.
2. Alternativas terapéuticas, con sus respectivos riesgos y beneficios.
3. Pronóstico en sentido amplio: Sobrevida y calidad de vida.
4. Costos en sentido amplio: Cargas físicas, psicológicas, morales, sociales, económicas, etc.
5. Disponibilidad real de la medida y cumplimiento de los requisitos necesarios para implementarla.
6. Circunstancias concretas del individuo, incluyendo sus valores y prioridades.

Principio del doble efecto terapéutico

Este principio señala las condiciones que deben cumplirse para que un acto, que tiene, o puede tener, simultánea e inseparablemente efectos buenos y malos, sea moralmente licito:

- Que la acción en si misma sea buena o , al menos, indiferente.
- Que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino solo tolerado.
- Que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo.
- Que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.
- Ej: dosis altas de opioides

Veracidad en la comunicación de “malas noticias”

- Comunicar la verdad al paciente y a sus familiares es una obligación moral no solo porque la veracidad es una virtud, sino también porque la comunicación de la verdad genera la **confianza** necesaria para que se establezca una buena **alianza terapéutica** y posibilita la participación activa del enfermo en la toma de decisiones. (autonomía)
- Conspiración del silencio.
- Existen circunstancias en las que podría ser prudente postergar la entrega de la información a un enfermo determinado. No revelar “toda” la verdad acerca del diagnóstico y/o pronóstico no necesariamente implica mentirle, ni violar su dignidad y autonomía.

Deber moral de no abandonar al paciente y/o su familia.

- Es éticamente reprobable abandonar a un paciente que rechaza determinadas terapias, aun cuando los profesionales de la salud consideren que ese rechazo es inadecuado.
- La atención de enfermos terminales nos confronta necesariamente con las realidades del sufrimiento y la muerte, frente a las que pueden surgir la sensación de impotencia y la tentación de evadirse.
- Ello pone a prueba la verdad de nuestro respeto por la dignidad de toda persona, incluso en condiciones de extrema debilidad y dependencia.

Control de síntomas en medicina paliativa

¿Qué entendemos por control de síntomas?

El control de síntomas en el paciente en fase avanzada es la base en la que se sustentan los demás principios en cuidados paliativos.

A lo largo de la evolución de su enfermedad, los enfermos terminales “generalmente los neoplásicos” van a presentar múltiples síntomas de intensidad variable, cambiante y de origen multifactorial.



Puntos importantes

- Previo a cualquier tratamiento, realizar una evaluación etiológica que nos permita determinar si un síntoma es atribuible a la enfermedad terminal o secundaria a los tratamientos recibidos.
- Determinar la necesidad de tratar un síntoma en función de la fase evolutiva del paciente y valorar la relación daño/beneficio (no siempre lo más adecuado es tratar los síntomas; por ejemplo, administrar antibióticos en un paciente moribundo con fiebre de probable origen infeccioso).
- Iniciar el tratamiento lo antes posible y realizar un seguimiento de la respuesta al mismo.
- Elegir tratamientos de posología fácil de cumplir, adecuar la vía de administración a la situación del paciente y mantener la vía oral siempre que sea posible.

- Evitar la polimedicación y no mantener medicamentos innecesarios hasta el último momento.
- Informar al paciente y en su defecto “previo permiso” a su familia o cuidador principal, de la situación clínica y las posibilidades reales de tratamiento de los distintos síntomas.
- Es necesario informar y resolver todas las dudas que puedan surgir, así como consensuar las decisiones a tomar con el paciente teniendo en cuenta también a la familia.



Es un síntoma muy frecuente en los pacientes con cáncer y suele generar un importante impacto emocional tanto en el paciente como en su entorno.

Es necesario explicar la naturaleza del problema y las limitaciones de su tratamiento.

Antes de iniciar el tratamiento debemos descartar causas reversibles: Fármacos, depresión, estreñimiento, dolor, mucositis, náuseas y vómitos, saciedad precoz.



En el tratamiento de la anorexia-caquexia de los pacientes se han utilizado múltiples fármacos. Los más avalados en ensayos clínicos son los corticoesteroides y el acetato de megestrol.

- Corticoesteroides (Prednisona, Dexametasona):** Producen aumento del apetito y de la sensación de bienestar que desaparece al cabo de 2-4 semanas, sin efecto sobre el peso corporal y con importantes efectos secundarios.

Se utilizan a dosis bajas y durante periodos de tiempo cortos “Por lo que se recomienda en pacientes con corta esperanza de vida”

Dexametasona 4-8 mg Prednisona 10-15 mg

- Acetado de megestrol:** Múltiples estudios avalan su utilización en pacientes con cáncer o sida, produce aumento del apetito y ganancia de peso.

Se utiliza a dosis de 160-800 mg/día, siendo la dosis habitual de 320-800 mg/día.

- Otros fármacos utilizados en el tratamiento de la anorexia son la ciproheptadina, derivados del cannabis, mirtazapina y olanzapina.

Es uno de los síntomas más frecuentes y pueden existir múltiples factores que influyen en la astenia: Paciente oncológico con los tratamientos antitumorales, mal control de otros síntomas, anemia, infecciones, hipoxia, alteraciones metabólicas o endocrinas, fármacos, trastornos del ánimo, etc.

En una revisión sistemática no se encontró suficiente evidencia para recomendar un tratamiento específico

Corticoesteroides: Prednisona 20-40 mg/día o Dexametasona 4-6 mg/día.

Psicoestimulantes: Metilfenidato 5-10 mg por la mañana y 5 mg por la tarde.

Pacientes con anorexia-caquexia: Acetato de megestrol 320-800 mg/día.



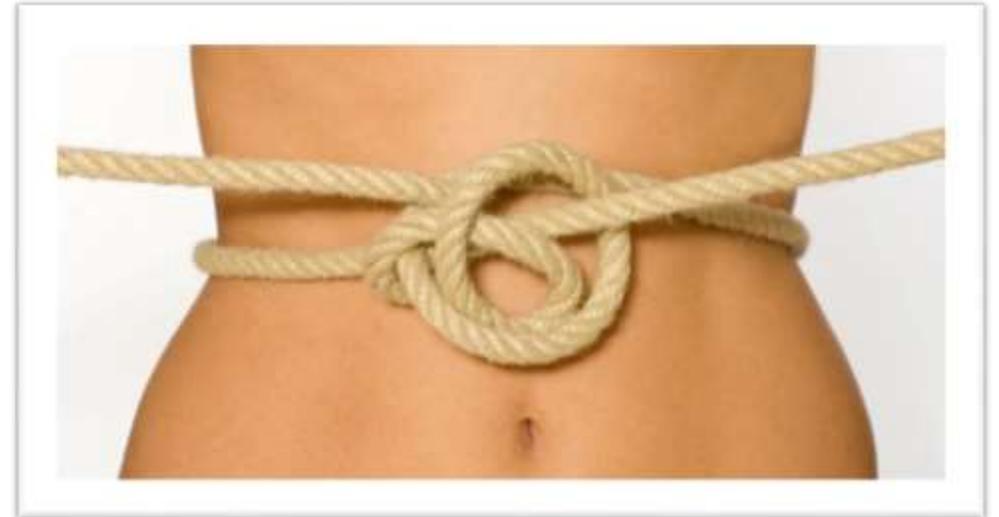
Es un síntoma que puede aparecer hasta en el 90% de los pacientes terminales.

Sus causas principales son:

- Inactividad
- Deshidratación
- Alteraciones metabólicas,
- Enfermedades neurológicas
- Fármacos (opioides, anticolinérgicos).

Puede causar o exacerbar otros síntomas:

- Flatulencia
- Dolor abdominal
- Anorexia
- Náuseas
- Vómitos,
- Disfunciones urinarias
- Confusión.



Deben administrarse laxantes de forma profiláctica a los pacientes a los que se les administre opioides.

Existen diferentes tipos de laxantes:

- **Reguladores** (aumentan el volumen de la masa fecal).

Son poco útiles en el enfermo oncológico avanzado. Por ejemplo: metilcelulosa, salvado, psilio.

- **Detergentes** (permiten el paso de agua a la masa fecal). Por ejemplo: parafina. Latencia de 6-12 horas.

- **Osmóticos** (retienen agua en la luz intestinal). Período de latencia de uno a dos días. Por ejemplo: Lactulosa, Lactitol y Polietilenglicol.

- **Estimulantes** (aumentan el peristaltismo intestinal). Período de latencia de 6-12 horas. Están contraindicados si se sospecha obstrucción intestinal. Por ejemplo: Senosidos AB.

Síntoma mucho menos frecuente que el estreñimiento en el paciente terminal, con la excepción de enfermos con sida.

Su causa más común en pacientes con cáncer avanzado por el uso de laxantes, también puede producirse de forma secundaria al uso de otros fármacos (antibióticos).



- **Loperamida** 4 mg/3-4 veces al día.
- **Codeína** 30-60 mg/6-8 horas (presenta efectos colaterales a nivel central).
- **Octreotida** a dosis de 100-150 mcg tres veces al día por vía subcutánea

Están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado.

Con frecuencia de origen multifactorial.

Las principales causas a evaluar y descartar son: Las secundarias al propio tratamientos, alteraciones iónicas, estreñimiento, obstrucción intestinal, gastroparesia, alteraciones cerebrales.

Es necesario tratar las causas reversibles, en pacientes al final de la vida puede ser razonable realizar únicamente tratamiento empírico de los síntomas.

Es de elección la vía subcutánea si existen: vómitos repetidos, obstrucción intestinal o malabsorción gastrointestinal.



Vómitos inducidos por opioides:

- **Haloperidol** 1,5-10 mg/12-24 horas, por vía oral o subcutánea “Existe poca evidencia de su utilidad”.
- **Metoclopramida** 5-20 mg/6-8 horas, por vía oral o subcutánea.
- Fenotiacinas a dosis bajas: **Levomepromazina** 6,25 mg/1 o 2 veces día. Otros: **Risperidona** u **Olanzapina** 1 mg al día

Vómitos por quimioterapia:

- **Ondansetron** 8-16 mg/24 horas.
- **Dexametasona** 4-20 mg/24 horas, por vía oral, subcutánea o intramuscular.
- **Lorazepam** 0,5-1 mg en vómitos anticipatorios a la quimioterapia.

Estasis gástrica: Metoclopramida u otros procinéticos.

En caso de obstrucción intestinal usar:

- Antieméticos: **Haloperidol** por vía subcutánea, 2,5-5 mg/8-12 horas / **Metoclopramida** 10-20 mg/8 horas
- Tratamiento del dolor
- Dolor cólico con **Hioscina** 10-20 mg/6 horas.
- Dolor continuo, Utilizar opioides, morfina subcutánea.
- Dexametasona**: 40-80 mg/24 horas. Parenteral.

Vómitos por Hipercalcemia: valorar la necesidad de tratarla según el estado clínico y evolutivo del paciente.

En pacientes en cuidados paliativos con náuseas y vómitos de causa desconocida el tratamiento empírico indicado puede ser la utilización de Metoclopramida o Haloperidol.

El tratamiento es paliativo y debe ajustarse a las expectativas de vida del paciente:

- Nutrición enteral o parenteral, radioterapia paliativa, prótesis esofágica.
- Dexametasona oral o parenteral 8 mg/24 horas

Si existe sialorrea usar fármacos con efecto anticolinérgico: Amitriptilina, Hioscina, Atropina bucal.



Etiología habitual: linfomas, tumores sólidos, infecciones, toxemia por afectación hepática, alteraciones endocrinas, hipoglucemia, hipertiroidismo, fármacos corticoides, antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina, tamoxifeno, antipiréticos, aciclovir, antibióticos, omeprazol, neurolépticos, dolor, ansiedad.

- Fármacos antiinflamatorios o dexametasona a dosis de 1-2 mg al día.
- Fármacos con efecto anticolinérgico: Amitriptilina 10-50 mg al día, Oxibutinina 2,5 mg tres veces al día.
- Cimetidina 400-800 mg/día.



Es un síntoma poco frecuente pero que produce gran incomodidad en los pacientes que lo sufren.

Su etiología es diversa: Lesiones del sistema nervioso, dolor óseo, alteraciones metabólicas, insuficiencia respiratoria, fármacos (diuréticos, fenotiazinas, morfina, salbutamol, etc.).

Se utilizan, aunque con poca evidencia científica, los siguientes fármacos:

- **Clonazepam:** 0,5-2 mg/6-8 horas.
- **Diazepam:** 5-10 mg/8 horas.
- **Baclofeno:** 5-30 mg/3 veces al día.
- **Carbamazepina:** 200 mg/12 horas.
- **Gabapentina:** 600 mg/día.
- **Quinina:** 300 mg/noche.

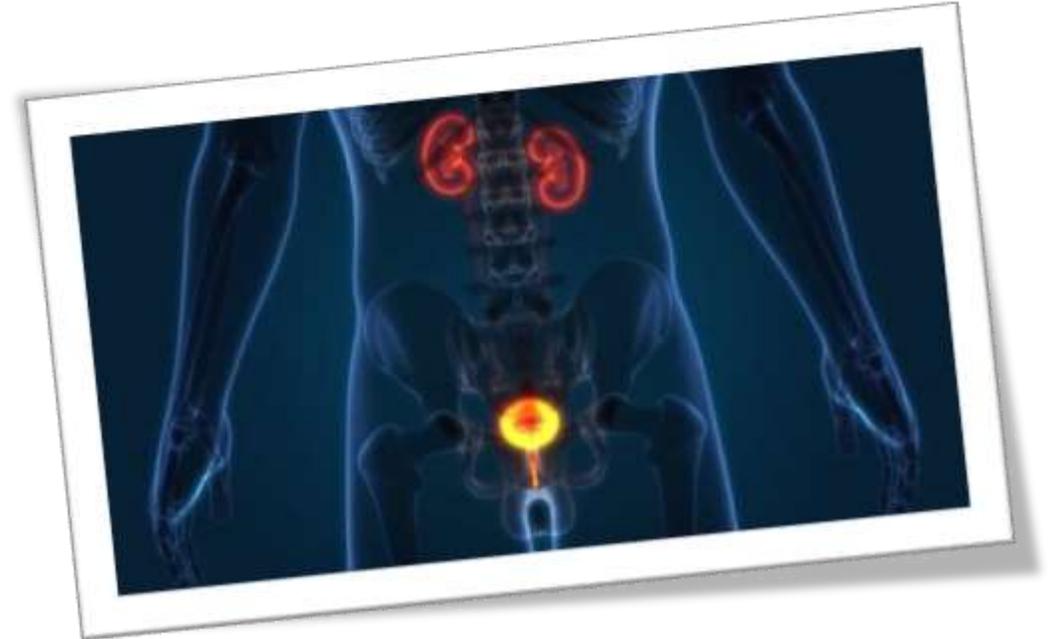


Se define así al dolor suprapúbico intermitente que se produce por espasmo del músculo detrusor de la vejiga.

Puede deberse a: Infiltración tumoral, sondaje vesical, infección urinaria y estreñimiento.

Tratar según la etiología: Antibióticos en las infecciones urinarias, laxantes en el estreñimiento, cambio de la sonda urinaria o disminución del inflado del balón.

- **Amitriptilina:** 25-50 mg/día.
- **Hioscina:** 10-20 mg/8 horas oral o subcutánea.
- **Oxibutinina:** 2,5-5 mg/6 horas.
- **Tolterodina:** 1-2 mg/12 horas.
- **Antiinflamatorios no esteroideos.**
- Instilar en la vejiga 20 ml de **lidocaína al 2%** diluida en suero salino



Se produce hematuria con frecuencia en pacientes con neoplasias de vías urinarias, aunque también puede ser secundaria a una infección urinaria o al tratamiento oncológico (cistitis secundaria a la radioterapia o la quimioterapia).

En su tratamiento es necesario descartar la existencia de una infección urinaria mediante cultivo de orina.

Otras posibilidades terapéuticas son:

- Lavado vesical mediante sonda de tres vías con suero salino fisiológico frío.
- Utilización de fibrinolíticos como el **Acido Tranexamico** 500 mg/8 horas o **aminocaproico** 4 g/6-8 horas por vía oral.

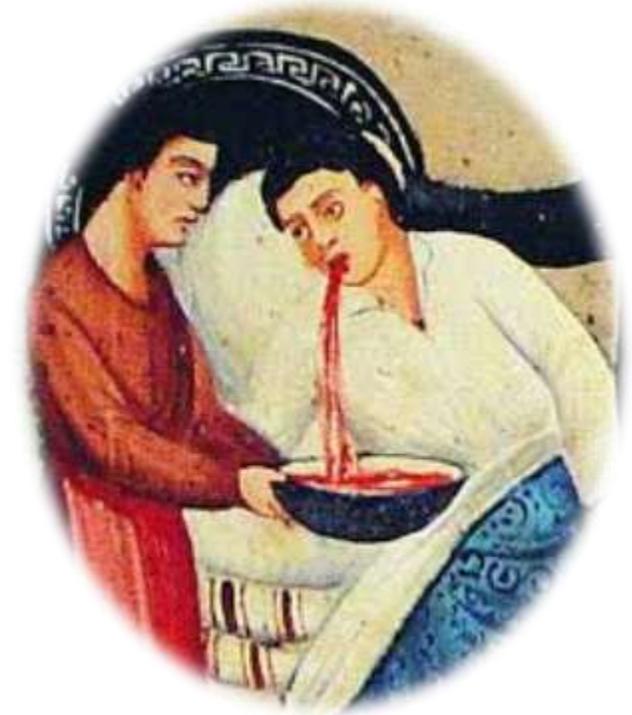


La hemoptisis se define como la expectoración de sangre procedente del tracto respiratorio bajo.

Es necesario diferenciarla de la hematemesis.

Habitualmente se produce por la presencia de una causa a nivel del árbol respiratorio o por alteraciones de la coagulación.

Se califica como masiva cuando el sangrado es mayor de 100-200 ml en 24 horas.



- **Medidas generales:** Reposo en decúbito lateral del lado sangrante y uso de toallas de color oscuro.
- **Antitusivos (Codeína, Dextrometorfano):** Son de utilidad cuando la tos aumenta la expectoración hemoptoica.
- **Acido tranexámico y ácido aminocaproico:** Son agentes antifibrinolíticos utilizados habitualmente por vía oral en el tratamiento paliativo de pacientes con hemorragias, a pesar de que no existen estudios de calidad que demuestren su efectividad.

Es un reflejo respiratorio debido a la contracción involuntaria, súbita y espasmódica de los músculos inspiratorios, lo que causa una inspiración que es abruptamente interrumpida por el cierre brusco de la glotis.

El hipo se clasifica según la duración en:

- Agudo (hasta 48 horas)
- Persistente (duración mayor de 48 horas)
- Intratable (más de un mes).

El hipo puede originarse por múltiples causas que habitualmente se localizan en el tracto gastrointestinal (la más frecuente es el reflujo gastroesofágico), tórax y sistema nervioso central, también puede ser secundario al uso de fármacos (dexametasona, diazepam, midazolam, tramadol, etc.).

•**Gabapentina:** puede ser una medicación de primera línea en cuidados paliativos porque no tiene metabolismo hepático y las interacciones farmacológicas no son significativas. Dosis: 300-400 mg/8 horas por vía oral.

•**Clorpromazina:**

Dosis inicial 25 mg/8 horas por vía oral o intramuscular.

Incremento de dosis: si el hipo persiste a los tres días pautar 25 mg/6 horas. Dosis máxima: 50 mg/6 horas.

•**Metoclopramida:** 10 mg/3-4 veces al día.

Es un síntoma muy frecuente en pacientes con cáncer. Sus causas son múltiples.

Las principales son:

Control deficiente de otros síntomas como dolor, vómitos, ansiedad, nicturia, etc.

Fármacos estimulantes (esteroides, antidepresivos, cafeína, etc.).

Trastornos psiquiátricos, incluido el miedo a “dormirse definitivamente”.

- En insomnio de conciliación: **Hipnóticos (Zolpidem, zopiclona, zaleplon).**
- En insomnio de mantenimiento: **Benzodiacepinas (Lorazepam, lormetazepam, flunitrazepam).**
- En pacientes con trastornos del ánimo e insomnio son de utilidad los **antidepresivos con perfil sedativo: Amitriptilina 10-25 mg/noche, Trazodona 50-150 mg/noche, mirtazapina 15-30 mg/noche.**
- En insomnio asociado a delirium son de utilidad los **Neurolépticos: Haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina.**



Síndrome confusional agudo (delirio y agitación)

El delirio es el trastorno cognitivo más frecuente, se produce hasta en un 80% de los pacientes y puede ser un factor de mal pronóstico.

Alteración del estado de conciencia con pérdida de memoria y desorientación temporo-espacial que se produce en un corto período de tiempo (horas/días) y que suele ser fluctuante a lo largo del día.

Puede ser de tres tipos:

Hipoactivo (predomina la letargia)

Hiperactivo (predomina la agitación)

Mixto (alternan los períodos de letargia y agitación).

Suele ser multifactorial y en la mayoría de los casos no es posible realizar un diagnóstico etiológico.



Las principales causas son: Infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas, trastornos metabólicos, fármacos, insuficiencia hepática o renal, anemia, impactación fecal, retención urinaria, supresión brusca de medicación, deshidratación, etc.

El tratamiento debe ser etiológico si se identifica la causa.

•**Neurolépticos: Haloperidol** es el fármaco de elección 2,5-5 mg/8-12 horas, por vía oral o subcutánea. En crisis aguda una dosis de 5-20 mg y si a los 20-30 minutos no es eficaz, se administra una segunda dosis o se añade **Midazolam** 5-15 mg por vía subcutánea o intravenosa.

En caso de confusión y agitación en un paciente moribundo puede iniciarse la sedación con **Levomeprozina** 12,5-25 mg/4-6 horas por vía subcutánea o con **Midazolam**, inicialmente un bolo subcutáneo de 5-15 mg, y posteriormente bolos de 5 mg/2-4 horas o en infusión continua 30-100 mg/24 horas.

Otros neurolépticos utilizados en el tratamiento del delirio son:

Quetiapina a dosis inicial de 25-50 mg/día

Risperidona 0,25-3 mg/12-24 horas

Olanzapina 2,5-10 mg/12 horas.

Causas: Hiponatremia, hipoglucemia, alteraciones del calcio, EVCs, edema cerebral el tratamiento consiste en utilizar dexametasona a dosis de 4 mg/6 horas.

Cuando un paciente presenta una crisis convulsiva se debe tratar inicialmente

Diazepam: 5-20 mg por vía i.v. o rectal.

Midazolam: 5-30 mg por vía subcutánea/nasal.

De no ceder la crisis se puede repetir la dosis a los 15 minutos.

Una vez finalizada la crisis convulsiva se inicia tratamiento de base con fármacos anticonvulsivantes

Levetiracetam inicio con 500 mg cada 12 horas por vía oral o subcutánea.

Acido valproico a la dosis de 15 mg/kg/día, repartidos en 3 dosis.

Fenitoina inicio 15mg/kg en 250 cc Solución Salina 0.9% via parenteral con dosis 7.5 mg/kg/ dia fraccionada en 3 dosis de mantenimiento