



**UNIVERSIDAD  
DEL SURESTE**



**ESCUELA DE MEDICINA  
5to Semestre  
Grupo "B"  
Medicina del trabajo**

## **Resumen**

**Dr. Ana Laura Domínguez**

**Presenta:**

- **Adrián Espino Pérez**

## CONTROL DE SÍNTOMAS

El control de síntomas es uno de los instrumentos básicos de la Medicina Paliativa, suponiendo un procedimiento complejo orientado a evaluar, analizar y estructurar los datos clínicos para posteriormente planificar una estrategia terapéutica ajustada a la situación clínica de la unidad Paciente-familia.

**Los principios generales del control de síntomas** (Propuestos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos- SECPAL) son:

1. Evaluar antes del inicio del tratamiento.
2. Explicar las causas de estos síntomas para que el paciente sea capaz de comprenderlos y las medidas terapéuticas a aplicar. De la misma manera se debe explicar a la familia, puesto que si están bien informados serán más colaboradores y facilitarán el control de síntomas.
3. La estrategia terapéutica debe ser general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma, que a su vez comprende medidas farmacológicas y no farmacológicas. Se debe hacer un seguimiento de la situación para evaluar la aparición de nuevos síntomas.
4. Siempre se debe de administrar un tratamiento individualizado.
5. Hacer una monitorización de los síntomas.
6. Optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que han sido aplicadas.
7. Dar instrucciones correctas, concretas y completas sobre el tratamiento.
8. Administrar tratamiento preventivo, para evitar la aparición de los síntomas.
9. Revisar el tratamiento continuamente, para evitar los efectos secundarios y ajustar el tratamiento a las necesidades del paciente que se irán modificando de forma progresiva.
10. No hay que limitar los tratamientos al uso de fármacos.

En los Cuidados Paliativos **evaluar** es una tarea compleja, puesto que aquello que se quiere conocer depende de la interpretación subjetiva de cada sujeto, por otro lado el profesional debe evitar atribuir los síntomas al mero hecho de tener cáncer o la enfermedad que haya determinado la situación paliativa, y debe preguntarse por el mecanismo fisiopatológico.

Es necesario hacer una **evaluación multidimensional** y conocer de forma **estructurada** la siguiente información:

-**Etiología** de cada síntoma, localización, factores precipitantes y de alivio, la respuesta dependiendo del tratamiento pautado

-**Intensidad** según la escala numérica, visual analógica u otras, en diferentes momentos. Registrando el número de crisis, el mecanismo desencadenante etc.

-**Impacto funcional**, la repercusión que supone en las actividades básicas de la vida diaria del paciente y en las actividades instrumentales.

-**Impacto emocional** y análisis de los factores que desencadenan o incrementan el síntoma.

-**Impacto sobre la unidad familiar**, la ausencia o insuficiencia de soporte familiar/ cuidadores, el aislamiento social, familiares enfermos, menores a cargo, etc.

-**Impacto emocional sobre la familia**, familiares no competentes para el cuidado emocional del enfermo, familias difíciles, con duelos patológicos previos no resueltos, con falta de aceptación o negación de la realidad.

-**Actitudes y conductas**: problemas relacionales, roles insuficientemente definidos, sobreimplicación familiar, familias reivindicativas o demandantes.

-**Repercusión práctica**, dificultades económicas, barreras arquitectónicas, condiciones inadecuadas de la vivienda.

El instrumento fundamental para llevar a cabo la valoración de la unidad Paciente-Familia en todos los niveles asistenciales es la **Historia Clínica de Cuidados Paliativos**. Es, sin duda, el elemento esencial a partir del cual se podrán analizar y estructurar los datos clínicos. También será el instrumento de coordinación entre los integrantes del equipo para diseñar, implementar y realizar el seguimiento de las estrategias de intervención. Los contenidos de la Historia Clínica de Cuidados Paliativos incluyen:

### **1. Valoración de la enfermedad:**

La valoración de la enfermedad es imprescindible para determinar la situación evolutiva e identificar los criterios de terminalidad del proceso, constituyendo junto a otros un elemento necesario para establecer o no la inclusión de la unidad paciente-familia en el programa de cuidados paliativos.

Elementos a considerar:

- Alergias
- Antecedentes familiares y personales

- Diagnóstico primario, evidencia pronóstica.
- Diagnósticos secundarios (demencia, enfermedad mental, traumatismos, etc.).
- Comorbilidad (delirio, insuficiencia orgánica, etc.).
- Tratamientos farmacológicos, cumplimiento terapéutico, efectos adversos medicamentosos (efectos secundarios, toxicidad, etc.).

## **2. Valoración física:**

La evaluación de signos y síntomas en el paciente paliativo no sólo pretende su detección y cuantificación sino que además, ayuda al paciente a verbalizar la percepción propia de su situación y necesidades. Estos datos han de complementar los datos objetivos obtenidos por los profesionales. Cuando el paciente no está en condiciones de expresar sus propias sensaciones, la información se tendrá que obtener del entorno familiar así como de aquellos profesionales que participan en sus cuidados.

El control de síntomas constituye uno de los pilares de la intervención en Cuidados Paliativos e implica:

- Realizar una evaluación exhaustiva del número y la intensidad de los síntomas que sufre el paciente (utilizar recursos que permitan cuantificar los síntomas y evaluar su progresión).
- Valorar el mecanismo que provoca cada uno de los síntomas.
- Valorar el impacto que produce el síntoma en la calidad de vida del paciente.
- Determinar factores que provocan o aumentan cada síntoma.

## **3. Valoración funcional:**

La evaluación de la capacidad funcional es fundamental a la hora de establecer decisiones terapéuticas y de desarrollar criterios predictivos de supervivencia.

Existen múltiples instrumentos de uso habitual tanto en oncología (Karnofsky y ECOG) como en geriatría (Barthel, Katz y Lawton- Brody) y, en los últimos años, escalas funcionales de Cuidados Paliativos (Palliative Performance Scale (PPS) y Escala Funcional del Edmonton (EFAT)). No obstante, ninguna escala ha de sustituir una adecuada evaluación profesional y, en no pocas circunstancias, habrá que individualizar y establecer medidas adaptadas a cada persona y situación concreta.

#### **4. Valoración psico-emocional:**

La enfermedad terminal incrementa la vulnerabilidad de los pacientes. Ansiedad, depresión, miedo, fatigabilidad, dificultades en la comunicación, soledad, rabia, pérdida de autoestima, estrés, etc. son situaciones emocionales habituales en el paciente paliativo, con repercusión sobre el entorno familiar y profesional más próximo. La evaluación psicológica es imprescindible, no obstante, es de especial utilidad adaptar los instrumentos al contexto específico buscando que sean sencillos, cortos y fácilmente comprensibles, en los que la empatía de la relación paciente-profesional constituya el primer elemento terapéutico. Las necesidades psico-emocionales se pueden agrupar en tres grandes bloques:

- Identificación de la existencia de malestar emocional, cómo valora el enfermo dicho malestar y con qué lo relaciona.
- Valoración/identificación de indicadores que permiten la detección de reacciones emocionales no adaptativas.
- Valoración de la aparición de signos de depresión y /o ansiedad de forma específica, además de otros procesos psicopatológicos que pudieran aparecer en la evolución.

#### **5. Valoración socio-familiar:**

El objetivo de la intervención desde la óptica paliativa implica siempre a la unidad paciente-familia. La valoración socio-familiar es imprescindible y debe incluir:

- Estructura familiar: componentes del núcleo familiar y elementos de apoyo (amigos, vecinos, organizaciones no gubernamentales, etc.)
- Funcionamiento familiar: genograma, existencia de relaciones familiares conflictivas y sus causas, creencias y valores personales, sociales y culturales de la familia.
- Actividad social: hábitos, distracciones, aficiones.
- Entorno: habitabilidad, seguridad, confortabilidad, privacidad, intimidad.
- Expectativas familiares ante la enfermedad, organización para proveer los cuidados, preparación, comunicación con el paciente, experiencias previas, decisiones sobre lugar de fallecimiento, etc.
- Identificación de roles, especialmente el del cuidador principal, los cuidadores secundarios y consejeros. Identificación de los miembros más vulnerables de la familia (niños, ancianos, otros familiares que vivan fuera). La existencia de un “portavoz” de la familia que reciba y transmita la información sobre el estado clínico

del paciente puede ser un factor positivo en algunas situaciones.

- Valoración aspectos legales: Registro de Voluntades Anticipadas, testamento, poderes.
- Grado de información: límites de confidencialidad establecidos por el paciente en cuanto a la información que desea compartir, qué miembros de la familia conocen el diagnóstico y pronóstico real de la enfermedad, identificación de estrategias de “conspiración de silencio”.
- Impacto de la enfermedad en la vida familiar y grado de estrés que genera.
- Cuidador/es/principal/es: parentesco, edad, necesidades físicas, psicoemocionales y espirituales, recursos económicos, riesgo de claudicación, índice de esfuerzo del cuidador, conocimientos, habilidades y capacidad de cuidados y autocuidados.
- Identificación y prevención de riesgo de duelo patológico.
- Recursos Socio-sanitarios: Preocupaciones sociales actuales del paciente y familia, red de apoyo y soporte social: vecinos, amigos, recursos sociales (Unidades de media estancia, residencias, centros de día, voluntariado y organizaciones no gubernamentales.
- Necesidad de material ortoprotésico.
- Recursos económicos, gastos.

## **6. Valoración espiritual:**

Las necesidades espirituales hacen referencia al conjunto de necesidades psicológicas, filosóficas o existenciales que, en el campo de los cuidados paliativos, adquieren especial relevancia en cuestiones como el sentido de la vida y de la muerte. Otros aspectos también implicados se refieren a los valores, creencias, símbolos, ritos y rituales que cada persona desarrolla a lo largo del ciclo vital. Se trata de experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales y que requieren una respuesta sensible cuya desatención puede entrañar sufrimiento.

El abordaje de estos aspectos implica la utilización de estrategias de comunicación basadas en el respeto a las creencias de cada uno, facilitando en todo momento la reflexión personal del propio paciente.

## **7. Valoración de sufrimiento y calidad de vida:**

Ambos conceptos, Sufrimiento y Calidad de Vida, constituyen sendos retos en la valoración paliativa. El sufrimiento puede ser entendido como un estado cognitivo y afectivo complejo y negativo, determinado por la sensación de amenaza a la integridad

que experimenta la persona que lo sufre, acompañado de un sentimiento de impotencia para hacerla frente generado por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales con los que podría afrontarla. Es un concepto multidimensional integrado por componentes tanto físicos como emocionales, espirituales y socio-familiares.

Valorar el sufrimiento implica identificar los elementos que paciente y familia viven como amenazantes a fin de llevar a cabo estrategias que permitan manejarlos y eliminar o minimizar su presencia. Estrategias como potenciar los recursos del paciente y familia, facilitar la ayuda espiritual que precisen, informar adecuadamente de los diagnósticos, tiempos de espera, alternativas de tratamiento, o favorecer la comunicación y el soporte psicológico, pueden contribuir en el sentido de aliviar el sufrimiento.

## **8. Valoración de la situación de últimos días:**

Se define la situación de agonía o últimos días como aquel estado que precede a la muerte en las enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. La evolución suele ser progresiva, su duración es habitualmente inferior a una semana, en el caso de disminución o pérdida de conciencia suele ser inferior a tres días. El incremento de las necesidades del paciente y familia exige un incremento de la intensidad y frecuencia de la intervención de los equipos asistenciales. Desde el punto de vista clínico, la agonía se caracteriza por la aparición de una serie de síntomas/ signos tanto a nivel físico como emocional que se van sucediendo y progresando. En la esfera física, debilidad, postración, disminución o pérdida de la ingesta por vía oral se suceden en el tiempo en un continuum. Además de esto, otros elementos hacen su aparición:

- 1.- Nuevos síntomas o empeoramiento de los previos.
- 2.- Pérdida del tono muscular
- 3.- Alteración del nivel de conciencia
- 4.- Cambios en los signos vitales
- 5.- Cambios en la circulación sanguínea
- 6.- Afectación sensorial
- 7.- Aparición de estertores

En la esfera emocional aparecen reacciones secundarias a la percepción de la muerte cercana o inminente, y esto, tanto en el paciente, como en la familia o en el propio equipo asistencial: Resignación, silencio, crisis agitación, ansiedad, frustración, cansancio, impotencia, rabia, etc., son frecuentes reacciones de estrés en la familia expresadas en mayores demandas de atención y soporte, solicitud de ingreso ante el miedo a la muerte en el domicilio, reivindicaciones o discrepancias terapéuticas fuera de

la realidad, etc. La situación no es estática y esto obliga a una revisión permanente de los elementos que aparecen en esta situación.

En la valoración de la situación de agonía se debe intentar abarcar de manera integral las necesidades suscitadas:

- Necesidades físicas del paciente, control de síntomas adecuado, establecer el plan de cuidados.
- Necesidades psicológicas, información y ayuda.
- Necesidades espirituales, creencias e ideas del paciente respecto a la espiritualidad.
- Necesidades familiares y sociales, anticipación de crisis cuya aparición se ven favorecidas por el impacto emocional que suponen los cuidados al paciente y la proximidad de la muerte. Los familiares más vulnerables, niños y ancianos, deben ser especialmente tenidos en cuenta.
- Existencia de voluntades vitales anticipadas, si el paciente en la situación de últimos días no tiene capacidad para poder expresarlas.

## **9. Valoración del duelo:**

El duelo es una reacción adaptativa normal ante la pérdida de un ser querido, cuya evolución habitual es la progresión hacia la superación. Para la mayoría de las personas implica sufrimiento, no obstante, la elaboración adecuada del proceso de duelo forma parte del crecimiento y maduración personal. Para una minoría, el proceso se puede complicar y traducirse en alteraciones de la salud física, mental o ambas.

El proceso de duelo se desarrolla en un contexto socio-cultural muy potente que condiciona sus formas, expresiones y conductas. Las sociedades en su desarrollo han ido propiciando mayores niveles de soledad a la persona que ha sufrido la pérdida, con menores recursos de apoyo.

Los objetivos fundamentales de la intervención paliativa se orientan a:

- Detectar precozmente el duelo complicado.
- Potenciar la elaboración del duelo de la manera más saludable y natural posible.

El proceso de duelo es difícil de determinar tanto en su inicio como en su final. Respecto a este último, un indicador útil hace referencia al momento en el que la persona es capaz de mirar hacia el pasado, recordar con afecto al familiar fallecido, pero incorporarse al presente y transitar hacia su futuro con expectativas positivas. Uno o dos años suele ser un periodo habitual de duelo. La valoración del duelo ha de iniciarse con la anticipación suficiente que permita identificar factores de riesgo de duelo complicado:

- Edad de la persona doliente (joven o anciano).

- Capacidad de afrontamiento ante situaciones estresantes previas.
- Tipo de relación previa con el fallecido (parentesco, nivel de apego, rol desempeñado por el fallecido en la familia).
- Características de la enfermedad o de la muerte.
- Aspectos relacionales: falta de disponibilidad de apoyo familiar y social, bajo nivel de comunicación con familiares y amigos.
- Otros factores influyentes: duelos previos no resueltos, pérdidas múltiples o acumulación de pérdidas, crisis concurrentes, obligaciones múltiples.

Tras el fallecimiento, se deben valorar las manifestaciones normales de duelo y revisar sistemáticamente su evolución en el tiempo. El seguimiento adecuado, permitirá identificar indicadores y situaciones que puedan desembocar en un duelo complicado, entendido este como la intensificación del duelo por encima de un nivel en el que la persona que lo sufre se encuentra sobrepasada en sus capacidades para afrontarlo, presenta conductas “maladaptativas” o se mantiene interminablemente en un estado de duelo, sin progresión del proceso hasta su terminación.

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS:

Que algo no tenga cura no significa que no deba ser estudiado. Si en la balanza de decisiones los inconvenientes de una prueba superan los beneficios a obtener, es obligado tomar la decisión de su realización o no de común acuerdo con quien realmente ha de sufrir el potencial inconveniente/beneficio.

Este esquema que parece tan sencillo y completamente cargado de lógica, muchas veces en el contexto de los cuidados paliativos, es aplicado desde el criterio exclusivo del profesional o desde el de los familiares. Ambos criterios tienen contaminantes importantes. El profesional busca obtener información a toda costa para fundamentar una decisión. Sin embargo, cuando la búsqueda se hace interminable, lo que traduce es la inseguridad propia de quien, abocado a una decisión, trata por todos los medios de convencer y convencerse de que hay otras posibilidades. Los familiares a caballo entre sus propios miedos e inseguridades y alimentados por la propia indecisión del profesional, se suman a la búsqueda interminable.

Las situaciones normalmente se complican mucho más. La falta de información pronóstica reduce las posibilidades de participación de paciente y- muchas veces

también- de familiares. Las capacidades de paciente y familiares para afrontar algunas informaciones, en nuestro medio, son limitadas. La formación de los profesionales en materia de comunicación, es deficitaria.

Resolver estas dificultades pasa por afrontar las deficiencias que hemos señalado y esto se consigue con la formación de unos y la educación sanitaria de todos.

Un paso en ese sentido, a nuestro juicio, es entender el concepto de “PROCESO DE ENFERMEDAD”. Comprender e interiorizar este concepto, tanto desde la formación de los profesionales como desde la educación sanitaria, facilitará la toma de decisiones en el afrontamiento de las enfermedades crónicas.

Puede parecer obvio que la enfermedad es un proceso. Pero nos olvidamos de ello cuando realizamos nuestra intervención en un paciente. Y el paciente lo olvida cuando le acucian las manifestaciones floridas de la enfermedad.

Cuando la enfermedad empieza el individuo no es consciente. En el sistema sanitario la intervención preventiva se orienta a la búsqueda de ese “punto” en el que la enfermedad empieza, para detectarla y evitar su progresión. Los individuos vivimos cada vez más condicionados por las recomendaciones en relación con hábitos higiénicos saludables. Olvidándonos de la carga genética que cada uno arrastra, anhelamos que su cumplimiento nos garantice la salud que tememos perder y que vemos cómo otros pierden.

Cuando el paciente toma la decisión de buscar ayuda frente al proceso que ha empezado a manifestarse con más claridad y a interferir con su estado de salud, hay ya una elaboración psicológica en la que miedos, sufrimiento, ansiedad y angustia, entre otros, constituyen la antesala del ansiado diagnóstico. El arsenal de pruebas complementarias actual nos ofrece la seguridad de que la causa será encontrada. Sin embargo, esta seguridad no impide que el mundo se tambalee alrededor del paciente, su vida personal, sus objetivos, su vida laboral, etc. También el profesional empieza a vislumbrar que la siguiente visita igual no es tan sencilla como la actual.

Una vez hecho el diagnóstico, empieza la fase del tratamiento, con el anhelo de que la enfermedad se cure y pase a formar parte de la historia personal, con el recuerdo y la huella dejada por la experiencia sufrida. En ocasiones es así, en otras no. El proceso de

enfermedad continúa y se salpica con otras nuevas enfermedades que inician su propio proceso. El tratamiento no cura, la enfermedad continua su progresión, la enfermedad parece haber decidido formar parte de la persona de manera inseparable. Las pruebas complementarias ahora sirven para certificar una y otra vez que la enfermedad sigue ahí, independientemente de que los tratamientos recibidos hayan modificado o no algún aspecto de su presencia. Se repiten una y otra vez. ¿Se espera algo más de ellas?.

En todo este recorrido, la enfermedad, el proceso de enfermar, se ha ido haciendo cada vez más poliédrico, cada vez más complejo, cada vez más multidimensional. Lo que cada profesional de cada ámbito ve no es más que una pequeña parte de un todo con implicaciones físicas, psicológicas, funcionales, sociales, laborales y culturales.

No existe ninguna prueba complementaria que permita obtener todos los detalles que se creen necesitar para tomar decisiones. Es necesario ampliar la perspectiva con la ayuda de otros profesionales que estén viendo otros aspectos del mismo proceso y saber que el proceso de enfermedad tiene un final al que inexorablemente se dirige la persona, la muerte. También se necesita saber qué puede aportar cada profesional para que ese camino por recorrer se haga con las mejores condiciones posibles. Además, el paciente y su familia necesitan saber cómo se va a desarrollar su vida, cuáles serán los problemas que deban afrontar, cómo se van a modificar sus expectativas vitales.

Las pruebas complementarias en cada fase del proceso de enfermar tienen su indicación y su utilidad. Los cuidados paliativos debieran empezar muy pronto y sin solución de continuidad (con los tratamientos “curativos”) en muchas de las enfermedades crónicas que hoy conducen inexorablemente a la muerte.

Por parte de los profesionales ASUMIR que se está interviniendo con tratamientos paliativos independientemente del tiempo que se pueda prever separa al paciente de su final, contribuirá a adjudicar el “justo” valor de las pruebas complementarias como ayuda para la toma de decisiones y para mejorar la intervención, pero no para condicionar la misma. Por parte de los pacientes y familiares ASUMIR que la curación no es ni el único ni siquiera el más importante objetivo de la intervención sanitaria, es más, que las enfermedades crónicas, por definición, no se curan, permitirá eliminar el valor casi de “oráculo” que hoy día generan los resultados de las pruebas y que, con frecuencia lejano el final del camino, establecen el punto de partida de “agonías precoces” que no hacen sino propiciar vivir la muerte en vida.

# Cuidados paliativos

# Control de síntomas

Marcos Gómez Sancho y Manuel Ojeda Martín

**Unidad de Medicina Paliativa**

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

*Las Palmas de Gran Canaria*

Editado por Laboratorios MEDA  
Edición 2009  
Depósito legal: M-19632-2009  
Imprime: NILO Industria Gráfica, S. A.

# Índice

Presentación.....	5
Introducción.....	7
Generalidades.....	11
1. Principios generales del control de síntomas.....	11
2. Criterios para el uso de fármacos en pacientes terminales.....	15
3. Principios generales del uso de analgésicos.....	19
4. Los mitos de la morfina.....	33
Control de síntomas.....	47
1. Tratamiento del dolor.....	47
2. Síntomas digestivos.....	97
3. Síntomas urinarios.....	113
4. Síntomas neuropsicológicos.....	117
5. Síndromes urgentes en Medicina Paliativa.....	121
6. Síntomas respiratorios.....	127
7. Otra medicación en Cuidados Paliativos.....	133
8. Cuidados de la boca en el paciente moribundo.....	137
9. Cuidados de la piel.....	143
10. Enema de limpieza.....	149
11. Cuidados de confort.....	153
12. La alimentación.....	155
13. Vías de administración de fármacos.....	157

Anexos.....	161
I. Como prescribir la morfina .....	161
II. Recepción del paciente y familia.....	165
III. Cuidados en la agonía.....	169
IV. Duelo.....	171
V. La familia y el paciente.....	175
VI. Los derechos del enfermo Terminal .....	181
VII. Ética de la sedación en la agonía .....	183
 Bibliografía general recomendada .....	 189

## Presentación

En el año 1992 publicamos la primera edición de nuestro pequeño manual “Control de síntomas en el enfermo de cáncer terminal”, 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. En 1995 lo actualizamos y editamos la segunda edición y en 1999 la tercera. Fue éste el momento en el que se cerraba el antiguo hospital El Sabinal y nuestra Unidad se trasladó al Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín que se inauguraba en esos momentos.

Hasta el momento han sido distribuidos 300.000 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 y, por este motivo, editamos ahora este librito basado en aquel que escribimos hace casi 20 años, más ordenado y con algunos capítulos añadidos.

Una vez más, se hace imperativo dejar constancia de nuestro agradecimiento a MEDA (antes ASTA Medica y después Viatrix) por la edición y distribución de este Manual, en un nuevo gesto para apoyar y potenciar el desarrollo de los Cuidados Paliativos en nuestro país.

**Marcos Gómez Sancho**

*Las Palmas de Gran Canaria, Mayo de 2009*



## 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 (en el primer mundo, se entiende). 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 subconscientemente, 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**

*Director de la Unidad de Medicina Paliativa  
del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín  
[www.mgomezsancho.com](http://www.mgomezsancho.com)*



# **GENERALIDADES**



# Generalidades

## 1. 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 evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener el cáncer y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto. (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 por:

- el cáncer
- los tratamientos anticáncer
- la debilidad
- causas totalmente ajenas al cáncer

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. Más adelante, volveremos a citar esta circunstancia al hablar del dolor.

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, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia. 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 las opciones terapéuticas con el enfermo.

**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. Requerirá la validación previa por el equipo del instrumento de medida.

**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,

puede ser buena idea escribir las instrucciones a máquina. 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, la Amitriptilina, que es un antidepresivo, lo utilizamos 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 frecuente) 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. El caso más característico es el del dolor, que

será tratado en profundidad más adelante. Otro caso que nos puede servir como ejemplo, son los vómitos. Imaginemos que un enfermo ha vomitado como consecuencia de un tratamiento con codeína. Cuando, más adelante, tengamos que comenzar a darle morfina, es fácil sospechar que vuelva a vomitar. Por este motivo, en el mismo momento de prescribírsele, comenzaremos a darle antieméticos de forma profiláctica, por lo menos provisionalmente.

**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, la administración de masajes, 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.

## 2. Criterios para el uso de fármacos en pacientes terminales

### El objetivo es el confort

Debemos recordar este extremo. Nunca vamos a curar al enfermo y toda medicación que suministremos irá encaminada a mejorar el bienestar de nuestros pacientes.

### Eficacia comprobada

Esto no está reñido con la investigación correcta, que es muy importante. Simplemente, intentaremos evitar el ir cambiando de un medicamento a otro, probando por sistema los últimos preparados que salen al mercado.

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

### 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 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 dolor de estómago o hemorragia digestiva, pero nos importará muy poco si provoca “cara de luna llena”, generalmente indiferente para el enfermo.

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

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

Por lo que respecta a la vía oral, se profundizará en ello más adelante al hablar del dolor. 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.

Desgraciadamente, en nuestro país, hay pocos medicamentos comercializados en forma de gotas, al contrario que en muchos otros países. Es una lástima, ya que es una forma de administración muy útil en determinadas circunstancias. En otras ocasiones, se trata de medicamentos con muy mal sabor. Alguno de los jarabes que utilizamos como laxantes son repudiados por un buen número de enfermos, lo que nos obliga a buscar otras alternativas. Existen, por ejemplo, unos comprimidos de paracetamol, que aparte de ser muy grandes, parecen literalmente "una tiza". Es fácil imaginar lo que esto supone para un enfermo que puede tener la boca muy seca.

A la solución de morfina (amarga), se le puede añadir esencia de naranja, menta, etc. para que resulte más agradable.

### **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 la vía oral es practicable hasta los últimos días u horas de vida. Cuando esta vía de administración no es posible, tenemos que pensar en vías alternativas. La que más utilizamos es la vía subcutánea por su efectividad y facilidad de uso. Cada vez va habiendo más fármacos preparados para la administración transdérmica (parches), sobre todo analgésicos. Son muchos los enfermos que rechazan los supositorios, pero éste no es motivo para que no lo

tengamos en cuenta. En algunas situaciones agónicas, cuando el enfermo está en casa y la familia nos llama por teléfono un día festivo, los supositorios de diazepam, fáciles de conseguir, solucionan una crisis de agitación, por ejemplo.

Otra alternativa podría ser la vía sublingual, pero tampoco hay muchos medicamentos comercializados de esta manera. La vía inhalatoria y nasal están en fase experimental. La vía intramuscular no la usamos nunca por ser muy dolorosa y no ofrecer ninguna ventaja sobre la subcutánea. La vía intravenosa, en muy contadas ocasiones, sobre todo en enfermos ingresados a los que ya se les estaba practicando esta vía con otros fines.

### **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).

Algunos fármacos (comprimidos de morfina de liberación retardada) son de distintos colores según su potencia, lo que ayuda con algunos enfermos en la comunicación diaria. Existen algunos fármacos (por ejemplo, salicilatos) que se presentan en sobres con polvo o comprimidos efervescentes para disolver en agua. Diversificar la forma de tomar los distintos medicamentos puede hacer que al enfermo le dé la impresión de que "no toma tantos".

### **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 que ya casi no comen), pueden no tener excesiva utilidad. Esto debe hacerse con extremada delicadeza para no "herir" al enfermo. Se le puede decir, por ejemplo: "ahora, que usted reposa muchas más horas, quizás no necesite, de momento, las pastillas para el corazón".

### **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.).

### 3. Principios generales del uso de analgésicos

#### **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.

Estos planteamientos son debidos a la ignorancia 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.

### **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 practicable, 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: si recibía morfina intravenosa, habremos de darle el triple de dosis y si lo recibía por vía subcutánea, el doble. Obviamente, esto lo tenemos que tener también en cuenta cuando hagamos el camino inverso: si un enfermo está recibiendo morfina oral y por el motivo que sea (vómitos, etc.) se la debemos administrar ahora por vía parenteral, deberemos darle la tercera parte (si va a ser intravenosa) o la mitad (si va a ser subcutánea) de la dosis que le estábamos dando anteriormente.

### **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".

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

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto un sencillo esquema para el alivio del dolor en el cáncer. Se trata de una escalera con tres peldaños que hacen referencia a analgésicos de distinta potencia (en un capítulo posterior se especifica este esquema). Como consecuencia de todo lo dicho hasta aquí, proponemos 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). Más adelante se profundiza en este asunto.

En efecto, 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, en Seattle (Washington), se celebró el Primer Simposio sobre el Dolor y se crea la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor ( I.A.S.P. de las siglas en inglés). Dicha Asociación ha propuesto una definición del dolor que es la siguiente:

*"Es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística 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, emocional, cognitivo y social.

El dolor que nosotros percibimos -la cantidad y la naturaleza de esta experiencia- no depende solamente del daño corporal, sino que 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.

Dichos factores son los siguientes:

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.

Lo cual quiere decir que un enfermo que se encuentre en alguna de estas circunstancias, va a experimentar más dolor. Hay algunos pacientes que tienen muchos de estos problemas juntos y cuyo 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.

Una consecuencia muy importante de estas posibles modificaciones en el umbral del dolor es que las dosis se deberán regular individualmente, como se comentará más adelante.

Anteriormente, se han enunciado los factores que modifican el umbral del dolor y sobre los cuales tenemos que actuar enérgicamente.

El componente emocional juega un papel importantísimo en la percepción del dolor en el enfermo canceroso. Existen, de hecho, unos momentos emocionalmente especiales, como los siguientes:

- La noche.
- El alta y el ingreso.
- La soledad.
- Los fines de semana.

### **A veces es preciso valorar el alivio obtenido y los efectos colaterales**

*"En el dolor del cáncer no rige la ley «del todo o el nada»"*

Podemos tener a un enfermo con el dolor controlado en reposo por medio de una dosis determinada de morfina, pero el dolor reaparecerá al intentar levantarse.

Podemos incrementar suavemente las dosis analgésicas para intentar que el enfermo deambule. Algunas veces lo conseguiremos, pero otras pueden empezar a aparecer efectos secundarios inaceptables. En algunas ocasiones, como la descrita, debemos llegar a un compromiso entre analgesia alcanzada y unos efectos secundarios aceptables y controlables. A veces, debemos llegar a un acuerdo con el enfermo que, con frecuencia, prefiere controlar su dolor un 80%, por ejemplo, y no tener náuseas o somnolencia excesiva.

### **Generalmente son necesarios fármacos adyuvantes**

Es muy frecuente tener que añadir a los analgésicos otros medicamentos, *como* ansiolíticos, algunos antidepresivos (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. En estos casos habrá que utilizar coanalgésicos (que se describen más adelante).

### **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 hiperglucémica 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 (4 horas para la solución acuosa de morfina, 12 horas para los comprimidos de morfina retardada, 4 horas para el ácido acetilsalicílico, etc.).

¿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.

- **Pérdida de 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 105 opioides.*

En una planta cualquiera de un hospital, 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 llevárselo, 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.

### **Jamás usar un placebo**

Es evidente que el dolor, al igual que muchos otros síntomas, puede desaparecer con la administración de un placebo. No pueden utilizarse los placebos para valorar el predominio de los componentes psicológicos ya que hasta un 30 y un 40 por ciento de personas con dolor de origen orgánico pueden mostrar respuesta analgésica al placebo.

Con los pacientes terminales, es ética y clínicamente inaceptable su utilización. No todo el mundo tiene por qué conocer los mecanismos de acción intrínsecos del placebo y, sin embargo, corremos el peligro de que alguien mal interprete su efecto y piense que el enfermo miente ("No le dolería tanto, ya que le he puesto una inyección de suero fisiológico y se le ha pasado el dolor").

Por lo que respecta a los mecanismos de acción del placebo, queda mucho camino por recorrer para su comprensión.

Lamentablemente, es muy común la falta de conciencia de los médicos sobre la eficacia de los placebos al tratar dolor orgánico. 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 al tratar de lograr analgesia. Se administran placebos a los pacientes en situaciones en que se ha desarrollado un extremo conflicto médico-enfermo o enfermera-enfermo. El empleo de placebos en tales condiciones empeora la relación profesional-enfermo y cuando éste lo descubre, lleva a la exacerbación de los síntomas, así como a generar un sentimiento de desconfianza y enojo.

Muchas terapias alternativas se basan en ese camino agradable, aunque sean tan tramposas.

### **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. Esto puede estar bien para dolores banales (ya que dichos

preparados suelen tener poca cantidad de cada uno de ellos) y sobre todo para quien no sabe el tipo de dolor que tiene el enfermo y dándole 3 juntos, alguno hará efecto. Debemos procurar identificar el tipo de dolor que tiene el enfermo y suministrarle el analgésico específico que necesite para su control. Por otra parte, en un momento determinado puede que creamos oportuno aumentar la dosificación de uno de ellos; automáticamente aumentamos también la de los demás.

No obstante, recientemente se han comenzado a comercializar preparados de paracetamol + codeína y también de lisina + codeína con dosis adecuadas de ambos componentes, que pueden resultar útiles ya que en un solo comprimido se administran dos fármacos.

### **Su uso debe ser simple**

Los 3 fármacos que identifican los peldaños de la escalera propuesta por la Organización Mundial de la Salud, y por tanto los analgésicos son: la aspirina, la codeína y la morfina. Es necesario, sin embargo, tener una buena familiaridad con uno o dos medicamentos alternativos a cada uno de ellos para los casos en que el enfermo no los tolere por el motivo que sea. Las alternativas a la aspirina pueden ser el paracetamol, el metamizol o cualquiera de los AINE. Las alternativas a la codeína y a la dihidrocodeína pueden ser el dextropropoxifeno (apenas utilizado) y el tramadol. Del tercer escalón hoy disponemos de varios analgésicos potentes además de la morfina (metadona, oxicodona, fentanilo, buprenorfina). Próximamente se comenzará a comercializar en nuestro país la hidromorfona.

El arsenal analgésico que podemos necesitar 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.

## **Las dosis se regularán individualmente**

Ésta 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 500 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".

## **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 afectar 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, aspirina) con analgésicos centrales (opioides)**

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

### **No se deben, sin embargo, mezclar nunca dos analgésicos opioides**

Algunos son compatibles entre sí (por ejemplo codeína y morfina). Sin embargo, es farmacológicamente absurdo utilizarlos juntos. No tiene ningún sentido y hace difícil su dosificación.

Pero es que, en muchas ocasiones, son incompatibles entre sí (por ejemplo, morfina y pentazocina), anulando uno el efecto del otro. Por eso es mejor no mezclarlos nunca.

### **A veces es necesario ingresar al enfermo para controlar su dolor**

Las indicaciones pueden ser las siguientes:

- Cuando, sencillamente, un episodio de dolor no se puede controlar de forma ambulatoria.
- Cuando el paciente necesita un cambio de ambiente.
- Cuando el régimen terapéutico se ha hecho muy complejo y la familia no es capaz de suministrar la medicación de forma conveniente.
- En cuadros de "dolor extenuante" (dolor que se acompaña de depresión o ansiedad grave con indiferencia hacia todo lo que le rodea y pérdida de fe en sus cuidadores).
- A veces para extraer un fecaloma (lo solemos hacer en el hospital de día).
- Para descanso de la familia cuando ésta se encuentra agotada por los cuidados.
- Para cambiar de un opioide a otro, algo que se debe llevar a cabo por profesionales expertos.

## 4. Los mitos de la morfina

Muchos, por desgracia la mayoría, 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 sanitarios 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 tal la publicidad alrededor de esta sustancia, que la Compañía Far-

macéutica Bayer lanzó una campaña internacional para promover las ventas. La eficacia de esta campaña respecto 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 historiales clínicos 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 "drogadicto" 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 es practicable (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 los cuatro 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 sida 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 un comedor de opio 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 Straight Life: 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. Burrouhgs), que se presentaba con una portada tan espeluznante como morbosamente atractiva, y el LP *Rock'n'Rol! 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 nuestra Unidad 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".*





# **CONTROL DE SÍNTOMAS**



# Control de Síntomas

## 1. Tratamiento del dolor

De los enfermos con cáncer avanzado, el 60-80% tiene dolor de moderado a intenso. La mayor frecuencia la presentan los cánceres óseos y la menor las leucemias. La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad y éste va a ser uno de los factores que más afecta a la calidad de vida del paciente.

### Actuación con el paciente

Se define una escalera de analgésicos según su potencia progresivamente mayor. (Véase páginas 68 y 69).

En primer lugar, se le prescriben al paciente los analgésicos del primer escalón (ASPIRINA, PARACETAMOL, AINE). Si no mejora, se pasará a los analgésicos del segundo escalón (CODEÍNA, TRAMADOL), combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se pasará a los opioides potentes (MORFINA u otro), combinados con los del primer escalón, más algún coadyuvante si es necesario.

**¡¡IMPORTANTE!**: no mezclar nunca los opioides débiles (CODEÍNA, TRAMADOL), con los opioides potentes (MORFINA), ni tampoco los opioides potentes entre sí.

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

## Escalera analgésica

### Primer escalón:

Analgésicos periféricos no opioides:

- Aspirina.
- Paracetamol.
- Metamizol.
- AINE.

### Segundo escalón:

Analgésicos opioides débiles:

- Codeína.
- Tramadol.

### Tercer escalón:

- Analgésicos opioides potentes:
- Morfina.
- Metadona.
- Fentanilo
- Oxycodona
- Hidromorfona
- Buprenorfina

## MEDICAMENTOS DEL PRIMER ESCALÓN

### Aspirina

Actúa mediante la inhibición de la síntesis de prostaglandinas. Su vida media es de 3 a 6 horas. Es muy efectiva en los dolores óseos.

#### Efectos secundarios:

- Irritación gástrica.
- Dolor epigástrico.
- Hipoacusia.
- Prurito.

#### Dosis máxima:

- 1.000 mg (1gr) cada 4 horas.

### Paracetamol

No tiene actividad antiinflamatoria. Es la alternativa cuando no se puede usar por alguna causa la aspirina. Su vida media es de 3 a 4 horas.

#### Dosis máxima:

- 1.000 mg (1gr) cada 4 horas.

#### Nombres comerciales:

- EFFERALGAN (500 mg. y 1000 mg. en comprimidos efervescentes).
- GELOCATIL (1000 mg)

Marcos Gómez Sancho y Manuel Ojeda Martín

### **Nabumetona**

Eficaz antiinflamatorio a corto y largo plazo, con una buena tolerabilidad gastrointestinal y sin interacciones clínicamente relevantes con acenocumarol. Cómoda posología 1-2 g/día en una única dosis diaria.

#### Dosis máxima:

- 2 gr día.

#### Nombre comercial:

- RELIF (en comprimidos dispersables de 1 gr).

### **Metamizol**

Por su actividad espasmolítica es muy efectivo en los dolores viscerales.

#### Dosis máxima:

- 8 gr diarios.

#### Nombre comercial:

- NOLOTIL (Cápsulas de 500 mg, supositorios de 1 gr y ampollas de 2 gr). Las ampollas se pueden dar por vía oral (son amargas).

### **Ibuprofeno**

Buena analgesia en picos dolorosos. Se pueden dar hasta tres dosis consecutivas con un intervalo de media hora cada una.

#### Dosis máxima:

- 2.400 mgr diarios.

#### Nombre comercial:

- ESPIDIFEN (sobres de 400 mg de Ibuprofeno-Arginina).

## **Naproxeno**

### Dosis máxima:

- 1.250 mg

### Nombre comercial:

- NAPROSYN (Comprimidos ranurados, sobres y supositorios de 500 mg).

## **MEDICAMENTOS DEL SEGUNDO ESCALÓN**

### **Codeína**

#### Efectos secundarios:

- Estreñimiento.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Mareos.

#### Dosis máxima:

- 60 mg cada 4 horas.
- Nombres comerciales:
- CODEISAN (comprimidos y supositorios de 30 mg de fosfato de codeína).

### **Tramadol**

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

#### Dosis habitual:

- 50/100 mgr cada 8/6 horas. 50, 100, 150 ó 200mg cada 12 horas.

### Nombres comerciales:

- Tramadol ASTA Medica E.F.G. (cápsulas de 50 mg y ampollas de 100 mg).
- Tramadol ASTA Medica E.F.G. gotas 10 ml y 30 ml. 20 gotas (50 mg) cada 8/6 horas.
- TRADONAL RETARD (cápsulas de 50, 100, 150 Y 200 mg de liberación retard). Las cápsulas pueden abrirse en pacientes con dificultad para tragar.

**NOTAS:** hay una asociación muy interesante para su uso en Medicina Paliativa: 500 mg de paracetamol+30 mg de codeína. Permite ahorrar al paciente la ingesta de una medicina.

### Nombre comercial:

- COD-EFFERALGAN (comprimidos efervescentes).

Otra asociación interesante es paracetamol con tramadol.

### Nombre comercial:

- ZALDIAR 37,5 mg/325 mg comprimidos recubiertos

## MEDICAMENTOS DEL TERCER ESCALÓN

### Morfina

Es el fármaco de elección.

### Usos:

- Dolor.
- Disnea
- Tos.
- Diarrea.

### Efectos secundarios:

- Estreñimiento.
- Náuseas y vómitos.
- Astenia.
- Sudoración.
- Confusión con obnubilación. Puede producirse, sobre todo, al comenzar el tratamiento.

### Vida media:

- La forma oral soluble (solución acuosa de morfina) y la forma oral sólida de liberación inmediata (SEVREDOL) presentan una vida media de 4 horas.

En cambio, la forma oral de liberación controlada (MST CONTINUS) tiene una vida media de alrededor de 12 horas.

## PRESENTACIONES, VIAS DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIFICACIÓN

### Forma oral soluble: solución acuosa de morfina (SAM)

Esta forma no está comercializada y debe ser preparada por el farmacéutico. Cuando se use, es conveniente recordar que las dosis deben administrarse cada 4 horas.

### Forma oral sólida de liberación inmediata: Sevredol

#### Preparado:

- Sulfato *de* morfina de liberación inmediata.

### Indicaciones:

- Alivio del dolor intenso que requiera tratamiento con opioides.
- Titulación de dosis al inicio del tratamiento con morfina.
- Tratamiento de "rescate" en casos de episodios de dolor aislados durante el tratamiento con morfina de liberación controlada.

### Presentaciones:

- Comprimidos de 10 y 20 mg.

### Administración:

- Cada 4 horas.

### Esquema de dosificación:

Un paciente que esté tomando Codeína a dosis máximas (60 mg cada 4 horas) y no se consiga un adecuado alivio de su dolor, se recomienda suspender estos fármacos e iniciar el tratamiento con morfina (ver tabla de dosis equianalgésicas más adelante)

Inicialmente, se instaurará el tratamiento de ajuste de dosis con la morfina de liberación inmediata (SEVREDOL, un comprimido de 10 ó 20 mg cada 4 horas) hasta el inicio del tratamiento con la morfina de liberación controlada (MST CONTINUS).

Una vez titulado el paciente con la morfina de liberación inmediata, para calcular la dosis de la morfina de liberación controlada a administrar, se debe calcular la dosis total diaria de la forma inmediata que ha recibido el paciente y dividirla en dos tomas.

*Ejemplo: si el paciente ha recibido una dosis total diaria de SEVREDOL de 60 mg (esto es: 10 mg/4 horas) se deberá pasar a una dosis inicial de 30 mg/12 horas de MST Continus.*

Si durante el tratamiento con la dosis analgésica correcta de morfina de liberación controlada (cada 12 horas), el paciente presenta episodios aislados de dolor, se recomienda pautar como dosis de rescate, la administración de 1 comprimido de 10 a 20 mg cada 4 horas de la forma de liberación inmediata, hasta conseguir de nuevo el correcto alivio del dolor.

Nota: en pacientes con dificultad de deglución, los comprimidos de Sevredol pueden ser machacados para su disolución en agua.

### **Forma oral sólida de liberación controlada: MST Continus**

#### Preparado:

- Sulfato de morfina de liberación controlada.

#### Indicaciones:

- Tratamiento prolongado del dolor crónico intenso que requiera tratamiento con opioides.

#### Presentaciones:

- Comprimidos de 10, 30, 60, 100 mg y 200 mg. Además también existen dos presentaciones pediátricas de 5 y 15 mg.

#### Administración:

- Cada 12 horas.

### Esquema de dosificación:

Una vez realizado el ajuste de dosis al comenzar el tratamiento con morfina (según se indica en el apartado anterior), se continuará el tratamiento con una morfina de liberación controlada que permite la administración de dosis cada 12 horas. Si el paciente ha estado tratado previamente con morfina parenteral, para compensar la diferencia en biodisponibilidad, se recomienda comenzar con una dosis de la morfina de liberación controlada, incrementada del orden del 50-100%.

Se recomienda comenzar el tratamiento con un comprimido cada 12 horas de MST Continus. Si a las 24-48 horas la analgesia es insuficiente, se aumentará la dosis en un 50%. El aumento de dosis se hará en función de la respuesta del paciente.

### Ejemplo:

- *Comenzar con una dosis de 30 mg/12 horas de MST Continus*
- *Si el dolor persiste o aumenta: 60 mg/12 horas.*
- *Si el dolor persiste o aumenta: 90 mg/12 horas.*
- *Si el dolor persiste o aumenta: 120 mg/12 horas.*
- *Si el dolor persiste o aumenta: 160 mg/12 horas. · Si el dolor persiste o aumenta: 200 mg/12 horas*

Los comprimidos se deben tragar enteros y sin masticar.

Es prácticamente imposible que se produzca una depresión respiratoria cuando se usa morfina oral para controlar el dolor provocado por el cáncer y las dosis han sido rigurosamente adaptadas a cada paciente. Si se produjese alguna vez, se dispone de un antídoto específico, NALOXONE.

**Forma parenteral: Cloruro mórfico**

- Ampollas de 0,01 gr (1 ml=10 mg).
- Ampollas de 0,02 gr (1 ml=20 mg).
- Ampollas al 2% de 2 ml (40 mg) y 20 ml (400 mg).

Cuando se está tratando al paciente por vía oral y se decide pasar a vía parenteral, hay que administrar de un tercio a un medio de la dosis oral que está tomando el paciente. Esto es debido a que la morfina por vía oral se absorbe sólo de un 30 a un 35% de la dosis administrada.

El grupo de expertos de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos ha propuesto las siguientes relaciones de potencia para la morfina, dependiendo de la vía de administración:

- Vía oral a vía rectal, la relación es 1: 1.
- Vía oral a vía subcutánea, la relación es 2:1.
- Vía oral a vía endovenosa, la relación es 3:1.

El esquema podría ser el siguiente:

- Morfina oral o rectal 3.
- Morfina subcutánea 1,5.
- Morfina endovenosa 1.

Conviene recordar las **dosis equianalgésicas** de los diferentes opioides para calcular la dosis inicial de opioide cuando se ha decidido cambiar de uno a otro.

MORFINA 10 mg IM, equivalen a:

- BUPRENORFINA 0,4 mg.
- CODEÍNA 130 mg.
- HEROÍNA 5 mg.

Marcos Gómez Sancho y Manuel Ojeda Martín

- FENTANILO 0,1 mg.
- MEPERIDINA 75-100 mg.
- METADONA 10 mg.
- TRAMADOL 100 mg.

Vías de administración

- IV, IM o SC.

Dosificación:

- Cada 4 horas.

Si se hace en infusión continua, se consigue mayor efectividad analgésica y menos efectos secundarios, además de evitar un pinchazo doloroso cada 4 horas.

### **FENTANILO**

Opioide de síntesis que se comporta como agonista puro y con una potencia analgésica unas 80-100 veces superior a la morfina.

Usos:

Básicamente los mismos que la morfina, aunque debido a las características especiales de la liberación transdérmica (vida media muy larga) su uso se reduce al control del dolor crónico intenso en pacientes sintomáticamente estables.

Efectos secundarios:

Igual que el resto de los opioides agonistas.

### Presentaciones y vías de administración:

El Fentanilo tiene una vida media de 1-2 h. en adultos, con dosis repetidas puede producirse acumulación. Se presenta en ampollas y en parches transdérmicos.

Las ampollas (FENTANEST) son de 0,05 mg/ml. Se absorbe por mucosa en forma de gotas y se puede emplear por vía epidural. Su uso está limitado en general para anestesia.

Los parches transdérmicos van liberando fentanilo de forma continuada durante tres días. Se tarda unas 10-15 horas en alcanzar el nivel de analgesia y si se retira el parche se sigue liberando fentanilo durante 17 horas más. Por éste motivo deben usarse como alternativa en el caso de no poder usar la morfina en pacientes cuyos síntomas sean relativamente estables. Debe usarse con precaución en personas que pesen menos de 50 Kg (cuidado en caquéticos)

Existen tres presentaciones: DUROGESIC 12, 25, 50, 75 y 100, que liberan 25, 50, 75 y 100 microgr/h respectivamente. Vienen 5 parches que se cambian cada 72 horas.

### Dosificación:

1. Pacientes sin tratamiento previo con opioides potentes. Iniciar el tratamiento con el parche de 25 y administrar morfina de liberación inmediata (SEVREDOL) cada 4 horas hasta conseguir el nivel de analgesia (1-2 días) o bien fentanilo oral transmucoso (ACTIQ) disponible en presentaciones de 200, 400, 600, 800, 1200 y 1600 microgramos. Luego mantener el parche y dar morfina de liberación inmediata o Actiq en caso de crisis de dolor. Si a los 3 días no se consigue la analgesia se incrementará la dosis del parche en 25 microgr/h y así sucesivamente.

**Nota:** Próximamente aparecerá en el mercado un fentanilo en parches (film soluble bucal para aplicación sobre la mucosa oral, superficie interna de la mejilla) para el control del dolor irruptivo.

2. Pacientes con tratamiento previo con opioides potentes. Calcular la dosis equianalgésica del opioide con relación a la morfina y luego hacer la conversión al revés y pautar la morfina de forma gradual.

TABLA DE CONVERSIÓN MORFINA-FENTANILO	
Morfina oral (mg/día)	Fentanilo TTS (microgr/h)
45	25
90	50
135	75
180	100
225	125
270	150

### Lugar de aplicación, precauciones y contraindicaciones:

- Se explicará detalladamente al paciente y familia como funciona el parche y los efectos secundarios que pueda producir la liberación retardada.
- 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, nunca con una cuchilla de 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,...) 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.
- El fentanilo TTS está contraindicado en caso de hipersensibilidad al medicamento o a los componentes del parche. También está contraindicado en el embarazo, niños menores de 12 años y en menores de 18 años que pesen menos de 50 Kg.

## **OXICODONA**

Opioide de síntesis que se comporta como agonista puro similar a la morfina. Tiene una mayor efectividad en el dolor de origen neuropático.

### Presentaciones y vías de administración

Comprimidos retardados de 5, 10, 20, 40 y 80 mg. Se comienza con 5 ó 10 mg. cada 12 horas, según analgesia anterior del paciente.

También existe la presentación de liberación rápida (OXYNORM) de 10 y 20 mg. en cápsulas y en forma de solución (1 cc equivale a 10 mg).

## **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.
- Fenotiacinas.
- Relajantes musculares.

### **Corticoides**

#### Usos en Cuidados Paliativos

##### - Usos generales:

- Aumenta el apetito.
- Aumenta la fuerza.
- Aumenta la sensación de bienestar.

##### - Usos como analgésicos:

- En el aumento de la presión intracraneal.
- En la compresión nerviosa.
- En la compresión medular.
- Dolor óseo, hepatomegalia, linfedema.

##### - Usos específicos:

- Fiebre y sudoración.
- Síndrome de la vena cava superior.

#### Efectos secundarios:

- Digestivos (hemorragias).
- Insomnio (por eso es conveniente pautarlos por la mañana y al mediodía).
- Candidiasis oral.

## Formas de presentación comercial y dosificación:

### **Dexametasona:**

- FORTECORTIN, comprimidos de 1 mg.
- FORTECORTIN, ampollas de 4 mg.
- FORTECORTIN, ampollas de 40 mg.

No tiene actividad mineralocorticoide y por tanto no produce retención hidrosalina.

### **6 - Metilprednisolona:**

- SOLU-MODERIN, ampollas (40, 125 mg y 1 Y 2 gr).
- URBASON, comprimidos de 40 mg, 16 mg y comprimidos retard de 8 mg, ampollas de 20, 40 Y 250 mg.

### **Deflazacort:**

- DEZACOR, comprimidos de 6 y 30 mg y gotas (1=1 mg).
- ZAMENE (igual al anterior).

### Equivalencias de los corticoides:

- DEXAMETASONA, 0,75 mg equivale a:
- METIL PREDNISOLONA, 4 mg.
- PREDNISOLONA, 5 mg.
- HIDROCORTISONA, 20 mg.
- CORTISONA, 25 mg.
- DEFLAZACORT, 7,5 mg.

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

El que más se utiliza por su efecto analgésico es la Amitriptilina. Este fármaco se puede utilizar en la depresión, la incontinencia y el espasmo de vejiga, pero sobre todo en el DOLOR POR DEAFERENCIACIÓN en el que se utiliza como analgésico de elección. Éste es uno de los tipos de dolor en que la morfina apenas es efectiva. Un ejemplo típico de este dolor es la NEURALGIA POSTHERPÉTICA.

### Esquema de dosificación de la Amitriptilina (Triptizol) como analgésico

ESQUEMA DE DOSIFICACIÓN DE LA AMITRIPTILINA (TRIPTIZOL) COMO ANALGÉSICO		
Dosis	Viejos	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

Se le llama dolor disestésico superficial y normalmente sigue el curso de una metámera. El paciente refiere que le provoca dolor incluso el roce de la ropa, una corriente de aire, etc.

El TRYPTIZOL se presenta en comprimidos de 10, 25, 50 Y 75 mg. También hay una forma inyectable de 10 mg. 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.

### **Anticonvulsivantes**

El que se utiliza normalmente es la Carbamacepina. Es una sustancia que tiene una especial apetencia por el SNC. Tiene una gran utilidad en Cuidados Paliativos como analgésico en el dolor neuropático que se presenta "en sacudidas" o "en latigazo".

El paciente lo refiere como un dolor discontinuo en forma de "puñalada intermitente".

El ejemplo típico es la neuralgia del trigémino. Es un dolor insensible a la morfina.

#### **Nombre comercial:**

- **TEGRETOL.**

Administrar 200 mg por la noche. Si no ha sido suficiente lo anterior, administrar 200 mg en almuerzo y cena. A la semana se puede aumentar a 200 mg tres veces al día.

- **NEURONTÍN (Gabamapentina).** 300 mg cada 6/8 horas.

- **LYRICA (Pregabalina)** Cápsulas de 25 mg, 75 mg, 150 mg ó 300 mg. Comenzar según la edad del paciente con dosis de 50 a 150 mg. cada 12 horas.

### Fenotiacinas

#### Principio activo:

- Clorpromacina es el más utilizado.

#### Nombre comercial:

- LARGACTIL.

#### Propiedades y usos:

- Antiemético.
- Sedante nocturno.
- Dolor por tenesmo rectal.
- Hipo.

#### Efectos secundarios:

- Efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, palpitaciones, etc.).  
Reacciones extrapiramidales.
- Somnolencia.

#### Presentaciones:

- Comprimidos de 25 y 100 mg.
- Gotas. Una gota = 1 mg.
- Ampollas de 25 mg.

#### Dosificación:

- Normalmente, se puede dar de 75 a 150 mg diarios repartidos en tres tomas, según la edad del paciente. Siempre empezar por dosis bajas y nocturnas. En algunos casos, se puede llegar a

los 300 mg (en insomnios rebeldes). La vía parenteral se utiliza como antiemético cuando es necesario por vómitos continuos y para la sedación terminal. La dosis orientativa para la sedación terminal es de 25 a 50 mg varias veces al día, según respuesta del paciente.

## **Relajantes musculares**

Los dolores producidos por espasmos musculares son muy frecuentes y afectan fundamentalmente a los músculos que se insertan en los huesos afectados por metástasis. Entre los relajantes musculares se recomienda la ciclobenzaprina (YURELAX). Se presenta en cápsulas de 10 mg y la dosis es de una cápsula cada 12 horas. No da somnolencia.

## ***Guía para el tratamiento del dolor y uso de opioides en enfermos terminales***

### **■ Objetivos**

- Conocer los principios generales que deben regir para el control de los síntomas de los enfermos en situación avanzada y terminal.
- Conocer los criterios que deben seguirse para el correcto uso de los fármacos en pacientes terminales.
- Conocer los principios generales y los criterios para el uso adecuado de los analgésicos en el alivio del dolor neoplásico.
- Detectar las causas que con mayor frecuencia conducen, tanto a una sobredosificación como a una infradosificación de los analgésicos.
- Aprender a identificar y a evitar o corregir las causas de fracaso en el alivio del dolor del enfermo avanzado o terminal, ya sean por parte del enfermo o los familiares, como por parte de los profesionales de la salud.

### ■ ¿Qué podemos hacer para aliviar el dolor en el cáncer?

La Organización Mundial de la Salud, ha diseñado un plan bastante sencillo. Se trata de una “escalera analgésica” que consta de tres peldaños correspondientes a tres categorías de analgésicos:

- Analgésicos periféricos (también llamados no opioides, analgésicos menores o periféricos)
- Analgésicos opioides débiles
- Analgésicos opioides potentes

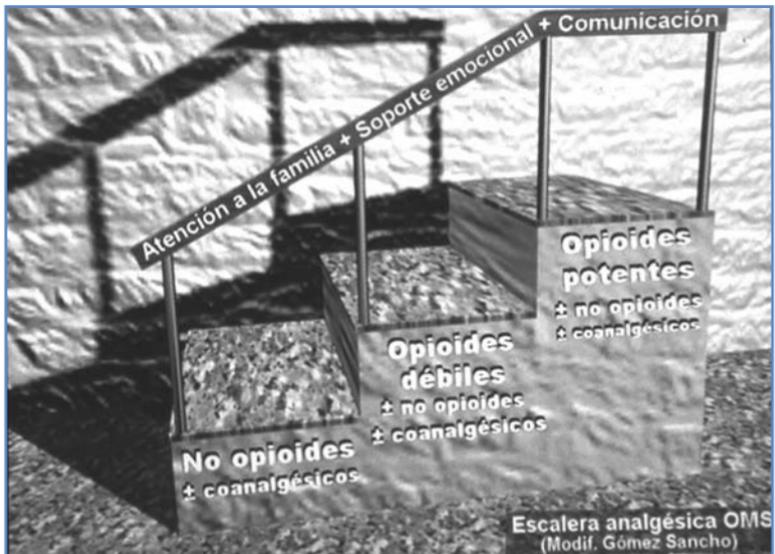
Los 3 fármacos que identifican los peldaños de la escalera propuesta por la Organización Mundial de la Salud y por tanto los analgésicos básicos, son la aspirina, la codeína y la morfina. El arsenal analgésico que podemos necesitar no va más allá de 9 ó 10 fármacos. Es preferible conocer muy bien unos pocos esenciales, que tener un conocimiento superficial de todos o la mayoría de los existentes.

El esquema de dicha escalera sería el siguiente (Figura 1)



El médico pondrá un tratamiento analgésico al enfermo empezando por los peldaños inferiores. Cuando el dolor no se controla de forma efectiva, se pasa a medicamentos del peldaño siguiente hasta llegar al último escalón donde se encuentra la morfina.

La “escalera” original propuesta por la OMS, hace referencia exclusivamente a los fármacos. A lo largo de este texto se explica detalladamente la importancia que tienen otros aspectos, distintos de los farmacológicos, en el adecuado control del dolor. Por este motivo, hemos propuesto añadir estos factores en forma de “barandilla” o “pasamanos” para que de una forma gráfica, se entienda la importancia de tener en cuenta estos factores al utilizar los fármacos. (Figura 2)



### **Utilización de opioides potentes**

#### **Introducción**

*Los opioides son los principales fármacos para el tratamiento del dolor intenso agudo o crónico asociado a cáncer y tienen un rol importante en el manejo del dolor crónico no maligno.*

*Ellos deben ser administrados preferentemente por vía oral y de no ser posible por la vía más conveniente y confortable para el paciente.*

*El régimen de prescripción debe tener medicación a intervalos regulares (dosis fija), y dosis a demanda (dosis de rescate) para cubrir las exacerbaciones del dolor que se presenten entre las dosis fijas.*

La selección del opioide esta influenciada por la intensidad del dolor, las características farmacocinéticas y las formulaciones existentes del fármaco, los antecedentes de efectos secundarios previos y la coexistencia de otras patologías. Algunos pacientes requerirán ensayos secuenciales de diferentes opioides antes de encontrar el opioide que muestra mejor efectividad y buena tolerancia.

En la actualidad, los médicos deben tener conocimientos apropiados sobre los opioides disponibles para el manejo del dolor por cáncer y sus diferentes formulaciones, además de una gran flexibilidad en el enfoque, para enfrentar las variaciones interindividuales que se presentan y mantener la mejor calidad de vida posible para los pacientes con dolor intenso en las distintas etapas de la enfermedad.

*El dolor no controlado debe ser abordado con una cuidadosa evaluación multidimensional y en lo que respecta al tratamiento farmacológico realizando una titulación de opioides personalizada hasta alcanzar un adecuado balance analgesia/efectos adversos. No se puede decir que un opioide fuerte no es eficaz si no se ha aumentado la dosis hasta encontrar la analgesia o un efecto adverso limitante. Es necesaria una supervisión atenta y reevaluaciones frecuentes.*

## Evaluación

1. Determinar la etiología probable y el tipo de dolor.
2. Medir la intensidad del dolor y de otros síntomas asociados (escalas numéricas, escala verbal, etc.).
3. Realizar una evaluación multidimensional del dolor que integre:
  - *Síndrome doloroso*: ubicación, mecanismo de dolor.
  - *Medicación*: dosis, tolerancia, efectos secundarios o toxicidad, uso de opioides previos.
  - *Paciente*: coexistencia de otras patologías (insuficiencia renal), distrés psicológico, estrategias de afrontamiento previas, antecedentes de drogas o etilismo, trastornos cognitivos, conflictos espirituales.
  - *Aspectos culturales, sociales y económicos*: funcionalidad del soporte familiar, problemas económicos, etc.
4. Identificar factores de mal pronóstico para el control del dolor:
  - Dolor neuropático
  - Dolor incidental
  - Trastornos cognitivos
  - Distrés psicológico
  - Abuso de sustancias o alcohol.

## ***Guías clínicas de manejo del dolor por cáncer con opioides***

La Organización Mundial de la Salud, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, entre muchas organizaciones científicas, han publicado las importantes y ampliamente conocidas guías para la utilización de opioides. En la Tabla I se exponen algunas pautas generales para la utilización de opioides.

**Tabla I. Pautas generales de utilización de opioides**

---

Prescribir dosis fijas (evitar subtratamiento o sobredosificación), con intervalos regulares y vías de administración apropiados
Indicar dosis de rescate (prevención de dolor persistente y alivio del dolor paroxístico)
Realizar una titulación individualizada y cuidadosa
Prevenir, anticipar y manejar los efectos secundarios de los opioides
Utilizar apropiadamente los coanalgésicos y fármacos adyuvantes
Considerar tratamientos secuenciales de opioides en caso de balance inadecuado de analgesia/efectos adversos.

---

*Bruera y colaboradores* describen recomendaciones prácticas para el uso racional de opioides en el dolor por cáncer para 3 categorías diferenciales de pacientes:

1. Pacientes sin opioide previo
2. Pacientes con tratamiento opioide previo (con tolerancia farmacológica a opioides)
3. Pacientes con tratamiento opioide previo dolor de difícil manejo o refractario.

### *Categoría 1: Paciente sin opioide previo*

#### **Evaluación Inicial**

- Descartar causas de dolor no asociadas al cáncer.
- Evaluar intensidad del dolor (escalas de 0-10).
- Considerar necesidad de tratamientos específicos según el mecanismo, ubicación y tipo dolor (radioterapia, bisfosfonatos, etc.).

- Evaluar función renal basal: pacientes con insuficiencia renal o deshidratación acumulan metabolitos tóxicos de los opioides.

### **Inicio y titulación de los analgésicos**

Si el dolor es moderado elegir algunas de las siguientes opciones:

- Codeína 30 o 60 mg c/4 h, con o sin paracetamol 300-500 mg c/4 h VO.
- Paracetamol 500 mg/ Hidrocodona 5-7.5 mg c/ 4 h VO, más 1 comp. de rescate hasta c/ 2 h.
- Tramadol 50 a 100 mg c/ 6 h VO

Además:

- Indicar Antieméticos: metoclopramida 10 mg c/ 4 h, y rescates de 10 mg hasta c/ 2 h según necesidad, por 3 días
- Indicar Laxantes: Bisacodilo 5 mg 1-2 comprimidos/día o leche de magnesia 10 c.c./ 8 horas o picosulfato 20 gotas/d
- Realizar monitorización frecuente de efectos adversos.

Si el dolor es intenso elegir algunas de las siguientes opciones:

- Morfina 10 mg c/ 4 h VO (5 mg c/4 h SC/IV) y 5 mg de rescate
- Oxycodona 5 mg c/ 4 h VO y dosis de rescate
- Hidromorfona 2 mg VO c/ 4 hs y dosis de rescate
- Metadona 2.5 a 5 mg VO cada 8-12 hs.

Además:

- Continuar o iniciar: antieméticos y laxantes
- Realizar monitorización frecuente de efectos adversos y evaluar necesidad de adyuvantes.

- Continuar con el tratamiento el tiempo que sea necesario
- Reevaluaciones y paso a liberación prolongada:

*Determinar en cada consulta la dosis total diaria del opioide indicado (dosis regular más rescates).*

*Si la situación económica del paciente lo permite y se encuentra con dolor controlado se puede pasar la dosis total diaria a formulaciones de liberación prolongada (cada 8, 12 o 24 hs. según la formulación elegida) manteniendo dosis de rescate con formulaciones de liberación rápida.*

### **Categoría 2: Pacientes con tratamiento opioide previo**

Adaptación de dosis en el paciente con dolor persistente o con nuevo:

Determinar la dosis diaria utilizada (dosis regular más rescates) e incrementar la dosis en un 30%, volver a dividir por 6 dosis diarias. Prescribir dosis de rescate del 10 % de la dosis diaria.

Ejemplo:

- Dosis diaria 60 mg. El paciente tomó 5 rescates de 5 mg c/u.
- Dosis Total 85 mg.
- El paciente refiere dolor de 7/10 EVA

Aumentar 30 % la dosis:

- $85 \text{ mg} = 100 \%$
- $25.5 \text{ mg} = 30 \%$
- $85+25 = 110 \text{ mg/d}$  (nueva dosis diaria)
- $110:6 = 18 \text{ mg por dosis} = 20 \text{ mg c/4 h}$ .
- Dosis nueva de rescate: 11 mg (10 % de la dosis total diaria)

Resumiendo:

*Indicar: morfina 20 mg. c/4 h y rescates de 10 mg hasta c/1 hora si hay dolor. Laxantes y antieméticos.*

Continuar con monitoreo frecuente del control del dolor y los efectos adversos.

**Si el paciente presentara toxicidad o efectos adversos graves o mal control del dolor pese al aumento de dosis, tratar los efectos secundarios y considerar posibilidad de cambiar el opioide.**

*Categoría 3: Pacientes con tratamiento opioide previo y dolor de difícil manejo o refractario*

Si el paciente continúa con dolor pese al aumento reiterado de dosis, considerar:

*Abuso de sustancias:*

- Evaluar alcoholismo y adicción a drogas.
- Hablar con el paciente sobre la diferencia entre nocicepción y sufrimiento en la expresión del dolor.
- Considerar la posibilidad de que un solo profesional indique y haga las prescripciones y limitar el número de rescates diario.

*Ansiedad y depresión:*

- Evaluar la posibilidad de apoyo psicológico o consulta al médico psiquiatra.

*Somatización:*

- Intentar hablar con el paciente acerca de la diferencia entre el sufrimiento crónico y la estimulación nociceptiva del dolor.

### *Dolor Incidental:*

- Se puede dar dosis regulares de opioides .Si la somnolencia es marcada, tratar con metilfenidato 10 mg por la mañana y 5 mg al mediodía.
- Considerar radioterapia o consultas a otros especialistas, si es necesario.

### *Dolor Óseo:*

- Considerar AINE y Pamidronato 90 mg c/ 28 días IV.
- Considerar radioterapia o consulta al traumatólogo si hay fractura o riesgo de ella

### *Dolor Neuropático:*

- Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina 25 a 75 mg/ d VO ( hasta 150 mg/d)
- Anticonvulsivantes: gabapentin 100 mg c/12 hs y titular hasta 3 g/d si fuera necesario
- Corticoides: dexametasona 10 mg VO/SC/IV día o c/ 12 h y titular de acuerdo con los efectos.

Si el paciente presenta *neurotoxicidad* Inducida por opioides:

- Cambiar el opioide, en caso de delirium, alucinaciones, mioclonias, hiperalgesia, luego de descartar otras causas probables y tratar las potencialmente reversibles. Agregar medicación asociada para tratar alucinaciones, confusión o agitación psicomotriz (haloperidol, neurolépticos sedativos, risperidona u olanzapina) hasta que mejore el cuadro.

## Tablas equianalgésicas

Existen tablas de dosis equianalgésicas que permiten determinar las nuevas dosis en caso de necesitar cambiar el opioide. Sin embargo, ellas deben tomarse fundamentalmente como guías que no reflejan estas relaciones con una exactitud matemática. Muchas de ellas están basadas en estudios de la industria farmacéutica para nuevas presentaciones, que incluyen pacientes con dolor post-operatorio y otros tipos de dolor crónico con nula o mínima exposición a opioides.

Es importante conocer algunos cuestionamientos de las más conocidas:

- Los estudios son heterogéneos y generalmente de dosis única
- Las relaciones propuestas representan rangos muy amplios, especialmente con el fentanilo
- Las mayores discrepancias entre los distintos resultados se encuentran con la oxycodona, el fentanilo, y la metadona. Siendo en estos dos últimos tal vez de mayor implicancia clínica
- *La metadona es mucho más potente de lo que figura en casi todas las guías*
- *La relación de dosis puede variar según el sentido en que se realice el cambio*

*Por lo tanto los cambios de opioides en el tratamiento crónico deben hacerse con una cuidadosa atención que permita retitular en función de la respuesta analgésica y los efectos adversos obtenidos.*

## Uso de la morfina

La morfina oral es la base del tratamiento del dolor en enfermos con cáncer avanzado y terminal y también en otras enfermedades crónicas evolutivas.

Sin embargo existen varios tipos de dificultades para su uso y prescripción, relacionadas con la falta de formación de los profesionales, dificultades administrativas para su prescripción y accesibilidad y también resistencias de carácter cultural, que han restringido en muchos ámbitos el acceso de los enfermos con dolor a su tratamiento idóneo.

Así, en Atención Primaria en España, más del 25% de los médicos de cabecera no han prescrito jamás morfina. La proporción se eleva al 70% si se trata de médicos sin contrato fijo. En los hospitales, donde existen mayores facilidades de prescripción y acceso, sigue utilizándose en menor proporción y dosis que la correcta. En un estudio multicéntrico realizado en 10 servicios de oncología, la morfina se utiliza en menos del 50% de los enfermos terminales y en dosis más bajas.

### *Dosis inicial: criterios*

Los elementos a tener en cuenta para decidir la dosis inicial de morfina están relacionados con las características del dolor (tipo, intensidad, frecuencia).

Conviene recordar que, en principio, existen tipos de dolor con mejor respuesta (nociceptivo) y con peor respuesta (neuropático), aunque en estos últimos la morfina puede también tener una cierta eficacia.

La intensidad elevada del dolor puede indicar la necesidad de una dosis inicial alta y debe considerarse un seguimiento muy cercano de la respuesta y de los efectos secundarios. La respuesta previa y la dosis necesaria de otros analgésicos es también otro factor. Los enfermos que han precisado dosis plenas de opioides débiles, requerirán en principio, una dosis inicial más alta. Es importante analizar si la nueva dosis con opioide fuerte no sea inferior en equianalgésia a la recibida en opioide débil.

En todos los casos, debemos informar adecuadamente y asociar apoyo emocional e información al enfermo y discusión con el equipo.

Las dosis iniciales medias habituales, oscilan entre 30 y 60 mg diarios, tanto para la solución acuosa de morfina (SAM) como para los comprimidos de liberación retardada. Debe recordarse que en el caso de la SAM es aconsejable la dosis doble nocturna, que permita dormir sin dolor y evite el tener que despertar al enfermo para suministrarle la dosis de madrugada.

En algunas situaciones concretas, deberemos comenzar con dosis más altas o más bajas de las cifras estándar (Tabla II).

#### Tabla II. Dosis iniciales de morfina

Dosis inicial media: 30-60 mg diarios por vía oral

Dosis inicial más alta

*Dolor intenso o incapacitante*

*Dosis tope previas de otros opioides menos potentes*

Dosis inicial más baja

*Debilidad o desnutrición extremas*

*Edad muy avanzada*

*Situación de agonía*

*Insuficiencia orgánica grave (renal, hepática, respiratoria)*

Las indicaciones de dosis alta inicial son: dolor intenso o incapacitante y dosis plenas previas de otros opioides menos potentes. En los casos de dolor intenso, aconsejamos iniciar el tratamiento enérgico inmediatamente, en la primera visita.

Las situaciones especiales en las que se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas son: debilidad y/o desnutrición extremas, edad

muy avanzada, hepatopatía o insuficiencia renal graves, situación de agonía o insuficiencia respiratoria, especialmente con hipercapnia. De todas formas, hay que insistir en que, ante la presencia de dolor intenso e indicación de uso de morfina, éste debe iniciarse siempre, aunque con dosis iniciales más bajas (*“empezar lento, pero seguro y sin prisas, pero sin pausas”*).

### Reflexiones en el 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. La tabla de equivalencias de los distintos analgésicos opioides figura en el capítulo 6 de este mismo módulo.

- *¿He prescrito un laxante?*

A no ser que el enfermo tenga esteatorrea, 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?*

Si el enfermo vomita con frecuencia, es prudente comenzar a dar un antiemético al prescribir morfina. También, y sobre todo, cuando vomitó al comienzo de tomar codeína. 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.

- *¿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, anticonvulsivantes, corticoides, etc.).

- *¿He transmitido fe 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 del buscapersonas para los casos de urgencia por las noches y fines de semana.

Posibilidad de aumentar las dosis según la respuesta, administración de dosis "extra", etc.

- *¿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 órdenes a máquina, explicar lo que está escrito y comprobar que enfermo y/o familiares han comprendido lo que les hemos explicado.

### **Otras consideraciones importantes en el momento de prescribir la morfina son:**

Además de la prescripción de morfina, también debemos hacer lo siguiente:

1. Decidir y prescribir los coanalgésicos necesarios.
2. Prevención e información sobre los efectos secundarios (ver más adelante). Si se dan algunas condiciones favorecedoras (encama-

miento, debilidad), deben prescribirse ya desde el inicio laxantes de forma regular, preferentemente fijos.

3. Facilitación del cumplimiento: deben asociarse la información con una receta comprensible, la mejora del sabor (jarabes, aromatizantes, etc.) en el caso de la SAM. Los distintos colores de los comprimidos y cápsulas de liberación retardada, también facilita el cumplimiento.
4. Fijar claramente el seguimiento, que incluye, el tratamiento de las crisis, los criterios para aumentar o disminuir las dosis, la disponibilidad telefónica para aclarar dudas y el compromiso de apoyo.
5. Información adecuada a enfermo y familia, que incluye los mecanismos del dolor, las razones del uso de morfina, la prevención de yatrogenias, la explicación y aclaración sobre los mitos (muy especialmente a los familiares) y los planes a seguir.
6. Identificación de los profesionales.

## **Evaluación y seguimiento**

### *Evaluación*

Es aconsejable realizarla dentro de la primera semana e incluir un contacto telefónico el segundo o tercer día.

Los sistemas aconsejables para efectuar la evaluación son varios: escalas visuales analógicas (EVA), escalas numéricas de consenso del equipo (0 a 4) analizados en un capítulo anterior y es conveniente registrar también el número de crisis y la respuesta en sueño, reposo y movilización. La combinación de todos ellos permite una excelente monitorización de la respuesta.

En la segunda evaluación podemos encontrar: respuesta completa, respuesta parcial o no respuesta, con grados distintos de control según sueño, reposo o movimiento y el número de crisis de dolor durante 24 horas, así como los efectos secundarios (Tabla III).

**Tabla III. Segunda evaluación**

Respuesta completa
Respuesta parcial
No respuesta <i>Yatrogenia</i> <i>Sueño/Reposo/Movilización</i> <i>Número de crisis de dolor en 24 horas</i>

### **a) Respuesta completa.**

Ausencia de dolor y de crisis. En este caso debemos valorar el seguimiento, teniendo muy en cuenta una posible reducción posterior de la dosis y que la incidencia de efectos secundarios centrales puede aumentar.

La Sociedad Catalano Balear de Cuidados Paliativos elaboró en 1993 unos "Criterios de dolor controlado" que pueden ser útiles en la práctica clínica (Tabla IV).

**Tabla IV. Posibles criterios de "dolor controlado"**

EVA < 3 (0-10)
Escala del Equipo < 2 (0-4)
Nº de crisis en 24 horas <3
Sueño/Reposo/Movilización

### **b) Respuesta parcial (relacionada con sueño / descanso).**

Es una indicación de aumento de dosis (30 - 50%) gradual, escalonada diariamente. Debe también valorarse la indicación de algunos coanal-

gésicos más específicos. En general, es más recomendable proceder a aumentar la dosis que a reducir el intervalo entre las mismas.

### c) No respuesta.

Las causas de no respuesta a la morfina están enumeradas en la Tabla V.

Es especialmente importante no olvidar nunca lo que podemos llamar “situación difícil”: gran impacto emocional, no aceptación, problemas familiares, edad muy joven. En nuestra experiencia, éstos son los motivos más frecuente de dolor de difícil control. Otras veces, se trata de otros síntomas difíciles (disnea etc.) no controlados.

**Tabla V. Morfina: causas de fracaso**

Dosis, posología, vía INADECUADAS
Dolor resistente
No usar coanalgésicos
Olvidar medidas generales
No prevenir efectos secundarios
No informar a enfermo y familiares
Falta de control de otros síntomas
Problemas psicosociales graves

En estos casos, una vez valorado el cambio de coanalgésico y de la dosis, conviene pensar en:

- Cambio a vía subcutánea como primera opción o medidas intervencionistas como segunda.
- Aumento del soporte emocional y seguimiento.

Valorar la aparición de efectos secundarios (ver más adelante), la persistencia de crisis de dolor (si son más de 3 al día o son de mucha intensidad, será una indicación de aumentar la dosis de morfina), el dolor a la movilización y el dolor localizado único (que puede requerir la aplicación de alguna técnica intervencionista, como bloqueos nerviosos, etc.)

### *Seguimiento*

Debe programarse individualmente. Lo más frecuente consiste en que deben realizarse aumentos graduales de las dosis de opioides (30 - 50% en cada ocasión), por progresión de enfermedad (aumento del dolor), por efecto tolerancia o por la aparición de nuevos síntomas que respondan a la morfina (disnea).

Con respecto a las dosis medias diarias de seguimiento, oscilan entre 120 y 240 mg. diarios (20-30 mg. cada 4 horas de SAM o comprimidos de liberación inmediata ó 60 - 90 de comprimidos de liberación retardada, cada 12). No hay dosis límite de morfina y hay experiencia en dosis eficaces superiores a un gramo en un pequeño grupo de enfermos, con buena tolerancia.

El seguimiento telefónico sistemático es un buen método para la detección precoz de yatrogenias y permite también cambios de dosis.

### ***Cuándo deben utilizarse las fórmulas de liberación retardada***

Las fórmulas de liberación retardada ofrecen a los pacientes la ventaja de una administración de opioides menos frecuente.

Las fórmulas de liberación retardada deben utilizarse preferentemente sólo en situaciones estables, cuando el dolor está bien controlado y el paciente exige cantidades mínimas de dosis de rescate al día (menos de tres).

A los pacientes que nunca han tomado opioides es preferible no suministrarles una fórmula de liberación retardada. Inicialmente, se debe utilizar una fórmula de liberación rápida para permitir una dosificación más segura y rápida. El opioide puede cambiarse posteriormente a una fórmula de liberación retardada cuando el dolor esté bien controlado.

Cuando el paciente se desestabilice (por ejemplo: delirio, aumento considerable del dolor con aumento rápido de las dosis de opioides), es prudente cambiar de una fórmula de liberación retardada a una de liberación rápida.

Utilizar las fórmulas de liberación retardada con gran cautela en presencia de deterioro renal (riesgo de acumulación). Sería recomendable usar fármacos que no se eliminan por vía renal, en caso de disponer de los mismos. Si no, dar consejo de prescribir disminución de dosis habituales y/o aumento del intervalo

### ***Prevención y tratamiento de las crisis de dolor***

En primer lugar debemos evaluar las causas e instaurar el tratamiento específico idóneo. Podemos también encontrar dolores desencadenados por actividades específicas (nociceptivo por movilización, dolor cólico abdominal tras la ingesta) o con horario fijo (dolor nocturno). En todos esos casos podemos modificar el estilo de vida y añadir dosis adicionales si es preciso.

En todos los casos, debe estar presente la administración inmediata de una dosis adicional (aproximadamente la misma dosis de SAM que tomaba cada 4 horas o aumento de los comprimidos de liberación retardada y en algunos casos combinación de los dos fármacos) y otras medidas (relajación, apoyo) en las crisis de dolor.

Cerca del 50% de los enfermos las necesitarán con frecuencia. Todo el equipo, el enfermo y la familia, deben actuar prontamente para el control de las crisis de dolor.

Es muy importante explicar al enfermo los beneficios de las dosis adicionales. Hemos detectado una infrautilización de dosis extras relacionada con la falta de información.

Si aparecen nuevos dolores, deben ser evaluados minuciosamente antes de tomar una decisión terapéutica.

Se puede establecer la siguiente pauta:

### **DOLOR IRRUPTIVO Y/O CONTROL CON DOSIS DE RESCATE**

#### CARACTERISTICAS DEL ANALGÉSICO

- Fácil manejo
- Rapidez de actuación
- Si es posible utilizar la vía oral

#### FÁRMACOS

- Fentanilo Transmucoso (ACTIQ): 200, 400, 600, 800, 1200 y 1600 ng.
- Se puede utilizar conjuntamente para el dolor irruptivo o para el rescate con cualquiera de los opioides potentes. De fácil utilización, rapidez de acción y pocos efectos secundarios.
- Morfina de liberación rápida (SEVREDOL): comprimidos de 10 mg y 20 mg. Se puede utilizar cada 4 horas.
- Oxycodona de liberación rápida (OXYNORM): 10 mg y 20 mg y Oxynorm concentrado solución oral en el que cada 0,5 ml equivale a 5 mg.
- Buprenorfina comprimidos: 0,2 mg cada 6 horas
- La dosis utilizadas de cada uno de los fármacos se pueden repetir en función de la aparición de dolor irruptivo en los pacientes.

**Nota:** Próximamente aparecerá en el mercado un fentanilo en parches (film soluble bucal para aplicación sobre la mucosa oral, superficie interna de la mejilla) para el control del dolor irruptivo.

### *Morfina en situación de agonía*

En los últimos días de la evolución puede tener lugar una disminución de la necesidad de opioides. Sin embargo, y aunque el enfermo parezca estar comatoso o semicomatoso, es conveniente no retirar la morfina.

En esta fase, por tanto, será preciso ajustar individual y muy frecuentemente la dosis de morfina y también de muchos otros fármacos. Por otra parte, sin embargo, puede ser necesario añadir otros, más específicos para la situación de agonía (escopolamina para los estertores, alguna benzodiazepina, neurolépticos para la agitación, confusión, delirio...).

En nuestra experiencia, más del 80% de los enfermos pueden ingerir por vía oral en los últimos días. En los casos en los que el enfermo no pueda deglutir, se puede suministrar la morfina por vía subcutánea, bien sea con una palomita instalada debajo de la piel aplicando dosis repetidas, bien por medio de infusión continua. Esta última opción tiene la ventaja de que en el mismo infusor se pueden introducir y mezclarse con la morfina varios fármacos que pueden ser necesarios en estos momentos.

### *Efectos secundarios de la morfina y otros opioides*

La morfina tiene una serie de efectos secundarios que, sin embargo, en muy rara ocasión impedirán su utilización. En todos los casos, debe realizarse un diagnóstico preciso de la causa, no siempre atribuible al uso de morfina.

Aunque en los capítulos correspondientes se estudiarán con mayor profundidad, resumimos los más frecuentes, o los que más dificultad puede entrañar para su control. Son:

### 1) INMEDIATOS

No es raro que en bastantes enfermos se presenten una serie de efectos indeseables durante los primeros días de tratamiento con morfina. La mayoría de las veces desaparecerán con o sin tratamiento específico después de 5 ó 6 días.

Los más frecuentes son los siguientes:

#### **Náuseas y/o vómitos**

Cuando aparecen, la mayoría de las veces es con carácter transitorio y suelen controlarse bien con antieméticos. Los daremos de forma profiláctica al instaurar el tratamiento con morfina, en aquellos enfermos con estado nauseoso previo o que vomitaron al tratarles con opioides débiles (algunos autores prefieren hacer prescripción inicial a todos y luego de 3-días suspender).

Entre los antieméticos más útiles, disponemos de los gastroquímicos, cuando el vómito sea por retraso de vaciamiento gástrico (metoclopramida y domperidone, este último existe en supositorios), las butirofenonas (haloperidol) y fenotiazinas (clorpromazina), que actúan más sobre el SNC. El haloperidol es menos sedante y además, al ser acuoso, se puede usar fácilmente por vía subcutánea.

La morfina no es la única causa de náuseas y vómitos de estos enfermos, por lo que habrá que investigar muy bien otras posibles causas (aumento de la presión intracraneal, ansiedad, hipercalcemia, el propio estreñimiento, etc.)

## Boca seca

Constituye uno de los síntomas más frecuentes en enfermos terminales (60-70%) y es el ejemplo más claro de que con medidas extraordinariamente sencillas, se puede mejorar de forma muy importante el bienestar de los enfermos (30). Una boca en buenas condiciones es imprescindible para poder realizar cosas tan importantes como beber, comer, hablar y besar.

Para la humidificación, pequeños sorbos de agua, zumos de fruta con cubitos de hielo, manzanilla con limón (anestésico local y estimulante de la saliva respectivamente) y/o salivas artificiales a base de metilcelulosa, esencia de limón y agua (fácilmente preparables por cualquier farmacéutico). Hay que utilizarlos con frecuencia, cada 2-4 horas.

En casos de halitosis por boca séptica y/o neoplasia oral, puede ser útil hacer gargarismos de povidona yodada al 7.5%. (Betadine® Bucal)

Tener en cuenta siempre la posibilidad de candidiasis oral, muy frecuente y molesta y que precisará un tratamiento específico.

## Somnolencia

En algunos enfermos se produce un estado somnoliento durante los días siguientes al comienzo del tratamiento con morfina. Cuando persiste después de unos días, debemos hacer una serie de reflexiones:

- *Si no tiene dolor, reducir la dosis de morfina y volver a valorar dolor y somnolencia.*

No olvidemos que cada enfermo tiene "su" dosis idónea de morfina y que no siempre es fácil acertar a la primera.

- *¿No estará el paciente más grave de lo que parece?*

Puede habérsenos pasado inadvertida la auténtica gravedad del enfermo, precariamente compensado, y que tras una dosis "standard" de morfina, se haya descompensado. Disminuir la dosis.

- *¿Está el paciente recuperándose de un cansancio o fatiga prolongada?*

Es frecuente el enfermo que lleva varias noches sin dormir a causa del dolor. Un adecuado control del mismo, se traducirá, antes que nada, en un profundo y prolongado sueño reparador (muy frecuente). Explicárselo a la familia.

- *Si tiene una insuficiencia hepática o renal probar a reducir la dosis de morfina*

Recuérdese que estas circunstancias nos obligarán a comenzar con dosis de morfina más bajas que las habituales<sup>50</sup>

- *¿Existirá una metástasis cerebral y la morfina ha aumentado la presión intracraneal?*

Cabe esta posibilidad aunque raramente. Si la morfina es realmente necesaria, valorar la posibilidad de añadir dexametasona.

- *¿Está cianótico el paciente por una insuficiencia respiratoria agravada por la morfina?*

Disminuir la dosis de morfina y reevaluar. Recuérdese que la insuficiencia respiratoria no supone una contraindicación para usar morfina, pero sí que obliga a ser más cuidadoso en su dosificación y requiere de una reevaluación más frecuente.

- *¿Está en tratamiento con psicotropos? ¿Son necesarios? ¿Se pueden reducir o interrumpir?*

En no pocas ocasiones un médico poco solícito intentará compensar su falta de disponibilidad con psicofármacos. Frecuentemente llegan los enfermos con medicamentos de este tipo, no siempre necesarios. Después de un cuidadoso abordaje individualizado, etc. muchas veces los podemos suprimir o cuando menos, disminuir.

- *Si el paciente no está agitado considerar la administración de dexamfetamina (2.5 - 5 mg) por la mañana o metilfenidato 10 mg por la mañana y 5 por la tarde.*

Raramente necesario

- *Si toma fenotiazinas como antiemético ¿se puede cambiar por haloperidol o metoclopramida?*

Es más difícil en el caso de la metoclopramida ya que actúa a nivel gástrico fundamentalmente. El haloperidol, sin embargo, tiene un mecanismo de acción más similar y produce menos somnolencia que las fenotiazinas.

## Astenia

En la mayoría de los enfermos desaparecerá después de unos días, suponiendo que haya sido provocada por la morfina. No olvidar que la astenia es precisamente uno de los síntomas de mayor prevalencia en los enfermos de cáncer, tomen o no morfina.

**Síntomas confusionales** (confusión, obnubilación, alucinaciones), generalmente producidos por neurotoxicidad.

*Los pacientes pueden presentar algún síntoma de neurotoxicidad en el curso del tratamiento, dificultad en la concentración, delirium (síndrome confusional agudo), alucinaciones, mioclonias, entre otros. Existen grupos de mayor riesgo, como las personas con edad avanzada, con insuficien-*

Marcos Gómez Sancho y Manuel Ojeda Martín

*cia renal o hepática, con trastornos cognitivos previos, con tratamiento prolongado o con altas dosis de opioides.*

*Es preciso informar a los pacientes y familiares de esta posibilidad y explicar que existen alternativas de tratamiento para solucionar estos síntomas y mantener el alivio del dolor (cambio de opioide, neurolépticos, tratamiento de complicaciones clínicas concurrentes). Resaltar la importancia del reporte precoz para evitar síntomas mayores.*

### **Inestabilidad**

Igual que en el caso anterior, los pacientes ancianos pueden sufrir crisis de vértigo o inestabilidad, probablemente debido a hipotensión ortostática.

### **Sudoración**

Algunos enfermos presentan sudoración profusa que puede ser muy incómodo. Suele aumentar por las noches y es más frecuente cuando existe afectación hepática. No pocas veces se agrava cuando el enfermo tiene fiebre causada por el cáncer. A algunos enfermos se les controla bien con corticoides (15 - 30 mg de prednisona ó 2 - 4 mg de dexametasona diarios)

### **Prurito**

Aparece a veces y suele ceder con antihistamínicos por vía oral

### **2) CONSTANTES**

A veces (pocas), estos efectos secundarios se mantienen durante el tratamiento con morfina, lo que obliga a mantener la medicación para controlarlos (antieméticos, etc.), sobre todo el estreñimiento.

Los más frecuentes son los siguientes:

## **Estreñimiento**

Además del uso de la morfina, los enfermos de cáncer avanzado y terminal tienen otros factores de riesgo, como suelen ser el uso de otros fármacos facilitadores (antidepresivos), inactividad, debilidad, etc. Por este motivo, la utilización de laxantes, será casi una norma en estos enfermos. Se dice que la misma mano que receta un opioide, deberá recetar al mismo tiempo un laxante. Si en ese momento el enfermo no tiene problemas de evacuación, cuando menos habrá que prevenirlo seriamente. Tener que tratar un estreñimiento, puede significar el fracaso de no haber sabido prevenirlo (no olvidar que puede ser más complicado controlar el estreñimiento que el dolor).

Nosotros solemos utilizar con buenos resultados una mezcla, a partes iguales, de un laxante detergente (parafina líquida), un osmótico (lactulosa) y cuando no está contraindicado (íleo), un purgante (senósido). Como siempre, la dosis se regulará individualmente

## **Náuseas y/o vómitos**

### **Astenia**

### **Sudoración**

Sólo raramente la aparición de efectos secundarios obliga a interrumpir el tratamiento con morfina.



## 2. Síntomas digestivos

### Anorexia

Es la incapacidad del paciente para comer normalmente.

Causas principales:

- Vómito fácil.
- Ofrecer demasiada comida.
- Llenarse rápidamente.
- Estreñimiento.
- Alteraciones de la boca (aftas, úlceras, etc.).
- Dolor y fatiga.
- Hipercalemia.
- Ansiedad y depresión.
- Olores.

### Tratamiento:

*Medidas generales:*

- Preparación adecuada de los alimentos.
- Poca comida en platos grandes.

*Medidas farmacológicas:*

- Dexametasona (2-4 mg/diarios).
- Amitriptilina (Tryptizol).
- Acetato de Megestrol. Normalmente, este medicamento se utiliza en los cánceres de mama o de endometrio hormono-dependientes y entre sus efectos secundarios está precisamente

el que los pacientes engordan y les aumenta el apetito. Este efecto secundario se utiliza como efecto beneficioso para el tratamiento de anorexia en los pacientes con cáncer avanzado. 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. Tratamiento muy caro.

*Nombres comerciales:*

- MAYGACE 160, MEGEFREN, BOREA.

### **Estreñimiento**

Es la defecación infrecuente (normalmente, menos de tres veces por semana) y que, a su vez, son heces duras y secas.

*Causas:*

- Inactividad.
- Nutrición deficiente.
- Deshidratación.
- Físicas (debilidad, disnea, dolor).
- Fármacos (opioides, anticolinérgicos, etc.).
- Bioquímicas (hipercalcemia).

*Complicaciones del Estreñimiento:*

- Dolor.
- Obstrucción intestinal.
- Diarrea por sobreflujo.
- Disfunción, con incontinencia urinaria.

*Tipos de laxantes:*

- Reguladores:
  - Salvado.
  - Metiiceluliosa.
  - Psilio (METAMUCIL sobres).

Aumentan el volumen de la masa fecal. Este tipo de laxantes no es efectivo en los pacientes con cáncer avanzado.

- Detergentes:
  - Parafina (HODERNAL G).
  - Permite el paso de agua a la masa fecal, reblandeciéndola.
- Osmóticos o Salinos:
  - Azúcares (DUPHALAC, sobres y solución).

Aumentan la presión osmótica a nivel de la luz intestinal, aumentando el paso de agua hacia la misma.

- Purgante:
  - Senósidos (X-PREP solución, PURSENID grageas, DULCOLAXO supositorios).

Aumentan el peristaltismo intestinal. No utilizar en caso de sospechar una obstrucción intestinal.

**Posibilidades de tratamiento:**

- Mezcla laxante con DUPHALAC + X-PREP + HODERNAL G.

Si el paciente no tiene antecedentes de estreñimiento, se mezclarán 5 c.c. de cada jarabe y se le dosificará al paciente cada 8-12 horas. Si tiene antecedentes de estreñimiento, se mezclarán 10 c.c. de cada uno de los jarabes y se le dará cada 8-12 horas. Esta dosificación puede irse aumentando según necesite el enfermo.

Si el paciente rechaza los jarabes o éstos le provocan náuseas o vómitos, se le dará el PURSENID grageas (desde un comprimido cada 12 horas, hasta 2 cada 8 horas, según la respuesta), o un supositorio de DULCOLAXO por la noche.

- MOVICOL (polietilenglicol): un sobre cada 12 ó 24 horas

### **Náuseas y vómitos**

Las náuseas son una sensación desagradable en la parte alta gastrointestinal y que puede estar acompañada o no de vómito.

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

### **Causas principales:**

#### *Debidas al cáncer*

- Irritación gastrointestinal.
- Hemorragia.
- Estreñimiento.
- Aumento de la presión intracraneal.
- Hepatomegalia.
- Dolor.
- Ansiedad.

- Toxicidad cancerosa.
- Bioquímicas (hipercalcemia, uremia).

*Debidas al tratamiento:*

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Fármacos (opioides, aspirina, corticoides, etc.).

*Concurrentes:*

- Gastritis alcohólica.
- Infección.
- Úlcera péptica.
- Uremia.

*Otras:*

- Sobrepresión para que coma.
- Olores.

**Causas por las que la morfina puede inducir al vómito:**

- Administración oral demasiado dulce.
- Estimulación de la zona trigger quimiorreceptora (vía a través de la cual estimula el centro del vómito).
- Retraso del vaciamiento gástrico.
- Aumento de la presión intracraneal.
- Estreñimiento.
- Alteración vestibular.

### "Toxicidad en ventana":

La morfina a dosis pequeñas no induce al vómito. A dosis medias, sí induce al vómito mientras que a dosis altas tampoco induce al vómito. Esto es lo que se llama "toxicidad en ventana" de la morfina, por lo que hay que tener en cuenta que el vómito es sólo un problema inicial cuando se utiliza la morfina.

### Tratamiento del vómito:

- Tratar las causas reversibles (estreñimiento, hipercalcemia, etc.). Prescribir el antiemético adecuado.

### Antieméticos

Los clasificaremos según su mecanismo de acción.

#### A) Los que actúan a nivel de la zona trigger quimiorreceptora (ZTQ).

- Fenotiacinas:
  - Clorpromacina (ya descrita en el tema del dolor).
- Butirofenonas:
  - Haloperidol.

### *Haloperidol*

#### *Acciones:*

- Antiemético.
- Ansiolítico.
- Antipsicótico.

*Características principales:*

- Vida media de más de 16 horas, por lo que se puede dar normalmente una vez al día.
- Más de 5 mg diarios es sedante.
- Más de 5 mg diarios da lugar con frecuencia a reacciones extrapiramidales.
- En pacientes psicóticos, es el ansiolítico de elección.

*Presentaciones:*

- Gotas: 10 gotas = 1 mg de haloperidol.
- Comprimidos de 10 mg.
- Ampollas de 5 mg 1 por ml.

*Dosificación:*

- Es el antiemético de elección cuando el vómito está provocado por estímulo central. Se puede empezar por 1,5 mg (15 gotas) en dosis nocturnas. Si no es efectivo, se puede pasar a 3-3,5 mg (30-35 gotas) en dosis nocturnas. La dosis máxima sería de 5 a 20 mg repartidos en varias tomas al día.
- Si los vómitos son muy persistentes, se puede administrar inicialmente por vía subcutánea (1,5/2,5 mg por la noche).

*Diferencias entre Clorpromacina y Haloperidol*

El Haloperidol es:

- Más antiemético.
- Produce más reacciones extrapiramidales.
- Menos sedante.
- Menos efectos anticolinérgicos.
- Menos efectos cardiovasculares.

La clorpromacina como antiemético 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. En cuanto a la dosificación del Largactil como antiemético será según la edad del paciente y de lo sedado que lo queramos mantener.

Se puede empezar con 15 mg (15 gotas) en dosis nocturna.

### **B) Los que actúan a nivel periférico.**

- Ortopramidas:
  - Metoclopramida.
  - Domperidone

#### *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.

### ***Metoclopramida***

#### *Nombre comercial:*

- PRIMPERAN.

#### *Presentaciones:*

- Solución (10 ml = 10 mg).
- Comprimidos de 10 mg.
- Ampollas de 10 mg.

*Efectos secundarios:*

- Reacción extrapiramidal.
- Sedación.
- Somnolencia.
- Hipotensión postural

**Domperidone***Nombre comercial:*

- MOTILIUM.

*Presentaciones:*

- Comprimidos 10 mg
- Suspensión (10 ml=10 mg).
- Supositorios 60 mg.

*Efectos secundarios:*

- La única ventaja que tiene sobre el anterior es que no atraviesa la barrera y por lo tanto, tiene menos posibilidades de dar reacciones extrapiramidales.

*Dosificación:*

- 10 mg cada 6 horas o un supositorio cada 8 horas.

**C) Ondansetrón (ZOFRÁN):** comprimidos de 4 y 8 mg.

Se dará un comprimido cada 12 ó 24 horas.

### D) Consideraciones de los antieméticos.

- 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.
  - Como siempre, vía oral.
  - Vía parenteral:
    - Si vomita más de una vez cada 8 horas.
    - Vómitos postprandial.
    - En caso de obstrucción intestinal.

### Candidiasis oral

Infección oral, producida la mayoría de las veces por el hongo *Cándida Albicans*.

#### Causas:

- Sequedad de la boca.
- Utilización de corticoides.
- Utilización de antibióticos.
- Tratamiento con radio y quimioterapia.
- Movilidad de la dentadura.

#### Formas clínicas:

- **Pseudomembranosa aguda:** placas blanquecinas, suaves y húmedas en los lados de la boca. Si se levantan, aparece la mucosa con erosiones y sangrante.
- **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 quemor. Mucosa bucal seca y roja. Sin placas blanquecinas.

### Tratamiento:

- Cuidados de la boca (véase el apartado correspondiente). (Beta-dine® Bucal).
- Nistatina (MYCOSTATIN): se le dará una cucharada de 10 ml de suspensión cada 4 horas diciéndole al paciente que lo mantenga en la boca el mayor tiempo posible. Es muy útil congelar esta cantidad de medicamento en forma de cubitos de hielo, al que se le puede añadir cualquier aromatizante (tónica). Esto permite que el paciente chupe un helado y, además de que le refresca la boca (sequedad de boca), lo mantiene más tiempo, con lo que se consigue una mayor acción terapéutica.
- Ketoconazol (MICOTICUM, KETOISDIN).
- Es un antifúngico de acción sistémica cuya dosis es de 200 mg (un comprimido) diario. Tiene el inconveniente de que es bastante hepatotóxico y produce alteraciones hormonales.
- Fluconazol (DIFLUCAN 50, 100 y 200 mg).

Es un antifúngico de acción sistémica cuya dosis es de 100 a 200 mg. diarios, según la intensidad de la infección. Es muy poco hepatotóxico y no produce alteraciones hormonales. Por ello es de elección en el tratamiento sistémico de la candidiasis.

### Diarrea

Es un síntoma que 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.
- Impactación fecal con sobreflujo (pseudodiarrea).
- Obstrucción intestinal incompleta.

Los fármacos que con más frecuencia producen diarrea en este tipo de pacientes son los laxantes, los antiácidos y antibióticos (aunque estos últimos no se usan mucho). La impactación fecal con sobreflujo se produce, sobre todo, por la utilización de los opioides, anticolinérgicos y el hidróxido de aluminio.

### Tratamiento:

#### *Antidiarreicos inespecíficos*

- Absorbentes:
  - Pectina.
  - Agentes hidrófilos del bolo fecal.
- Adsorbentes:
  - Carbón activado (diarrea tóxica).
- Inhibidores de las prostaglandinas:
  - Aspirina y Naproxeno (efectivos en la diarrea producida por la radioterapia)
- Opioides:
  - Codeína.
  - Morfina.
  - Loperamida (FORTASEC) es el opioide de elección como antidiarreico. Se presenta en forma de comprimidos de 2 mg y gotas.

Por vía oral, no tiene efecto sobre el SNC. Tiene muy pocos efectos secundarios (2% fatiga y 6% cólico abdominal). Como antidiarreico es 60 veces más potente que la codeína.

### **Antidiarreicos específicos**

- Esteatorrea:
  - Se utilizan las enzimas pancreáticas (PANKREON).

El paciente tomará de 3 a 5 tabletas en cada comida dependiendo de la rebeldía del cuadro.

- Diarrea biliar:
  - Se utiliza la colesteramina (LISMOL sobres).

Es una resina que liga los ácidos biliares en el colon. Se dosificará de 3 a 6 sobres al día.

### **Obstrucción intestinal**

Es un cuadro que se produce con relativa frecuencia en los pacientes con cáncer avanzado. Se produce una dificultad del tránsito intestinal.

#### **Causas:**

- Debidas al cáncer:
  - Crecimiento del tumor.
  - Linitis plástica.
  - Neuropatía retroperitoneal.
- Debidas a la debilidad:
  - Fecaloma (impactación fecal).
- Debidas al tratamiento:
  - Post-quirúrgicas (adherencias).
  - Post-radioterapia (fibrosis).

- Fármacos (opioides, corticoides, antihistamínicos, anticoagulantes, etc.).

### Tratamiento:

- Quirúrgico:
  - Cuando las condiciones del paciente lo permitan y las perspectivas sean de buen resultado. Asimismo, cuando la causa sea fácilmente reversible.
- Médico:
  - Corticoides: Dexametasona a dosis altas. Se puede comenzar con 24 mg diarios e ir disminuyendo la dosis según respuesta del paciente.
  - Espasmolíticos (hioscina). Se dosificará un inyectable cada 8 horas en infusión SC o IV continua.
  - Morfina. Va a disminuir el peristaltismo intestinal. La dosis dependerá de si el paciente tomaba ya Morfina para controlar el dolor previamente.
  - Antieméticos: Haloperidol subcutáneo (2,5 mg S.C./12-24 h).
  - Enema de limpieza por si la causa es un fecaloma.

### Síndrome de aplastamiento gástrico

Es un cuadro que se produce por el crecimiento de una masa que comprime el estómago. La mayoría de las veces se origina por una hepatomegalia.

- Características clínicas:
  - El paciente se sacia rápidamente.
  - Dolor o disconfort epigástrico.
  - Sensación de plenitud.
  - Náuseas y vómitos.
  - Acidez e hipo.

- Tratamiento:
  - Control de la dieta: indicar al paciente que coma poca cantidad, muchas veces al día.
  - Metoctopramida (analgésica en este síndrome).
  - Antiácidos (ranitidina o hidróxido de aluminio).
  - Morfina.



### 3. Síntomas urinarios

#### Morfina y tracto urinario

La morfina produce sobre la vejiga una disminución de la sensación de plenitud de la misma con un aumento del tono del esfínter. Asimismo, produce un aumento del tono músculo detrusor y un aumento del tono y de la amplitud del uréter.

De todas maneras, lo importante que se debe recordar es que la morfina no ejerce efectos detectables sobre la función del aparato urinario.

#### Incontinencia

Es la incapacidad del paciente para retener la orina. Casi siempre está precedida de la urgencia, es decir, que el paciente presenta un deseo continuo de orinar. En la incontinencia se produce un retraso de la micción en relación con el deseo de orinar. Dicho retraso puede estar causado por la debilidad del enfermo, alteraciones psicológicas (depresión, confusión, desaliento, etc.) y la somnolencia.

Con respecto a la incontinencia, hay que hacer un diagnóstico diferencial con la incontinencia genuina por stress (múltipara, al reirse), con la retención con rebasamiento, con la fístula urinaria y con la flacidez del esfínter.

#### Tratamiento:

- Tratar la causa reversible:
  - Disminuir la dosis del diurético.
  - Tratar cistitis.
  - Modificar la sedación.

- Medidas generales:
  - Proximidad al baño.
  - Fácil disponibilidad del "chato".
  - Respuesta rápida de Enfermeras y Auxiliares.
- Tratamiento farmacológico:
  - Amitriptilina, sobre todo en la inestabilidad del detrusor.
  - AINES (NAPROXYN), 500 mg cada 12 horas.

### Espasmo de la vejiga

Es un cuadro que se caracteriza por la aparición de un dolor intenso a nivel suprapúbico de carácter discontinuo y que va a estar relacionado con un espasmo del músculo detrusor de la vejiga.

#### 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.
  - Infeccioso.
- Causas concurrentes:
  - Infección (cistitis).

#### Tratamiento:

- Tratar la causa reversible:
  - Tratar el estreñimiento.

- Antisépticos en la cistitis.
- Cambiar la sonda o disminuir el volumen del balón.
- Analgésicos:
  - Amitriptilina (TRYPTIZOL).
  - Hioscina (BUSCAPINA o ESCOPOLAMINA).
- Disminuir la sensibilidad del músculo detrusor:
  - AINES (NAPROXYN 500 cada 12 horas).
  - Disminuyen la sensibilidad del músculo detrusor al inhibir las prostaglandinas.

### **Tenesmo urinario**

Son los deseos constantes de orinar y que siempre lo hace 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.
  - Infección.
  - Debilidad generalizada.

### Tratamiento:

- Tratar la causa reversible:
  - Modificar el régimen de los fármacos.
  - Asistencia al paciente.
- Fármacos:
  - Bloqueantes alfa adrenérgicos: Prazosin (MINIPRES),
  - Alfuzosina (ALFETIM, BENESTAN).
  - Anticolinesterásicos: Piridostigmina (MESTINON). Estimula la transmisión de la corriente nerviosa.

## 4. Síntomas neuropsicológicos

### El insomnio

Es la incapacidad del paciente para dormir normalmente de noche. Es un síntoma que aparece en la mayoría de los pacientes con cáncer avanzado debido a que estos pacientes tienen MIEDO A LA NOCHE. Como se dijo al analizar los principios generales del uso de los analgésicos, el primer objetivo es el de "una noche sin dolor". **El insomnio debe ser tratado enérgicamente.** 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, dormir durante el día, etc.
- Psicológicas:
  - Todos los síntomas que influyen en el estado anímico (ansiedad, depresión).
- Tratamiento incorrecto de otros síntomas:
  - Dolor, disnea, vómitos, diarrea, incontinencia, etc.
- Medicación coadyuvante:
  - Pueden producir estimulación (diuréticos, corticoides, cafeína, simpaticomiméticos, etc.

### Actitud ante el paciente con Insomnio:

Conocer la causa, porque de ello va a depender muchas veces la actitud terapéutica posterior. Tratar la causa reversible (ansiedad, dolor, disnea, etc.).

- Medidas generales:
  - Aumentar la actividad diaria (terapia ocupacional).
  - Disminución de ruidos nocturnos. Luz indirecta.
  - Ambiente y música agradable.
  - Tratamiento del miedo con terapia de relajación, compañía, explicación y dar seguridad al enfermo.

### Tratamiento farmacológico:

Se utilizan las BENZODIACEPINAS. Reducen la ansiedad, favorecen el sueño y disminuyen la tensión muscular. Se clasifican en benzodiacepinas de acción corta, intermedia y prolongada.

- Acción corta:
  - Midazolam (DORMICUM).
  - Zolpidem (CEDROL).
- Acción intermedia:
  - Alprazolam (TRANKIMAZIN).
  - Flunitrazepam (ROHIPNOL).
  - Lorazepam (ORFIDAL).
  - Brotizolam (SINTONAL).
  - Lormetazepam (LORAMET).
- Acción prolongada:
  - Clorazepato dipotásico (TRANXILIUM).
  - Clordiazepóxido (HUBBERPLEX).
  - Diazepam (DIAZEPAN, VALIUM, STESOLID).
  - Flurazepam (DORMODOR).

### Estado confusional agudo

Es un cuadro que se produce como consecuencia de la claudicación mental del paciente. Esta claudicación va a dar lugar en el paciente a una alteración de la comprensión y una pobre concentración.

El estado confusional agudo y el delirio representan la misma entidad clínica en la actualidad.

Clínicamente, el cuadro se caracteriza por una pobre concentración del paciente con una pérdida de memoria y desorientación temporo espacial. El paciente percibe de manera incorrecta lo que se le dice. Es importante reseñar el comportamiento agresivo con que reaccionan muchos de estos pacientes, incluso con sus cuidadores o familiares más cercanos, lo que hace que provoque un gran desconcierto en los mismos. En este sentido, reseñar la explicación a los familiares para que comprendan la sintomatología del enfermo. Otros síntomas que diferencia este cuadro de la demencia es la aparición de alucinaciones con una gran agitación del paciente.

### **Causas:**

- **Debidas al cáncer:**
  - Degeneración cerebral.
  - Efecto sistémico del tumor
  - Infección.
- **Problemas en el cuidado del paciente:**
  - Excesiva dedicación al paciente.
  - Pobre dedicación al paciente.
  - Cambio de personalidad (por ejemplo, por la caquexia).
  - Ansiedad y depresión (síntomas constantes).
- **Utilización de fármacos, sedantes o estimulantes:**
  - Antiparkinsonianos.
  - Cimetidina.
  - Digoxina.

- **Déficit vitamínico.**
- **Deprivación alcohólica.**
- **Reducción brusca de la medicación.**
- **Alteraciones bioquímicas:**
  - Hipercalcemia (la más frecuente).
  - Hiponatremia.
  - Hiperglucemia.
  - Hipoglucemia.
- **Anoxia cerebral:**
  - Anemia.
  - Insuficiencia cardiaca.

### **Posibilidades de tratamiento:**

Generalmente, el estado confusional agudo presenta un origen multifactorial en el que se pueden corregir pocas situaciones. Su tratamiento debe ser precoz con fármacos neurolépticos.

- Si la causa es farmacológica, suprimir o disminuir la dosis del fármaco.
- Si es por hipoxia o cianosis, oxígeno.
- Si se debe a agitación, diazepam.
- Si aparecen alucinaciones o síntomas psicóticos, haloperidol.

Una alternativa al anterior en pacientes agitados o angustiados, debido a su mayor poder de sedación, es la clorpromacina.

- Si es necesario la sedación, midazolam (DORMICUM).

## 5. Síndromes urgentes en Medicina Paliativa

Son una serie de síndromes que se producen secundariamente al crecimiento del tumor o también por metástasis a distancia del tumor primario. Es necesario su conocimiento porque, de la rapidez de actuación, va a depender la calidad de vida del paciente.

### Hipercalcemia

Se puede definir como la elevación del calcio por encima de los *10,5 mg/dl*. Hay que tener en cuenta que si el paciente tiene una hipoalbuminemia significativa, la concentración total del calcio en plasma puede dar la falsa impresión de normalidad.

Se produce en un 10 a 20% de pacientes con cáncer. La mayor frecuencia se da entre los cánceres con afectación ósea (pulmón, próstata, mama y mieloma múltiple).

### Mecanismos que influyen en su aparición:

- Metástasis.
- Aumento de las prostaglandinas.
- Activación de osteoclastos.
- Después del tratamiento con hormonoterapia.
- Producción del tumor de una PTH-like (sobre todo, cáncer de pulmón).

### Manifestaciones clínicas:

- Aumento moderado del calcio:
  - Fatiga.
  - Letargia.
  - Debilidad.
  - Anorexia.

- Aumento importante del calcio:
  - Náuseas y vómitos.
  - Parálisis intestinal.
  - Estado contusional.
  - Exacerbación del dolor.

### Tratamiento:

Cuando el calcio sérico está por encima de 13 mg/dl, es necesario el ingreso del paciente en el hospital.

#### *Posibilidades terapéuticas:*

- Hidratación + furosemida (SEGURIL) cada 6-8 horas + potasio parenteral en caso de hipocalcemia.
- Corticoides.
- Clodronato (MEBONAT), que es un bifosfonato. Se utiliza en los casos de hipercalcemia por destrucción ósea. Inicialmente, se da por vía IV, una ampolla diaria diluida en 500 ml de suero fisiológico, en infusión durante 2 horas y previo control analítico de la calcemia, hasta que las cifras estén dentro de límites normales. Luego se pasará a la vía oral (2 comprimidos cada 12 horas), para evitar la recidiva.
- Mitramicina IV.

Nota: en los casos de hipercalcemia grave, debemos preguntarnos si está justificado la corrección de una complicación, potencialmente fatal, en un paciente moribundo.

- ZOMETA (ácido zeledrónico) 4 mg. Poner IV diluido en 100 ml. de suero fisiológico a pasar en 15 minutos. Es el tratamiento actualmente elegido pero con unos controles previos de la situación de la cavidad oral del paciente, ya que pueden aparecer necrosis mandibulares secundarias al tratamiento. Se recomienda visita al estomatólogo u odontólogo previo al inicio del tratamiento para corregir posibles alteraciones.

## **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. Se da sobre todo en los tumores de mama, pulmón y próstata (son los que más metastatizan a nivel óseo).

El nivel de la compresión es:

- Torácico (80% de los casos).
- Cervical (3%).
- Lumbar (2%).
- Mixta (1,5%).

### **Clínica:**

- Dolor (puede preceder a las manifestaciones neurológicas).
- Paraplejía.
- Alteraciones sensitivas.
- Incontinencia de esfínteres.

### **Diagnóstico:**

- Historia.
- Hallazgos clínicos.
- RX que demuestre lesión metastásica vertebral o colapso en el nivel correspondiente en el 80% de los casos.
- El scanner óseo a menudo no ofrece información adicional.
- Mielograma si existen dudas y si es necesario para planificar el tratamiento

- El TAC evita el disconfort del mielograma, pero puede resultar negativo, incluso con bloqueo completo. Se puede usar si el paciente rechaza el mielograma.
- La RNM es la técnica de elección.

### Actitud terapéutica:

Ante la más mínima sospecha, se instaura el tratamiento 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.

### Guías terapéuticas:

- Dexametasona:
  - a) 12 mg VO al inicio y continuar con 6 mg cuatro veces al día.
  - b) 100 mg IV al empezar y 24 mg VO cuatro veces diarias durante tres días. Luego reducir rápidamente a 4 mg cuatro veces al día.
- Terapia radiante:
  - Simultáneamente.
- Laminectomía descompresiva, considerarla si:
  - Los síntomas y signos (otros que no sean el dolor) empeoran progresivamente a pesar de la radioterapia y altas dosis de dexametasona.
  - Hay recidiva después de dar la dosis máxima de radiación.
  - Si hay una metástasis solitaria a nivel vertebral.
  - Si el diagnóstico es dudoso.
- Los pacientes con un bloqueo incompleto son los más beneficiados.

- La recuperación es más probable en las lesiones parciales de la zona cauda equina.
- La pérdida de la función esfinteriana es un signo de mal pronóstico.

### **Síndrome de compresión de la vena cava superior**

Es un conjunto de síntomas y signos derivados de la oclusión parcial o total de la luz de la vena cava.

#### **Clínica:**

Se puede manifestar por la triada clásica:

- Edema en esclavina (cara, cuello y ambas regiones supraclaviculares).
- Cianosis en cara y extremidades superiores.
- Circulación colateral tóraco braquial.

También puede presentar:

- Somnolencia.
- Cefalea.
- Vértigo.
- Acúfenos.
- Crisis convulsivas.

#### **Tratamiento:**

- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Corticoides a altas dosis.



## 6. Síntomas respiratorios

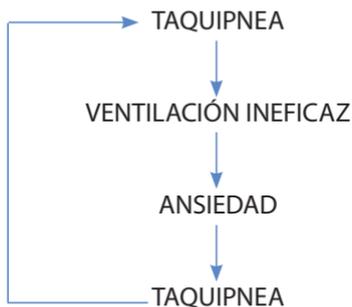
### La disnea

Es la dificultad del paciente para respirar normalmente. La situación puede ser tan trágica que, a nuestro juicio, es la principal urgencia en Medicina Paliativa.

Su incidencia es de un 50% de todos los pacientes con cáncer avanzado. En los tumores broncopulmonares, se produce en un 70%. Estos porcentajes van aumentando a medida que la enfermedad progresa.

### Ataque de pánico respiratorio

Es una situación en la cual el enfermo está convencido de que va a morir inmediatamente.



Con lo cual se cierra un círculo vicioso que hay que romper.

### Causas de la Disnea:

- Debidas al cáncer:
  - Obstrucción.
  - Sustitución del tejido pulmonar, por tejido canceroso.
  - Síndrome de obstrucción de la vena cava superior.
  - Ascitis masiva.
  - Distensión abdominal.
- Debidas al tratamiento:
  - Neumectomía.
  - Radioterapia.
  - Quimioterapia.
- Debidas a la debilidad:
  - Atelectasias.
  - Embolia pulmonar.
  - Anoxia.

### Tratamiento:

No abandonar nunca al enfermo.

- DIAZEPAM O MIDAZOLAM
  - De 5 a 10 mg cada 8 ó 12 horas, según respuesta del enfermo.
  - El mecanismo de acción del diazepam consiste en disminuir la ansiedad del enfermo, que es una de las causas que tienden a perpetuar el círculo vicioso de la etiopatogenia de la disnea terminal.
- MORFINA:
  - Si el paciente ya estaba tomando morfina se le aumentará la dosis en un 50%.

- Si no estaba tomando morfina, se puede comenzar por 5 mg cada 4 horas e ir aumentando un 50% hasta obtener la respuesta deseada.
- El mecanismo de acción de la morfina consiste en una disminución de la frecuencia respiratoria, disminuyendo la sensibilidad del centro respiratorio a la hipercapnia.

## La 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. En el cáncer broncopulmonar, se produce en el 80%.

### Causas:

- Debidas al cáncer:
  - Por un proceso de irritación traqueal, bronquial, pleural, pericárdico y/o del diafragma.
- Debidas al tratamiento:
  - Fibrosis post radioterapia.
- Debilidad:
  - Infecciones.
- Concurrentes:
  - Cigarrillos.
  - Asma.
  - EPOC.

### Tipos de Tos:

- Húmeda + paciente capaz de expectorar (productiva).
- Húmeda + paciente demasiado débil para toser efectivamente (no productiva).

- Seca (no productiva).

### Guía terapéutica:

El tratamiento dependerá de la causa y del objetivo que se persiga (en el paciente moribundo, el objetivo es el confort).

- TOS HÚMEDA + PACIENTE CAPAZ DE TOSER EFICAZMENTE:
  - Humidificación del aire inspirado.
  - Educación de cómo toser efectivamente.
  - Mucolíticos no irritantes (N-aceti-cisteína).
- TOS HÚMEDA + PACIENTE INCAPAZ DE TOSER EFICAZMENTE:
  - Antitusígenos: Codeína (30-60 mg/4 horas). Morfina (5-20 mg/4 horas o MST Continus (10 mg/12 horas). Hioscina (0,3-0,6 mg/4 horas IM o SC).
  - Limitar el uso de la aspiración (es muy traumático).
- TOS SECA:
  - Antitusígenos de acción central (codeína, morfina).

Nota: no se deben mezclar.

### El hipo

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

### Causas:

- Distensión gástrica.
- Irritación diafragmática.
- Irritación del nervio frénico.

- Tumor cerebral.
- Infección.

### **Tratamiento:**

- Tratar las causas reversibles:
  - Distensión gástrica: MAALOX (10 ml después de las comidas)  
METOCLOPRAMIDA (10 ml/4-6 horas).
- Tumor cerebral:
  - Corticoides.
- Infección:
  - Antibióticos.
- Supresión central del reflejo del hipo:
  - CLORPROMACINA: 10-25 mg, 3 a 4 veces al día.
  - VALPROATO SÓDICO: 500-1.000 mg al acostarse (en caso de tumor cerebral).

### **Estertores premortem**

Es un sonido estertóreo producido por la oscilación de las secreciones, principalmente en la hipofaringe, asociado a los movimientos respiratorios

Mientras no haya signos patognomónicos de muerte inminente, estos estertores sólo se ven en pacientes demasiados débiles para expectorar con eficacia.

*Posibilidades de tratamiento:*

- Hioscina:
  - Reduce la producción de secreciones (darla de forma precoz).  
Efecto broncodilatador.

- Postura semiprono.
- Drenaje postural.
- Aspiración orofaríngea:

A la mayoría de los enfermos, les molesta la aspiración.

Se debe reservar para pacientes inconscientes y con fines cosméticos, ya que suele angustiar mucho a los familiares.

## 7. Otra medicación en Cuidados Paliativos

### **Benzodiacepinas**

Ya hemos descrito en el tema del insomnio las que tenían una mayor capacidad hipnótica. Hay otras que se utilizan en Cuidados Paliativos por otras características y sobre todo porque tienen una mayor capacidad ansiolítica.

#### **Diacepam:**

Es una benzodiacepina de vida media larga, normalmente más de 25 horas. Al darla repetidamente, tiende a acumularse.

#### **Usos:**

- Ansiedad: se utiliza mucho como ansiolítico y como antiemético.
- Miorelajante: en espasmos musculares.
- En las reacciones extrapiramidales: como anticonvulsivante.
- En la disnea.
- En la mioclonía multifocal.
- En el insomnio: existen otras benzodiacepinas más específicas.

#### **Presentación:**

- VALIUM (comprimidos de 5 y 10 mg, ampollas de 10 mg).
- DIACEPAM PRODES (comprimidos de 2,5,5,10 y 25 mg, gotas 1-2 mg, ampollas de 10 mg y supositorios de 5 y 10 mg).
- STESOLOID (microenemas de 5 y 10 mg).

### **Midazolam**

Es una benzodiacepina de vida media corta, normalmente menos de 5 horas y que tiene una gran utilidad en Medicina Paliativa.

### Usos:

- Sedante en procesos menores.
- Agitación terminal.
- Anticonvulsionante.

### Moclobemida

Antidepresivo inhibidor selectivo y reversible de la MAO, tiene efecto estimulante.

### Posología:

- 150 mg incrementado en 3 días la dosis a 450 mg/día.

### Dosis máxima:

- 600 mg/día.

### Nombre comercial:

- MANERIX.

### *Características del Midazolam que le diferencia del Diacepam y hacen que sea de gran utilidad en Cuidados Paliativos:*

El Midazolam es dos veces más potente como sedante que el Diacepam. A nivel anticonvulsionante tienen la misma potencia.

El Diacepam es liposoluble, es decir, precipita cuando se usa conjuntamente con otros medicamentos y no se puede utilizar por vía subcutánea porque produce una gran irritación. Sin embargo, el Midazolam es hidrosoluble, no precipita con otros medicamentos y se puede utilizar por vía subcutánea. Tiene una gran utilidad en las bombas de infusión continua, tanto por vía intravenosa como subcutánea.

Nota: la bomba de infusión continua es un aparato, generalmente muy sencillo, que libera la medicación que contiene en un tiempo predeterminado. Esto evita los pinchazos periódicos al paciente.

**Pauta terapéutica:**

- Sedación en procesos menores:
  - La dosis varía según la edad.
  - Puede ser de 2 a 10 mg.
  - En los viejos, 1 mg y luego 0,5 mg/minuto hasta sedarlo.
- Sedación en agitación terminal:
  - Comenzar con 5 mg SC o 1M.
  - Luego 30 mg/24 horas en infusión continua.
  - En sedación de emergencia, de 5 a 20 mg IV.
- Nombre comercial:
  - DORMICUM (Comprimidos de 7,5 mg y ampollas de 15 mg)

**Hioscina**

Es un alcaloide de la belladona, que va a tener una gran utilidad en Cuidados Paliativos. Su vida media es de 15 a 40 horas.

**Usos:**

- Antisecretor:
  - En la sialorrea, tos, estertores del moribundo y para secar secreciones.
- Antiespasmódico:
  - En el cólico intestinal, espasmo de vejiga y en el tenesmo rectal.
- Antiemético:
  - Sobre todo en los vómitos ocasionados por las alteraciones vestibulares.
- Ansiolítico sedativo.

De todos estos usos, los más importantes son los de secar las secreciones del moribundo y su efecto sedativo.

### Efectos adversos:

- Efectos anticolinérgicos.
- Somnolencia.
- Tendencia a la acumulación.
- Puede exacerbar la demencia.

### Presentaciones:

- ESCOPOLAMINA, ampollas de 0,5 mg de Hioscina (uso Hospitalario)

Dosificación: 0,5 a 1 mg cada 4-6 horas.

- BUSCAPINA. n-butil bromuro de hioscina. Grageas y supositorios de 10 mg, ampollas de 20 mg.

Dosificación: 1-2 grageas cada 6 horas

### Levomepromazina

Es una fenotiazina del grupo de la clorpromazina; tiene menos efecto antiemético y más efecto analgésico que ésta. Sin embargo, tiene más poder sedativo.

### Presentación:

- SINOGAN, comprimidos de 25 y 100 mg, gotas (1 gota = 1 mg) y ampollas de 25 mg (1 ml).

Dosificación: la misma que la Clorpromazina (Largactil).

Tiene una ventaja sobre ésta y es que su volumen es de 1 ml (el Largactil son 5 ml) y por lo tanto es de fácil utilización en las bombas de infusión subcutánea.

En pacientes ambulatorios, provoca con mucha frecuencia hipotensión ortostática, que limita su uso.

## 8. Cuidados de la boca en el paciente moribundo

### Objetivo

Mantener la boca de los pacientes moribundos libre de suciedad y con la humedad adecuada.

### Material

- Un separador de boca.
- Un depresor de lengua.
- Cepillo de dientes.
- Bastoncillos de algodón.
- Torundas de esponja.
- Guantes.
- Gasas.
- 3 cazoletas.
- Un paño o toalla.
- Glicerina o solución antiséptica.
- Vaselina.

### Soluciones

- Para desbridar:
  - Una parte de agua oxigenada.
  - Tres partes de bicarbonato.
- Para aclarar:
  - Agua.

### *Observaciones:*

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

### **Preparación del paciente**

Si el paciente *está* consciente, valorar su grado de conocimiento que tiene sobre el procedimiento que se le va a realizar.

Aunque el paciente no esté consciente, ir hablándole y explicándole las maniobras que realicemos durante el mismo.

Según sea la posición del paciente, colocar el paño o toalla para evitar que se ensucien las ropas de la cama.

### **Procedimiento**

1. Poner el separador de boca o usar el depresor de lengua, según las condiciones del paciente.
2. Mojar el cepillo de dientes en la solución desbridante y proceder al cepillado de dientes, encías y lengua, procurando no provocar al paciente.  
¡Usar los bastoncillos de algodón para limpiar aquellas partes a las que no se puede llegar con el cepillo!.
3. Realizar esta maniobra tantas veces como sea necesario.  
¡Dejar actuar la solución desbridante durante 2 a 3 minutos!.
4. Usando las torundas de esponja, aclarar la boca convenientemente.
5. Pincelar la boca con una torunda de esponja impregnada en solución antiséptica o en glicerina.

¡Aunque la glicerina está en desuso, continúa siendo un buen humectante para la boca!.

6. Con una gasa, aplicar vaselina en los labios.

### **Tipos de enjuagues**

#### **Desbridante:**

*Usos:*

- Desbridar.
- Quitar placas de detritus.
- Quitar costras.
- Ablandar la suciedad de la lengua.

#### **Fórmulas:**

- 3/4 partes de bicarbonato + 1/4 parte de agua oxigenada.
- 3/4 partes de suero fisiológico + 1/4 parte de agua oxigenada.
- Sidra más soda (al 50%).

#### **Antiséptico:**

*Usos:*

- Gingivitis.
- Estomatitis.
- Piorrea.
- Aftas.
- Micosis.
- Radioterapia y Quimioterapia.

### *Principio activo:*

- Hexetidina.
- Clorhexidina.
- Povidona yodada (BETADINE® BUCAL).

### **Anestésico:**

#### *Usos:*

- Afecciones dolorosas de boca, esófago y estómago.

### *Principio activo:*

- Tepilta.
- Lidocaina viscosa al 2%.
- Se pueden tragar después del enjuague.

### **Antibiótico:**

#### *Usos:*

- Infecciones orales.

El antibiótico que prescriba el médico (valorar la posibilidad de pautar enjuagues desbridantes antes de suministrar el antibiótico).

### **Boca seca**

La sequedad de boca es un problema muy frecuente en los enfermos con cáncer avanzado. Sus causas son múltiples y puede ir acompañada de halitosis, disminución del sabor, dolor, quemor y dificultad para la masticación y deglución.

**Recomendaciones:**

- Higiene:
  - Hacer enjuagues desbridantes (según Protocolo) después de cada comida, reteniéndolo 5 ó 10 minutos.
  - Cepillarse los dientes después del enjuague, usando cepillos suaves y pastas dentífricas que no irriten.
- Para aumentar la salivación:
  - Chupar pastillas de vitamina C.
  - Chupar pastillas (sin azúcar) de limón o canela.
  - Masticar chicles sin azúcar.
  - Chupar trocitos *de* piña natural.
  - Chupar cubitos de hielo aromatizados (agua tónica, grosella, cereza).
- Para rehidratar:
  - Incrementar la ingesta de líquidos.
- Para refrescar:
  - Frecuentes buches de agua retenidos en la boca durante 5-10 minutos.
  - Saliva artificial (no comercializado en nuestro país).

**Pauta recomendada:**

La pauta recomendada para mantener la boca húmeda será el alternar soluciones de povidona yodada (BETADINE) más agua al 50%, con otras de agua oxigenada más agua al 50% cada 2 ó 3 horas, dependiendo del estado del enfermo. Lo más efectivo sería alternar las soluciones cada hora.



## 9. Cuidados de la piel

### Piel seca

Los pacientes oncológicos, en el estadio terminal de su enfermedad y debido a su estado de desnutrición, caquexia y deshidratación, presentan algunos problemas dérmicos que nosotros debemos de evitar con nuestros cuidados. El más frecuente es el de la sequedad de la piel (que aparece rugosa y descamada). El agua se retiene en la capa lipídica. Cuando la piel se reseca, la queratina se descama quedando la dermis expuesta a agresiones, aumentando la pérdida de agua.

### Recomendaciones:

- Baños:
  - Usar jabones de pH neutro, procurando no abusar de ellos. O mejor, algún producto no jabonoso, específico para pieles sensibles (EROSIL DERMOCOLÁGENO)
  - Secar con toallas suaves.
- Apósitos húmedos:
  - En las zonas donde haya descamación, aplicar compresas con agua durante 20 minutos.
- Cremas:
  - Aplicarlas después del baño y cada noche. Son aconsejables, según el grado sequedad de la piel:
    - *cremas suaves*, ricas en lanolina (crema para manos).
    - *cremas emolientes*, aceite de almendras, calamina oleosa, vaselina, etc. Tener en cuenta que cuanto mayor sea la concentración de grasa o aceite, más efectiva será la crema ya que tendrá mayor poder humectante. (LAKTIDERM o TIAGÉN superhidratante)

### **Piel húmeda**

La piel húmeda se produce en zonas del cuerpo que están en contacto con el agua. Es más frecuente en pliegues cutáneos y región genital.

- Características:
  - Edema.
  - Enrojecimiento.
  - Maceración.
  - Ampollas.
  - Exudado.
- Precauciones:
  - Baños de corta duración.
  - Usar jabones de pH neutro.
  - Secar el cuerpo adecuadamente.
- Cuidados:
  - Limpiar la zona con suero fisiológico.
  - Dejarlo actuar un par de minutos y secar convenientemente.
  - Aplicar una capa fina de polvos de talco (TALKINTER polvo)
  - Favorecer que los pliegues cutáneos puedan oírse, poniendo al paciente en posturas que lo permitan y que a la vez se sientan cómodos.

### **Cura de la úlcera cancerosa**

- Objetivo:
  - Curar periódicamente las lesiones neoplásicas externas con el fin de que no le provoquen dolor ni mal olor al enfermo que las padece.
- Material:
  - Guantes estériles.

- Campos estériles.
  - Gasas estériles (las necesarias).
  - 4 cazoletas pequeñas.
  - Agua oxigenada.
  - Suero fisiológico.
  - Betadine solución dérmica.
  - Apósito oclusivo.
  - Tijeras.
  - Lidocaina viscosa al 2%.
  - Antibiótico tópico, con poder germicida para los microorganismos anaeróbicos (prescrito por el Médico), si fuese necesario.
- Observaciones:
    - Disponer el material en un campo estéril, vertiendo en las cazoletas las soluciones arriba señaladas.
    - Este tipo de cura también es válido para los pacientes que presentan úlceras por decúbito y se encuentran en estadio de terminalidad.
- Preparación del paciente:
    - Valorar el grado de conocimientos del paciente sobre este tipo de curas.
    - 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 y nos permita a nosotros hacer la cura.
- Procedimiento:
    - 1°. Colocar campos estériles.
    - 2°. Limpiar la lesión con gasas impregnadas en agua oxigenada y dejarla actuar durante un par de minutos.
      - ¡Empleando una gasa para cada maniobra de limpieza!.

- 3º. Retirar restos con gasas secas.
- 4º. Lavar la lesión con suero fisiológico.
- 5º. Aplicar BETADINE® solución dérmica.  
¡Dejándolo actuar durante 30-45 segundos!.
- 6º. Aplicar antibiótico tópico. ¡Si hubiese sido prescrito!.
- 7º. Ocluir la lesión con gasas impregnadas en lidocaina viscosa al 2%.
- 8º. Cubrir con gasas secas.
- 9º. Aplicar apósito oclusivo.

### Úlceras por presión o por decúbito

Muchos de estos pacientes, debido a su estado general, son susceptibles a este tipo de úlceras y, a veces, es tal el deterioro que, a pesar del empeño de prevenirlas, aparece la úlcera; pero no por ello dejaremos de Prevenir y Cuidar.

- Actividades:
  - Mantener la piel húmeda y libre de factores predisponentes (orina, heces, sudor, etc.). Baños de corta duración, secado concienzudo con toallas suaves, inspeccionando las zonas de mayor riesgo.
  - Aplicar polvos (talco o harinas refinadas) o cremas para favorecer el endurecimiento de la piel.
  - Dejar airear la zona unos minutos.
  - Evitar arrugas o restos de comida en las sábanas.
  - Colchón antiescaras (si se puede conseguir).
  - Uso de almohadas y cojines para acolchar las zonas prominentes.

- Lubricar las zonas secas para evitar grietas.
- Dar masajes para favorecer la circulación.
- Realizar cambios posturales cada 2 horas.

Cuando las zonas aparezcan enrojecidas o ya ha aparecido la úlcera, procederemos a las curas periódicas, según la pauta que marque cada enfermo. Ahora bien, cuando la teminalidad es inminente, las curas serán paliativas y se realizarán del mismo modo que las malignas. Igualmente, ante una situación agónica, los cambios posturales se realizarán tan solo cuando bañemos al enfermo, cambiemos el pañal. etc., es decir, no se harán cada 2 horas.



## 10. Enema de limpieza

### 3-4 días sin defecar o fecaloma

- **Objetivo:**
  - Introducir una solución en el recto y porción inferior del colon, con el fin de extraer la materia fecal acumulada.
- **Material:**
  - Un termómetro de baño.
  - Un irrigador de 1-1,5 litros.
  - Una sonda rectal.
  - Un chato.
  - Una toalla.
  - Una almohadilla.
  - Dos pares de guantes.
  - Dos cánulas de lubricante anestésico hidrosoluble.
- **Solución para un enema de 1.000 ml:**
  - Agua templada (38-40° C).
  - 10% de DUPHALAC.
  - 10% de aceite de oliva.
  - 2 MICRALAX
- **Observaciones:**
  - Averiguar el hábito de defecación del paciente.
  - Averiguar cuándo fue la última defecación, así como la cantidad y consistencia de las heces.
  - Valorar el tipo de alimentación del paciente para adecuarlo a sus necesidades. Ingesta de líquidos, actividad, etc.
  - Valorar signos de una posible obstrucción intestinal (estreñimiento, vómitos, distensión abdominal).
  - Hacer tacto rectal previa administración de lubricante anestésico hidrosoluble para detectar la presencia de fecalomas.

- **Preparación del paciente:**
  - Valorar el grado de conocimiento del enfermo sobre el enema de limpieza. Explicarle el procedimiento que se le va a realizar, de forma que sus necesidades individuales queden cubiertas.
  - 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.
  - Invitarle a que flexione ambas rodillas, la superior más flexionada que la inferior.
  - Poner la almohadilla debajo de las caderas para garantizar su comodidad.
  - Poner el chato.
  
- **Procedimiento:**
  - Lubricar los últimos 8 cms de la cánula.
  - Purgar el sistema de irrigación.
  - Separar las nalgas e introducir la cánula 10-12 cms.
  - Iniciar la irrigación, manteniendo el irrigador unos 60 cms por encima del paciente. Si el paciente se queja del cólico o siente ganas de defecar, suspender la irrigación. Al finalizar la irrigación, procurar que el paciente retenga la solución durante 10 minutos, cambiándole de posición si fuese preciso.
  - Poner al paciente a evacuar el enema.
  - Valorar la efectividad del enema.
  - Terminada la defecación, hacer tacto rectal asegurando la no existencia de fecalomas.
  - Si quedasen fecalomas, proceder a la extracción manual.

## **Enema de limpieza (2 días sin defecar)**

En este caso, seguir el protocolo anteriormente expuesto introduciendo las siguientes variaciones:

- La cantidad de solución será de 250 ml.
- La preparación de la misma será:
  - Agua.
  - DUPHALAC 10%.
  - Aceite de oliva 10%.
  - Un MICRALAX.

## **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.
  - Un chato.
  - Esponjas jabonosas.
  - Una palangana pequeña.
  - Una toalla pequeña.
- **Observaciones:**
  - La extracción manual de fecalomas se hará cuando haya fracasado el enema de limpieza de 1-1,5 litros.
  - Seguir las observaciones del protocolo de enema de limpieza.

- Sería aconsejable suministrar un sedante suave (por orden facultativa) 30 minutos antes de empezar el procedimiento.
- **Preparación del paciente:**
  - Valorar si el enfermo entiende lo que es la impactación fecal. Averiguar si lo ha padecido en otras ocasiones y si le han realizado extracciones manuales.
  - Explicarle el procedimiento que se le va a realizar de forma que sus necesidades individuales queden cubiertas.
  - 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 el chato cerca del paciente.
- **Procedimiento:**
  - Vaciar dos cánulas de lubricante anestésico hidrosoluble en la ampolla rectal y esperar a que actúe durante 10 minutos. 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!.

## 11. Cuidados de confort

Son todos aquellos que cubren el bienestar físico y moral del paciente. Es decir, que si el paciente no tiene cubiertas unas necesidades básicas, poco se logrará respecto a su CALIDAD DE VIDA.

Si el paciente está en su domicilio, enseñaremos a la familia a llevar a cabo el plan de necesidades. Si está en el hospital, lo haremos nosotros conjuntamente con la familia.

### 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.
  - Elegir su ropa y complementos.

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

### Actividad física

Depende de la capacidad de movimiento del paciente.

- **Actividades:**
  - Si es autónomo, animarle a que pasee y que haga aquellas 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.

- Evitar pliegues y arrugas en la sábana.
- Utilizar almohadas.
- Dar los cambios postura les pertinentes.
- Disponer la cama en el lugar que desee.
- Dejar a mano sus efectos personales.

### Reposo y sueño

La alteración del patrón del sueño es algo usual, siendo la causa, generalmente, de tipo emocional.

#### • Actividades:

- Entorno cómodo y relajado: evitar ruidos, habitación con luz, aire y temperatura adecuada.
- Administración correcta de la medicación.
- Alimentación adecuada, sin sobrecarga.
- Evitar que el paciente se sienta solo: sentarse a su lado, cogerle la mano, charlar, transmitirle cariño y confianza.
- Incitar a la familia a que le acompañe de forma continua.

### Ocupación del tiempo libre

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

#### • Actividades:

- Tomar el sol.
- Salir a pasear.
- Leer y escribir.
- Ver televisión.
- Oír música.
- Incorporarse a tareas del hogar.
- Recibir visitas.
- Tomar una copa, fumar un cigarro.

## 12. La alimentación

El aspecto nutricional de los pacientes en general y en este tipo de pacientes en particular se ha tenido muy poco en cuenta en la elaboración del proceso de cuidados. No obstante, nunca se obligará a comer si el enfermo no quiere o no puede. Nuestra norma es la siguiente: *LO QUE QUIERA, CUANTO QUIERA Y CUANDO QUIERA*.

La anorexia o falta anormal del apetito puede estar provocada por múltiples causas: dolor, fatiga, inapetencia, mecánica (prótesis, etc.), tratamientos, estado de la boca, estreñimiento, ansiedad, etc. Debemos analizar los factores que provocan estas causas y realizar actividades para evitarlas.

- **Actividades:**

- **Boca:**  
(ver capítulo de cuidados de la boca).
- **Comida:**
  - **Presentación y cantidad:** presentaciones que apetezcan, separar cada plato, no presentar uno sin haber retirado el anterior, recoger sin prisa. Servir en cantidades muy pequeñas, en platos pequeños, repartiéndola más veces durante el día. Mejor es que repita a que repudie la comida antes de empezar.
  - **Frecuencia:** invitar, no obligar, esperar a que nos lo pida.
  - **Características:** temperatura adecuada, poco olorosa, poco sabrosa, 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 le daremos 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
- **Medicación:**
  - Administrar correctamente.
  - Destramatizar:  
No hacer de su inapetencia un drama; el enfermo se siente incapaz de comer, acoplémonos a sus deseos.

EL OBJETIVO no debe ser el de suministrar una nutrición óptima para recuperar el tiempo perdido, sino el de **proporcionar placer al enfermo.**

### 13. 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.

#### **Vías de administración de fármacos**

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

Existen otras vías de administración como la sublingual y la rectal que no solemos utilizar debido a que hay pocas presentaciones farmacéuticas para estas vías. Las vías endovenosa e IM son más dolorosas y proporcionan menos autonomía al paciente. Hay vías en estudio como la nasal y transdérmica.

Hay circunstancias en las que la vía oral es impracticable: · Náuseas y vómitos.

- Disfagia.
- Intolerancia a los fármacos por vía oral.
- Mala absorción.
- Debilidad extrema, inconsciencia o coma.

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

- **Ventajas de la vía subcutánea:**
  - Técnica poco agresiva.
  - No precisa hospitalización.
  - Autonomía del paciente. Fácil utilización.
  - Menos efectos secundarios
- **Desventajas de la vía subcutánea:**
  - Infección de la zona de punción, muy poco frecuente.
  - Salida accidental de la palomita, que lo resuelve la propia familia.
  - Reacción adversa a la medicación, que es igual para todas las vías.
  - Reacción adversa al material (reacciones locales).
- **Formas de administración por vía subcutánea:**
  - En bolos cuyo efecto es en picos, es decir, que 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 unos aparatos llamados bombas de infusión. Existen varios tipos de bombas que se diferencian por el mecanismo que utilizan para liberar la medicación.

- **Bombas de infusión continúa:**

La que más usamos por su sencillez es el infusor de PALEX.

Este infusor está formado por un depósito en forma de globo de silicona que está protegido por una envoltura hecha de material rígido.

Este depósito es de dos vías. Una vía por la que se inyecta la medicación en el depósito. La segunda vía va conectada a un

tubo de prolongación que garantiza el flujo constante durante la inyección y que termina en una llave de tres pasos que permite administrar dosis extras sin necesidad de pinchar al paciente.

Existen varios modelos dependiendo de la velocidad de liberación de la medicación, pues la capacidad del depósito es siempre la misma, 80 ml. Los que más utilizamos son los de velocidad:

- 0,5 ml/h, cuya duración es de 160 horas. - 2 ml/h, cuya duración es de 40 horas.
- 2,8 ml/h, cuya duración es de 28,57 horas.

Estos infusores son los que más utilizamos porque proporcionan mejores prestaciones a estos enfermos.

- **Zona de punción:**

- Cualquier parte del organismo es válida aunque las más utilizadas son los brazos y el abdomen.

- **Medicación más utilizada:**

- Cloruro mórfico (fotosensible).
- Midazolam (DORMICUM).
- Hioscina (ESCOPOLAMINA).
- N-B. Bromuro de Hioscina (BUSCAPINA).
- Haloperidol.
- Levomepromacina (SINOGAN).

- **Medicación ocasionalmente utilizada:**

- Metoclopramida (PRIMPERAN).
- Dexametasona (FORTECORTIN).

- **Medicación no utilizada:**

- Diazepam (VALIUM).
- Clorpromazina (LARGACTIL).

- **Material necesario para colocar un infusor:**
  - Infusor.
  - Funda de tela para el infusor.
  - Jeringa de 60 ml, cono luer-lok (de rosca).
  - Medicación a utilizar.
  - Suero fisiológico.
  - Palomita calibre 23 GX 3/4".
  - Steri-strip.
  - Tegaderm.
- **Procedimiento de enfermería:**
  - Explicar la técnica al paciente y a la familia.
  - Explicar la medicación.
  - Cargar la medicación en la jeringa de cono luer-lok de 60 ml. .  
Insertar la medicación en la bomba.
  - Puncionar la palomita ya purgada.
  - Conectar la palomita a la bomba.
  - Explicar los cuidados de la vía.

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

## Anexos

### I - Cómo prescribir la morfina

Afortunadamente se ha publicado en nuestro país una Orden Ministerial que facilita la prescripción de opioides con una nueva receta en la cual se puede ordenar el tratamiento de un mes y facilita el acceso a los talonarios, entre otras mejoras (Boletín Oficial del Estado del día 3 de Mayo de 1994).

Para conseguir este objetivo básico y su consiguiente aumento de calidad asistencial, ahora disponemos de un mecanismo de prescripción y dispensación más sencillo y cómodo para los pacientes, sin perder el control de la utilización. Este mecanismo queda reflejado en la "Orden Ministerial de 25 de Abril de 1994".

A partir del desarrollo de la citada Orden Ministerial, la prescripción de estupefacientes, sin la necesidad de la utilización del carnet de extradosis y si la dispensación se realiza en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, será necesario presentar y entregar en la oficina de farmacia, además, la receta oficial de la entidad sanitaria correspondiente.

Básicamente, las características de la nueva receta oficial son las siguientes: distribución gratuita por la entidad sanitaria correspondiente, prescripción de tratamiento de hasta 30 días con un máximo de 4 envases, volante de instrucciones para el enfermo.

Como en todas las recetas, se harán constar los datos del médico y del paciente, así como la fecha a partir de la cual el enfermo dispone de 10 días para retirar el medicamento. El médico habrá de cumplimentar los datos anteriormente citados y proceder a la prescripción, que será de

una especialidad farmacéutica o fórmula magistral por receta. Se ha de prescribir el medicamento con el nombre completo o con la fórmula detallada refiriendo la posología, si se trata de una prescripción aislada o reiterada en aquel enfermo y el número de envases que se habrán de dispensar para cubrir hasta 30 días de tratamiento o 4 envases como máximo; el número de envases se ha de escribir en letra. Si es necesario, se cumplimentará el volante de instrucciones al paciente.

Cada talonario consta de 30 recetas y una hoja final donde el médico apuntará el nombre del enfermo y la prescripción; se trata de una hoja de control que posteriormente cada entidad distribuidora remitirá a los servicios sanitarios correspondientes.

De esta manera, la prescripción para un enfermo que debe recibir 20 mg de morfina por vía subcutánea cada 4 horas, a parte de los datos de filiación, quedaría de la siguiente forma:

**Morfina clorhidrato 2% 1 ml      20 mg. cada 4 horas**  
**Caja de 10 ampollas. Cuatro cajas.**

Para un paciente que toma 20 mg de morfina en solución oral cada 4 horas, hemos de recordar que no está comercializada la solución oral y que se habrá de prescribir como fórmula magistral:

**Solución acuosa de morfina 20 mg/5 ml csp      250 ml.**  
**5 ml cada 4 horas. Tres frascos**

Sí que está comercializada la morfina de liberación inmediata en forma de comprimidos: Sevredol. En el caso anterior la receta podría ser también esta otra:

**Sevredol 20 mg 1 comprimido cada 4 horas**  
**Caja de 20 comprimidos. 4 cajas**

Si el enfermo ha de tomar 30 mg cada 12 horas de morfina de liberación retardada por vía oral:

**MST Continus 30 mg      1 comprimido cada 12 horas**  
**Caja de 60 comprimidos. Una caja**

A efectos prácticos hemos de recordar que en una receta solamente se puede prescribir una especialidad y que para prescribir 40 mg de MST Continus cada 12 horas, hacen falta dos recetas:

**1.- MST Continus 30 mg      1 Comprimido cada 12 horas**  
**Caja de 60 comprimidos. Una caja**

**2.- MST Continus 10 mg      1 comprimido cada 12 horas**  
**Caja de 60 comprimidos. Una caja**

y por ejemplo, utilizar el volante de instrucciones para el paciente para explicarle cómo ha de tomar el medicamento y no olvidar cumplimentar el resumen de prescripciones incluido en el talonario.

Desde el punto de vista de la dispensación, el farmacéutico de oficina ha de comprobar que la receta está correctamente cumplimentada y proceder a la dispensación y/o elaboración del medicamento anotándolo en el libro recetario oficial de estupefacientes y proceder a los libramientos de recetas oficiales y de resúmenes de movimientos trimestrales y semestrales respectivamente. Todo ello sin olvidar la información y consejos al paciente: no triturar los comprimidos de liberación retardada, mezclar la solución con zumos y frutas en el momento de la administración para mejorar el sabor y otros que puedan preocupar al paciente o a la familia.

Son estas las normas básicas con las que un pequeño esfuerzo por parte de todos conseguiremos mejorar la calidad asistencial y de vida de este tipo de pacientes, en los que el tratamiento de su dolor es básico y muy importante.



## II. Recepción del paciente y familia

### Primera entrevista

- **Objetivos:**
  - Recogida de información completa sobre el paciente y familia. Detectar las demandas expresadas u ocultas.
  - Facilitar la participación en la planificación de cuidados.
  - Identificación del cuidador principal.
  - Creación de un clima de confianza y empatía para el apoyo psicoemocional.
  
- **Recursos:**
  - Espacio adecuado (despacho y mobiliario).
  - Tiempo suficiente (30 a 45 minutos).
  - Información previa (Historia Clínica).
  - Entrenamiento profesional.
  
- **Criterios a observar:**
  - Evitar inundación informativa.
  - Facilitar expresión de sentimientos.
  - Observación del lenguaje no verbal.
  - Observación dinámica del grupo.
  
- **Técnica:**
  - Auto presentación.
  - Tratamiento respetuoso.
  - Facilitar la presentación y relación de los miembros del grupo.
  - Orientar la entrevista hacia temas concretos.
  - Respetar las pausas, comentarios y silencios.
  - Mantener la objetividad: ¡no juzgar!.
  - Proporcionar los compromisos.

- **Procedimiento:**
  - Datos demográficos (edad, sexo, profesión, situación laboral).
  - Valoración nivel cognitivo (orientación, percepción de sí mismo y estatus socio familiar).
  - Experiencia personal, historia subjetiva del proceso.
  - Síntomas referidos: dolor, tipo, escala, expresión, valoración.
  - Exploración física (próximo-caudal).
  - Expresión facial.
  - Exploración de la boca-cuello.
  - Valoración cuidados e higiene.
  - Valoración estado nutricional e hidratación.
  - Valoración A. respiratorio (disnea-tos-dolor).
  - Valoración A. digestivo (ingesta-eliminación).
  - Alergias-diabetes-H.TA-dietas.
  - Exploración de la piel: edemas, lesiones, higiene.
  - Exploración actividad y ocio.
  - Exploración relación social y familiar.
  - Proyectos y objetivos terapéuticos anteriores.
- **Información profesional hacia el paciente y familia:**
  - Información sobre cuidados puntuales.
  - Información sobre el funcionamiento del equipo y los profesionales que lo componen.
  - Información sobre aspectos burocráticos.
  - Derivación a otros profesionales (enfermería, trabajador social, psicólogo, médico, administrativo, etc.).
  - Resumir por escrito la entrevista, destacar aspectos concretos y establecer prioridades a corto plazo.

- Preguntar si queda alguna cuestión de interés.
- Dejar abierta la posibilidad de otro encuentro.
- Ayudarse en la dinámica de la entrevista con: taza de café, infusión, agua, caramelos, etc.
- Mantener un breve intercambio de información con el siguiente miembro del equipo que recibe.
- Acompañar y presentar al paciente y familia al profesional del equipo al que se deriva.



### III. Cuidados en la agonía

La agonía es la fase más dura y delicada de todo el proceso de la enfermedad, pues significa que está muy próximo ese acontecimiento inevitable y doloroso para todos que es la muerte.

La fase agónica se reconoce por una pérdida de la actividad y funciones del paciente: aumenta el tiempo de sueño, disminuye la actividad intestinal, deja de orinar, aparece descoordinación temporoespacial, cambia la coloración de piel, etc.

En esta fase debemos proporcionar cuidados al paciente para que el proceso en el que pasa de la vida a la muerte 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.

Por lo tanto, los cuidados que vamos a proporcionar al enfermo son:

- **Cuidados físicos:**
  - Evitar los cambios posturales frecuentes pues nuestro objetivo es que el paciente esté cómodo.
  - Proporcionar los cuidados de confort necesarios: aseo del paciente, ventilación de la habitación, posición de la cama, etc.
  - Administración de medicación exclusivamente necesaria para el control de síntomas, utilizando la vía Se. No es necesaria la sueroterapia ni el sondaje nasogástrico.

- **Cuidados psicológicos:**
  - Proporcionar el máximo soporte posible mediante nuestra presencia reconfortante, cariño 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 espirituales:**
  - Facilitar, si el paciente lo pide, la presencia de un sacerdote.
  - Si el paciente está inconsciente, recordar a los familiares la posibilidad de cumplir con sus obligaciones (creencias religiosas).
  - Facilitar, en caso de que el paciente esté ingresado, los rituales según la religión que profese.

Los cuidados que se dispensarán a la familia son los siguientes:

- 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?, etc.
- 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.

Una vez que haya fallecido el paciente, nos debemos poner en contacto con la familia para expresarles nuestro sentimiento por la pérdida de su familiar, reforzarles positivamente su labor en el cuidado que prestaron al paciente evitando así sentimientos de culpabilidad, expresarles el significado de la ayuda que le hemos prestado 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 (asistencia domiciliaria).

## IV. Duelo

### Concepto

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

### Fases

- **Entumecimiento o protesta:**
  - Caracterizada por angustia, miedo e ira.
- **Anhelos 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:**
  - Con el establecimiento de nuevos patrones, objetos y objetivos, el pesar cede y en su lugar surgen recuerdos apreciados.

### Factores determinantes

Es importante detectar y abordar los mismos para prevenir el duelo patológico.

- **Antecedentes:**
  - Siendo joven, mujer y casada con quien ha muerto se incrementa la probabilidad de aparición de problemas después del

duelo. Otros factores son la falta de capacidad para expresar emociones y un estatus socioeconómico bajo.

- **Subsiguientes:**

- La presencia de fe religiosa, la ausencia de tensiones secundarias durante el desarrollo de nuevas oportunidades de vida en el trabajo y en las relaciones interpersonales.

- **Manifestaciones:**

- **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.

- **Tipos:**

- **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 superviviente es absorbido por constantes recuerdos y es incapaz de reinsertarse en la sociedad.

- **Duelo patológico:**

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

### **¿Cuándo se puede considerar superado el duelo?**

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.

- **Complicaciones:**

- A todas las edades, las personas en duelo experimentan un mayor riesgo de muerte que las personas casadas del mismo sexo y edad. El incremento de riesgo es mayor para hombres que para mujeres y, para ambos sexos, el incremento es mayor en los de menor edad.
- Las causas predominantes de la muerte son: trombosis coronarias y otras enfermedades del corazón, arterioescleróticas o degenerativas.

- **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 narcotizarles.

## V. 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 la enfermedad maligna terminal, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente sobre la persona afecta. 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, los cambios posturales y la higiene personal. Necesita una información veraz y continuada, un apoyo constante, la seguridad de una asistencia completa durante todo el proceso, descargar tensiones generales 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 negativamente 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 hablar con el paciente.
- A que el paciente comprenda 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 que pueden resultar contradictorias y enfrentarse a reacciones emocionales, ambivalentes y perturbadoras, tanto para la familia como para el individuo.

- Debe encontrar el equilibrio entre actuar con naturalidad, en una forma que niegue la proximidad de la muerte del paciente y puede hacerle sentir abandonado o no tomadas en cuenta sus necesidades, o exagerar los cuidados, las expresiones amorosas, la sobreprotección y la condescendencia, lo cual resiente al paciente, pues lo convierte en un niño, lo anula y disminuye su autoestima.
- Debe redistribuir las funciones y tareas que el paciente asumía, pero a la vez siente que lo están desplazando y anulando y que deberían posponer el desempeño de tales funciones, para no producirle a él una mayor sensación de pérdida y de inutilidad o de enfrentamiento a la muerte.
- 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 espiritual

### **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 (sentarse en lugar tranquilo, sin prisa).
- 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 sorprendemos el que tengamos que repetir las mismas cosas en situaciones parecidas varias veces durante la evolución de la enfermedad.



## VI. Los derechos del enfermo terminal

- Tengo el derecho de ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- Tengo el derecho de mantener una esperanza, cualquiera que sea ésta.
- Tengo el derecho de expresar a mi manera mis sentimientos y mis emociones por lo que respecta al acercamiento de mi muerte.
- Tengo el derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
- Tengo el derecho de no morir solo.
- Tengo el derecho de ser liberado del dolor.
- Tengo el derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea mi pregunta.
- Tengo el derecho de no ser engañado.
- Tengo el derecho de recibir ayuda de mi familia y para mi familia en la aceptación de mi muerte.
- Tengo el derecho de morir en paz y con dignidad.
- Tengo el derecho de conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
- Tengo el derecho de 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.

- Tengo el derecho de que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte.

## VII. Ética de la sedación en la agonía

### Comisión Central de Deontología Organización Médica Colegial

#### Introducción:

1. En Medicina se entiende por sedación la administración de fármacos para disminuir la ansiedad, la angustia y, eventualmente, la conciencia del enfermo.

En Medicina Paliativa se entiende por sedación la administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo ante la presencia de un síntoma refractario a los tratamientos disponibles.

2. Los pacientes que padecen una enfermedad en fase terminal<sup>1</sup>, oncológica o no, presentan, a veces, en sus momentos finales algún síntoma que provoca un sufrimiento insoportable, que puede ser difícil o, en ocasiones, imposible de controlar.
3. La frontera entre lo que es una sedación en la agonía y la eutanasia activa se encuentra en los fines primarios de una y otra. En la sedación se busca conseguir, con la dosis mínima necesaria de fármacos, un nivel de conciencia en el que el paciente no sufra, ni física, ni emocionalmente, aunque de forma indirecta pudiera acortar la vida. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte inmediata. La diferencia es clara si se observa desde la Ética y la Deontología Médica.

<sup>1</sup> Fase terminal es aquella en la que la enfermedad avanzada se encuentra en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

4. La sedación en la agonía se ha de considerar hoy como un tratamiento adecuado para aquellos enfermos que, en los pocos días u horas que preceden a su muerte, son presa de sufrimientos intolerables que no han respondido a los tratamientos adecuados.
5. La necesidad de disminuir la conciencia de un enfermo en las horas anteriores de su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Además, quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa, pueden confundirla con una forma encubierta de eutanasia.
6. La Comisión Central de Deontología estima oportuno ofrecer criterios sobre los aspectos éticos de la sedación en la agonía, a fin de mostrar que si está bien indicada, bien realizada y autorizada por el enfermo o en su defecto por la familia, constituye una buena práctica médica en el adecuado contexto asistencial.

### **El respeto médico a la vida del enfermo en fase terminal:**

7. La Ética y la Deontología Médica establecen como deberes fundamentales respetar la vida y la dignidad de todos los enfermos, así como poseer los conocimientos y la competencia debidos para prestarles una asistencia de calidad profesional y humana. Estos deberes cobran una particular relevancia en la atención a los enfermos en fase terminal, a quienes se les debe ofrecer el tratamiento paliativo que mejor contribuya a aliviar el sufrimiento, manteniendo su dignidad, lo que incluye la renuncia a tratamientos inútiles o desproporcionados de los que sólo puede esperarse un alargamiento penoso de sus vidas.
8. Respetar la vida y la dignidad de los enfermos implica atender su voluntad, expresada verbalmente o por escrito, que deberá constar siempre en la historia clínica, mitigar su dolor y otros síntomas con

la prudencia y energía necesarias, sabiendo que se está actuando sobre un organismo particularmente vulnerable cuando su curación ya no es posible.

9. En la situación de enfermedad terminal, la ética médica impone también la obligación de acompañar y consolar, que no son tareas delegables o de menor importancia, sino actos médicos de gran relevancia para la calidad asistencial. No tiene cabida hoy, en una medicina verdaderamente humana, la incompetencia terapéutica ante el sufrimiento terminal, ya tome la forma de tratamientos inadecuados por dosis insuficientes o excesivas, ya la del abandono.

### **Valor ético y humano de la sedación en la fase de agonía<sup>2</sup>**

10. Tiempo atrás, cuando no se había desarrollado la medicina paliativa, la sedación en la agonía pudo haber sido ignorada u objeto de abuso. Hoy, una correcta asistencia implica que se recurra a ella sólo cuando está adecuadamente indicada, es decir, tras haber fracasado todos los tratamientos disponibles para el alivio de los síntomas.

La sedación en la agonía representa el último recurso aplicable al enfermo para hacer frente a síntomas biológicos, emocionales o existenciales cuando otros recursos terapéuticos hayan demostrado su ineficacia.

11. La sedación, en sí misma, es un recurso terapéutico más y por tanto éticamente neutro; lo que puede hacer a la sedación éticamente aceptable o reprochable es el fin que busca y las circunstancias en que se aplica. Los equipos que atienden a enfermos en fase terminal necesitan una probada competencia en los aspectos clínicos y

<sup>2</sup> Fase de agonía es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de 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.

éticos de la medicina paliativa, a fin de que la sedación sea indicada y aplicada adecuadamente. No se la podrá convertir en un recurso que, en vez de servir a los mejores intereses del enfermo, sirva para reducir el esfuerzo del médico. La sedación en la fase de agonía es un recurso final: será aceptable éticamente, cuando exista una indicación médica correcta y se hayan agotado los demás recursos terapéuticos.

- 12.** La sedación implica, para el enfermo, una decisión de profundo significado antropológico: la de renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. Tiene también para su familia importantes efectos psicológicos y afectivos. Tal decisión no puede tomarse a la ligera por el equipo asistencial, sino que ha de ser resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida acerca de la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica.

### **Las indicaciones de la sedación en la fase de agonía:**

- 13.** En la actualidad, la necesidad de sedar a un enfermo en fase terminal obliga al médico a evaluar los tratamientos que hasta entonces ha recibido el enfermo. No es legítima la sedación ante síntomas difíciles<sup>3</sup> de controlar, pero que no han demostrado su condición de refractarios.<sup>4</sup>

- 14.** Las indicaciones más frecuentes de sedación en la fase de agonía son las situaciones extremas de delirio, disnea, dolor, hemorragia

<sup>3</sup> El término DIFÍCIL puede aplicarse 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.

<sup>4</sup> El término REFRACTARIO puede aplicarse a un síntoma cuando éste no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la conciencia del enfermo.

masiva y ansiedad o pánico, que no han respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente.

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.

- 15.** Es necesario transmitir a la familia que el enfermo adecuadamente sedado no sufre.
- 16.** Como en cualquier otro tratamiento se debe realizar una evaluación continua del nivel de sedación en el que se encuentra y necesita el enfermo<sup>5</sup>. En la historia clínica y en las hojas de evolución deberán registrarse con el detalle necesario los datos relativos al ajuste de las dosis de los fármacos utilizados, a la evolución clínica de la sedación en la agonía y a los cuidados básicos administrados.
- 17.** Para evaluar, desde un contexto ético-profesional, si está justificada la indicación de la sedación en un enfermo agónico, es preciso considerar los siguientes criterios:
  - 17.1. La aplicación de sedación en la agonía exige, del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:
    - a) Que existe una sintomatología intensa y refractaria al tratamiento.
    - b) Que los datos clínicos indican una situación de muerte inminente o muy próxima.
    - c) Que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación en la agonía.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Esta evaluación sistemática del nivel de sedación se puede realizar empleando la escala de Ramsay: Nivel I (Agitado, angustiado), Nivel II (tranquilo, orientado y colaborador), Nivel III (Respuesta a estímulos verbales), Nivel IV (Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos), Nivel V (Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos), Nivel VI (no respuesta).

<sup>6</sup> Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente. Art.9.3a

- d) Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

Si tuviera dudas de la citada indicación, el médico responsable deberá solicitar el parecer de un colega experimentado en el control de síntomas. Además el médico dejará constancia razonada de esa conclusión en la historia clínica, especificando la naturaleza e intensidad de los síntomas y las medidas que empleó para aliviarlos (fármacos, dosis y recursos materiales y humanos utilizados) e informará de sus decisiones a los otros miembros del equipo asistencial.

- 17.2. Es un deber deontológico abordar con decisión la sedación en la agonía, incluso cuando de ese tratamiento se pudiera derivar, como efecto secundario, una anticipación de la muerte.<sup>7</sup>
- 17.3. El inicio de la sedación en la agonía no descarga al médico de su deber de continuidad de los cuidados. Aunque esta sedación pueda durar más de lo previsto, no pueden suspenderse los cuidados básicos e higiénicos exigidos por la dignidad del moribundo, por el cuidado y el aseo de su cuerpo.
- 18.** La sedación en la agonía no es un tratamiento excepcional; el incremento de personas que precisan cuidados paliativos constituye actualmente un paradigma que debe estar presente en la enseñanza de las Facultades de Medicina y en los Programas de Formación Continuada y en la conciencia de todos los médicos.

Madrid, 23 de febrero de 2009

<sup>7</sup> Art. 27.1 del Código de Ética y Deontología Médica.

## 4. Bibliografía general recomendada

GÓMEZ SANCHO M.

"Cómo dar las malas noticias en Medicina"  
(3 ed.) Madrid: Arán, 2006.

GONZÁLEZ BARÓN M, et al.

"Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte  
en el enfermo con cáncer" (2ª ed.)  
Madrid: Panamericana, 2007.

GÓMEZ SANCHO M.

"Medicina Paliativa en la Cultura Latina"  
Madrid: Arán, 1999

GÓMEZ SANCHO M.

"La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto". (2ª edición).  
Madrid: Arán, 2007.

GÓMEZ SANCHO M.

"Morir con Dignidad"  
Madrid: Arán, 2005.

GÓMEZ SANCHO M., GRAU ABALO J.

"Dolor y Sufrimiento al final de la vida"  
Madrid: Arán, 2006.

BENÍTEZ DEL ROSARIO M<sup>a</sup>, SALINAS MARTÍN A.

"Cuidados Paliativos y Atención Primaria"  
Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 2000.

COBO MEDINA C.

"El valor de vivir"  
Madrid: Ediciones Libertarias, 1999.

COBO MEDINA C.

"Los tópicos de la muerte. La gran negación"  
Madrid: Ediciones Libertarias, 2000.

COBO MEDINA C.

"Ars Moriendi. Vivir hasta el final"

Madrid: Díaz de Santos, 2001.

GÓMEZ SANCHO M.

"Avances en Cuidados Paliativos"

(Curso de Formación a Distancia) [www.gafos.com](http://www.gafos.com)

GÓMEZ SANCHO M.

"Cuidados Paliativos en niños"

(Curso de Formación a Distancia) [www.gafos.com](http://www.gafos.com)

### Lectura

LEÓN TOLSTOI.

"La muerte de Ivan Illich"

Madrid: Alianza Editorial, 1996.

NORBERT EIIAS.

"La soledad de los moribundos"

Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1990.

PETER NOLL.

"Palabras sobre el morir"

Barcelona: Destino, 1990.

KÜBLER ROSS E.

"Sobre la muerte y los moribundos"

Barcelona: Grijalbo, 1972.

GARRIDO C.

"Te lo contaré en un viaje"

Barcelona: Ares y Mares, 2002.

MARGARIT J.

"Joana"

Madrid: Hiperión, 2002







# 2 Dolor y Cuidados Paliativos

**Curso:** Enfermedades Oncológicas, Dolor y Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención

# TRAPS

TE APEUTICA RACIONAL EN  
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



---

PRESIDENTE DE LA NACIÓN

Ing. Mauricio Macri

MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dr. Jorge Lemus

SECRETARIO DE PROMOCIÓN, PROGRAMAS  
SANITARIOS Y SALUD COMUNITARIA

Dr. Néstor Pérez Baliño

---

## UNIVERSIDADES PARTICIPANTES

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Comahue, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Escuela Superior de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Chaco Austral. Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de La Matanza, Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de la Rioja, Departamento Académico de Salud y de la Educación. Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Sur, Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Medicina. Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Adventista del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Aconcagua, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas. Fundación H. A. Barceló, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Instituto Universitario CEMIC Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Católica de Córdoba, Facultad de Medicina. Universidad Católica de Cuyo, Facultad de Medicina. Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario. Universidad Maimónides, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Morón, Facultad de Medicina. Instituto Universitario Italiano de Rosario, Escuela de Medicina Universidad del Salvador, Facultad de Medicina.

# Índice ►

Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. TRAPS	7
Curso Enfermedades Oncológicas, Dolor y Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención	11
Unidad 2 Dolor y Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención	13
Dolor	17
Tipos de dolor	17
Evaluación del paciente con dolor	18
Medición del dolor	19
- Escalas unidimensional	20
- Escalas multidimensional	21
Tratamiento del dolor	23
- Farmacológico	23
Escalera terapéutica de la OMS	23
- Analgésicos	25
- Opioides débiles	28
- Opioides fuertes	28
- Co-adyuvantes	33
Medidas no farmacológicas	36
<b>&gt; Ejercicio 1 de Comprensión y Aplicación</b>	37
Cuidados Paliativos	39
Evaluación de necesidades	41
Trabajo interdisciplinario y colaborativo	42
Comunicación en Cuidados Paliativos	44
<b>&gt; Ejercicio 2 de Comprensión y Aplicación</b>	51
Náuseas y vómitos	52
Cuidado de la cavidad oral	56
Úlceras por presión	59
Constipación	63
Disnea	68
Dolor en Cuidado Palitivo	72
- Tratamiento del paciente con dolor	75
Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea	89
<b>&gt; Ejercicio 3 de Comprensión y Aplicación</b>	96

Urgencias en Cuidados Paliativos	98
Compresión medular aguda	99
Síndrome de vena cava superior	100
Hipercalcemia	101
Hemorragias	102
Cuidados en la etapa final de la vida	104
> <b>Ejercicio de Comprensión y Aplicación</b>	109
Anexo 1: Normas para la prescripción de Opioides	113
Anexo 2:	117
a) Escala de Karnofsky	117
b) Escala ECOG	118
c) Minimental test	118
Anexo 3: Clave de respuestas	119
Ejercicio 1 de Comprensión y Aplicación	119
Ejercicio 2 de Comprensión y Aplicación	120
Ejercicio 3 de Comprensión y Aplicación	120
Bibliografía	121

# Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS)

## ¿Qué se entiende por terapéutica racional?

Prescribir significa "ordenar", "indicar", "establecer". La prescripción que realiza el médico, generalmente al finalizar la consulta, es la indicación de algunas conductas que deberá seguir el paciente. El profesional debe tomar decisiones que afectarán necesariamente la salud y calidad de vida de quien le consulta.

Teniendo en cuenta el alto grado de renovación del mercado farmacéutico y el crecimiento acelerado de la oferta de medicamentos, es indispensable que el profesional de la salud adquiera metodología, modelos de razonamiento lógico y criterios basados en el método científico, que pueda aplicar en su práctica clínica.

El Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en APS (TRAPS):

- ▶ Tiene el propósito de mejorar el cuidado de salud a través de la sensibilización y capacitación de los profesionales.
- ▶ Brinda herramientas para un enfoque razonado del tratamiento de un problema de salud, reforzando las prescripciones no medicamentosas y fomentando un uso adecuado de los medicamentos.
- ▶ Promueve una prescripción apropiada e individualizada fortaleciendo una medicina centrada en la persona y basada en la mejor evidencia disponible.
- ▶ Propone la utilización de los pasos establecidos en la Guía de la buena prescripción elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- a) Definir el/los problemas de salud del paciente al momento de la consulta.
- b) Establecer objetivos terapéuticos para ese paciente (¿qué desea conseguir con el tratamiento?).
- c) Diseñar un tratamiento (tener en cuenta efectividad/seguridad/costo-efectividad/accesibilidad) incluyendo medidas no farmacológicas y/o farmacológicas.
- d) Realizar la prescripción.
- e) Dar instrucciones al paciente (información y advertencias).
- f) Realizar el seguimiento del tratamiento (monitorear).

## ¿Por qué Atención Primaria de la Salud?

La declaración de Alma Ata<sup>1</sup> "Salud para todos en el año 2000", situó por primera vez en el centro de la escena el debate sobre el concepto, los objetivos y los constituyentes de la Atención Primaria de la Salud (APS). Allí se definió que la APS es el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, y

<sup>1</sup> Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. PAHO. [www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm). Acceso 12/11/14

tecnología universalmente accesible para los recíproca la continua articulación que debiera existir entre las instituciones formadoras de profesionales y las políticas de salud, a fin de poder adecuar los recursos para lograr profesionales perfilados a atender los problemas de salud de la población. individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo al que la comunidad y el país puedan acceder. Se plantea así a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS) como eje estructurador y organizador del sistema y los servicios de salud.

Es un principio ampliamente compartido que la calidad y la pertinencia de la formación de recursos humanos en salud es una estrategia central para el mejoramiento de la calidad en el cuidado de la salud, en su eficiencia y equidad. Es decir que resulta de alguna manera beneficiosamente recíproca la continua articulación que debiera existir entre las instituciones formadoras de profesionales y las políticas de salud, a fin de poder adecuar los recursos para lograr profesionales perfilados a atender los problemas de salud de la población.

# Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS)

El Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación, implementa el Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) con el objetivo de promover el desarrollo de los recursos humanos que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención a través de un enfoque racional del tratamiento de los problemas de salud, fomentando una prescripción adecuada de medidas no farmacológicas, preventivas y promoviendo un uso racional de los medicamentos.

TRAPS está dirigido a los profesionales que se desempeñan en establecimientos de salud efec- tores del sistema público, con el propósito de mantener y fortalecer sus competencias profesio- nales; brindándoles información práctica, actualizada y basada en la evidencia, sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas para la prevención y tratamiento de los problemas de salud prevalentes en nuestro país.

En este Programa de Capacitación se pone el acento en una terapéutica global y ofrece:

- ▶ Herramientas para un enfoque razonado del tratamiento de un problema de salud.
- ▶ Información científica que fundamenta el uso adecuado de los medicamentos.
- ▶ Indicaciones específicas para hacer prescripciones no medicamentosas.
- ▶ Las medidas de prevención que corresponden en cada caso.

Se trata de promover una prescripción apropiada e individualizada para cada persona, fortaleciendo una medicina centrada en el paciente.

**Antecedentes:** para el diseño de esta propuesta se han tomado en cuenta la experiencia del curso anterior de Uso Racional de Medicamentos y los aportes que brindaron expertos del Ministerio de Salud y de las Universidades. Se han mantenido conceptos centrales como es la utilización de los pasos de una prescripción razonada propuesta en la Guía de la Buena Prescripción publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la modalidad de trabajo y la articulación con las Universidades. El Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud se inició en el 2010 con el curso Riesgo Cardiovascular Global (RCVG), seguido en 2011 por la primera edición de Infecciones Prevalentes en el Primer Nivel de Atención y en el 2012 por el de Detección temprana y seguimiento de Factores de Riesgo Cardiovascular y Enfermedades Oncológicas y Cuidados Paliativos en el PNA.

**Propósito:** brindar información práctica, actualizada y basada en la evidencia, sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas para la prevención y tratamiento de las infecciones prevalentes en nuestro país.

**Destinatarios:** profesionales médicos y otros profesionales de la salud, que se desempeñan en establecimientos sanitarios.

**Organización:** este programa es producto de un trabajo interinstitucional entre el Ministerio de Salud de la Nación y las Facultades de Medicina.

**Contenidos:** los temas que se desarrollan son seleccionados según los siguientes criterios:

- ▶ La incorporación de medicamentos y la necesidad de que se utilicen adecuada y racionalmente.
- ▶ Las líneas de acción priorizadas del Ministerio de Salud de la Nación, con el objetivo de difundir y capacitar en las normas o guías nacionales.
- ▶ Los temas solicitados por los becarios que, en los diferentes cursos, respondieron encuestas de satisfacción-opinión finalizada por los mismos.

**Material impreso:** se diseñan unidades de autoinstrucción que incluyen información seleccionada y ejercicios de comprensión y aplicación. La información se selecciona de acuerdo a la Guía de la Buena Prescripción publicada por la OMS y a las Guías y Normas del Ministerio de Salud de la Nación. En la redacción de los textos colaboran los especialistas de los distintos Programas y Direcciones del Ministerio de Salud de la Nación y los docentes universitarios que integran el Consejo Asesor. Los casos clínicos y los ejercicios son parte del procesamiento didáctico que está a cargo de profesionales del campo de la educación médica. Un papel relevante en esta producción de los materiales corresponde al equipo de Diseño Gráfico.

**Modalidad educativa:** la capacitación en Terapéutica Racional en APS tiene una modalidad semipresencial que implica:

- > Estudio independiente. Cada inscripto recibe un módulo impreso con información seleccionada, casos clínicos, ejercicios y bibliografía recomendada. La bibliografía de apoyo podrá descargarla de la página web del Programa Remediar: [www.remediar.msal.gob.ar](http://www.remediar.msal.gob.ar).
- > Encuentros presenciales. Se desarrollan con metodología de trabajo en pequeños grupos de discusión y reuniones plenarias. Los becarios se encuentran con sus colegas y un docente-facilitador para intercambiar experiencias, analizar bibliografía y discutir nuevos casos clínicos o problemas de salud. Se realizan diferentes estrategias de enseñanza aprendizaje. El encuentro presencial es coordinado por docentes universitarios que son designados por cada Facultad de Medicina y que integran el equipo docente de TRAPS. Las fechas y horarios son establecidos e informados por las Facultades.
- > Evaluación. Cada Facultad de Medicina decide e implementa su forma de realizar la evaluación formativa. La evaluación del nivel de conocimientos adquiridos se realiza aplicando una prueba escrita de selección múltiple, que tiene lugar durante el último encuentro presencial. El grado de satisfacción de los becarios se explora con una encuesta de opinión.

**Requisitos para la aprobación del curso:**

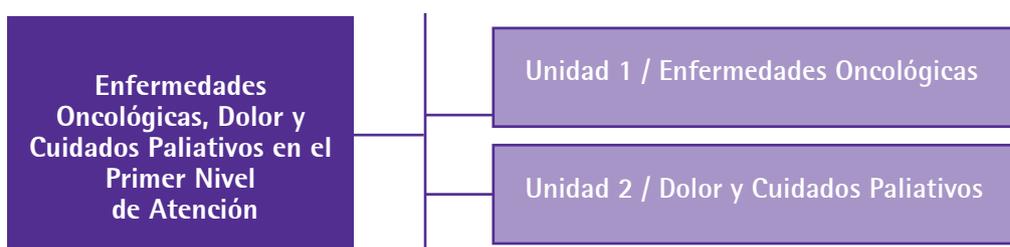
- ▶ Asistencia al 80% de los encuentros presenciales.
- ▶ Aprobación del examen final.

**Certificado:** por curso de actualización de 180 hs. con evaluación final. El mismo es otorgado por la Facultad de Medicina asignada.

# Curso Enfermedades Oncológicas, Dolor y Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención

Bienvenido/as a esta segunda unidad del curso "Enfermedades Oncológicas, Dolor y Cuidados Paliativos" en el Primer Nivel de Atención.

Este Curso consta de dos unidades:



En esta última unidad los temas a tratar son:

- ▶ Dolor
- ▶ Cuidados Paliativos

Tal como lo venimos haciendo en las unidades anteriores del curso, utilizamos los seis pasos de la Terapéutica Razonada, de acuerdo con los lineamientos dados por la Guía de la Buena Prescripción elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- a) Definir el/los problemas de salud del paciente al momento de la consulta.
- b) Establecer objetivos terapéuticos para este paciente (¿qué desea conseguir con el tratamiento?).
- c) Diseñar un tratamiento (tener en cuenta efectividad/seguridad/costo-efectividad/accesibilidad) incluyendo medidas no farmacológicas y/o farmacológicas.
- d) Realizar la prescripción.
- e) Dar instrucciones al paciente (información y advertencias).
- f) Realizar el seguimiento del tratamiento (monitorear).

Asimismo, focalizamos en una terapéutica global, colocando en un lugar de relevancia a las medidas no farmacológicas para el tratamiento de un problema de salud. Desde nuestra concepción, la prescripción médica sumada a la labor y compromiso de todo el equipo de salud favorecen el éxito de cualquier tratamiento terapéutico.

Recuerde que los conceptos fundamentales están desarrollados en esta unidad, pero si desea ampliar la información puede consultar la pagina de Remediar donde estará disponible la bibliografía complementaria: [www.remediar.msal.gov.ar](http://www.remediar.msal.gov.ar).

Las referencias bibliográficas correspondientes a cada tema están ubicadas en el margen del texto y al final de los capítulos.

Los ejercicios con los cuales se cierra cada uno de los temas tratados le serán útiles para consolidar e integrar los aprendizajes logrados. Todos los ejercicios se basan en problemas de salud prevalentes en el Primer Nivel de Atención. Los ejercicios y situaciones clínicas serán revisados y discutidos en el encuentro presencial.

Le recordamos que en el último encuentro presencial, se realizará la evaluación final que consiste en un examen escrito. La condición de regularidad y la aprobación de este examen final son indispensables para obtener el certificado que otorgará la Facultad de Medicina que dictó el curso.

Es nuestro deseo haber alcanzado sus expectativas con este curso. Desde ya, estamos dispuestos a recibir todo comentario que contribuya a enriquecer no sólo el material educativo sino la experiencia pedagógica en su conjunto.

¡Gracias por acompañarnos en esta propuesta!

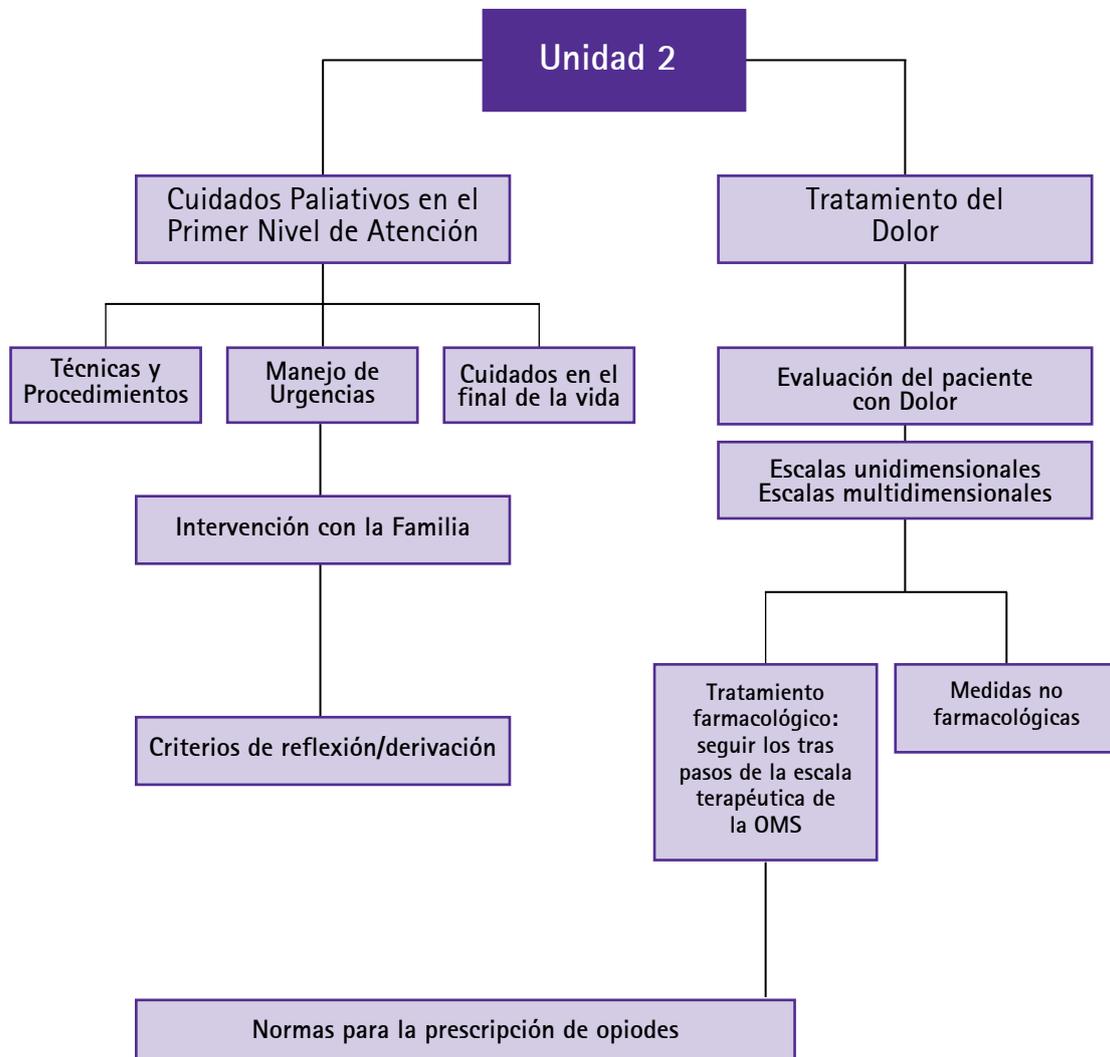
## Unidad 2

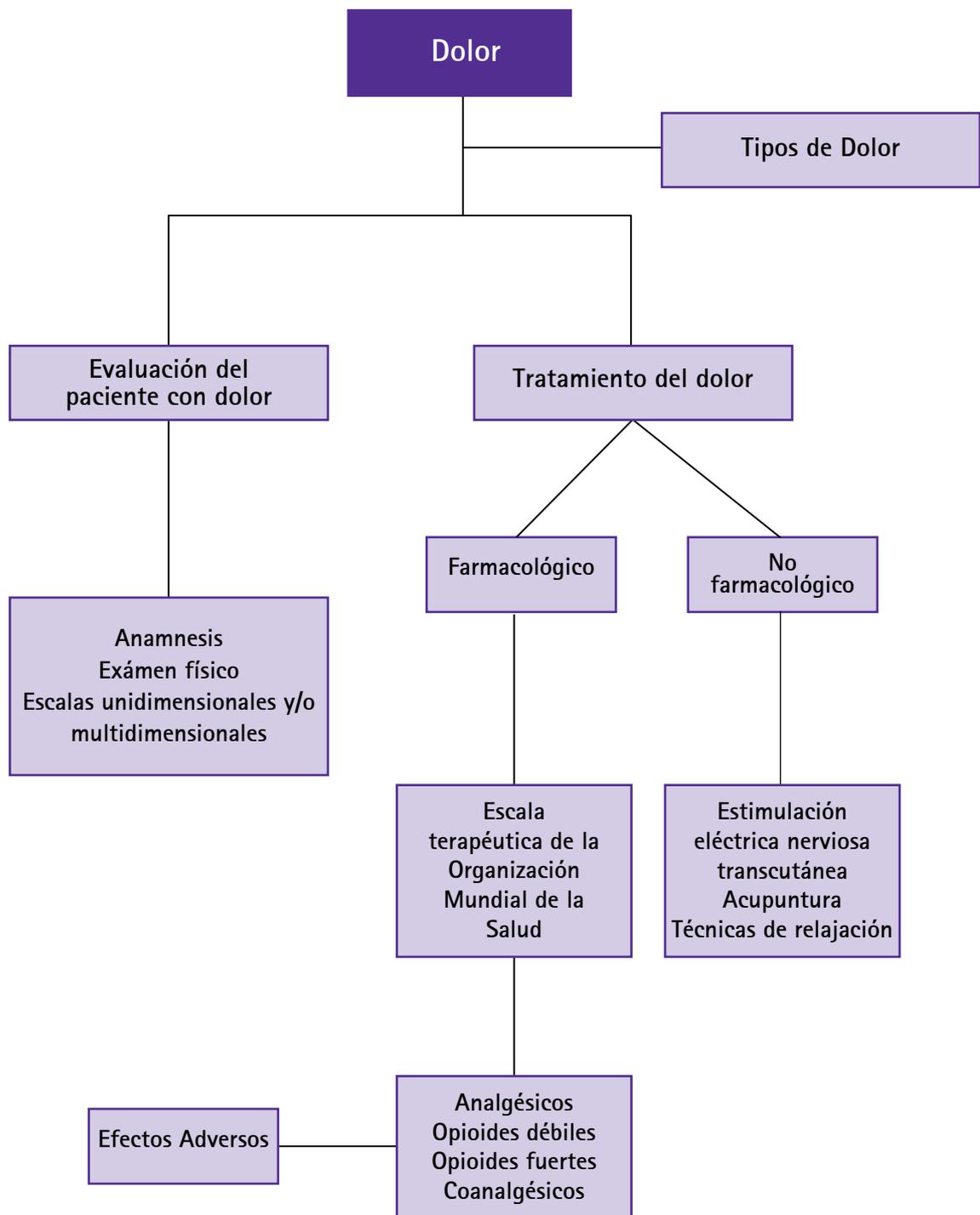
### Dolor y Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención

Al finalizar la Unidad 2 se espera que Ud. disponga de los conocimientos y habilidades suficientes para:

- ▶ Reconocer los distintos tipos de dolor: somático, visceral, neuropático, psicógeno.
- ▶ Realizar la evaluación del paciente con dolor utilizando alguna de las escalas unidimensionales y/o multidimensionales.
- ▶ Elaborar un plan terapéutico para el tratamiento del dolor siguiendo los tres escalones de la Escalera terapéutica del dolor de la OMS.
- ▶ Reconocer los varios y frecuentes efectos adversos que se presentan con el uso de opioides.
- ▶ Indicar, como adyuvantes del tratamiento farmacológico, las medidas no farmacológicas que han demostrado tener resultados beneficiosos en el tratamiento del dolor.
- ▶ Identificar pacientes y familias con necesidad de Cuidados Paliativos.
- ▶ Implementar las prácticas esenciales aceptadas para controlar el sufrimiento de los pacientes y sus familiares de acuerdo a los recursos locales disponibles.
- ▶ Brindar información a la familia y promover su participación en el cuidado del paciente.
- ▶ Facilitar la articulación con otros niveles de atención y establecer redes efectivas para la resolución de casos complejos.
- ▶ En caso de urgencias decidir, respetando los deseos y experiencias del paciente, la terapéutica apropiada y oportuna para minimizar el impacto físico y psicológico que el evento tiene en el paciente y en la familia.
- ▶ En la etapa final de la vida, brindar los cuidados que correspondan según la sobrevida estimada.

## Esquemas de contenidos







# Dolor

El dolor es un complejo fenómeno clínico que en la mayoría de los casos es un síntoma cuando ocurre en forma aguda, pero es una enfermedad cuando se trata de una entidad crónica. Es uno de los motivos de consulta más frecuentes de atención primaria. Afecta a la mayoría de la población en varios momentos a lo largo de su vida, alterando en mayor o menor medida la calidad de vida, personal, social o laboral. Se estima que entre un tercio y la mitad de la población presenta en el año episodios de dolor clínicamente relevantes. La definición de dolor es compleja. La International Association for Study of Pain (IASP) lo define como "una experiencia emocional desagradable, asociada o no a una lesión tisular, o que se describe con las manifestaciones propias de tal lesión". Dada la complejidad del síntoma existen varias definiciones, sin embargo todas integran la participación de un componente nocivo o sensorial y un componente afectivo o reactivo.

Un estudio realizado en España<sup>2</sup> estableció una prevalencia global elevada: el 78.6% de los entrevistados refirió tener o haber tenido dolor en una o más partes del cuerpo durante el último medio año; las mujeres manifestaron más frecuencia y se observó una tendencia al aumento de la prevalencia asociado con la edad. Las localizaciones más citadas fueron la espalda y las extremidades inferiores. Otro dato a destacar fue que el 84% manifestaba que el mismo tenía un tiempo de evolución mayor de 6 meses.

La importancia del dolor radica fundamentalmente en su alta prevalencia, en el sufrimiento innecesario que lleva a repercusiones en todos los ámbitos de la vida y porque es fuente de alteraciones en la salud mental. Debe ser diagnosticado, evaluado y tratado siempre y adecuadamente. Aunque es posible tratar el 90% del dolor postquirúrgico, postraumático o el secundario a una enfermedad oncológica, menos del 50% de la población mundial obtiene el alivio necesario.

## Tipos de dolor

**Dolor somático:** el dolor somático proviene del daño tisular causado por la liberación de sustancias de las células dañadas que estimulan a los nociceptores distribuidos en piel y tejidos. Es de comienzo repentino, bien localizado, continuo y sordo. Ejemplos de este tipo de dolor son los causados por lesiones osteomusculares como esguinces o fracturas. Su tratamiento suele variar entre tratamientos tópicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE's), paracetamol, opioides o anestésicos locales.

**Dolor visceral:** los dolores viscerales suelen comprometer pocos nociceptores, por lo que se caracterizan por ser dolores mal localizados, difusos y generalmente referidos a lugares distantes al daño que lo provoca. Suelen estar causados por isquemia o necrosis del órgano o inflamación de la cápsula hepática, entre otros. Sus opciones terapéuticas incluyen AINE's y opioides principalmente.

<sup>2</sup> Bassos A, Bochs F, Baños JE. How does general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage*2002;23:318-28.

#### GLOSARIO:

Alodinia: Dolor generado por un estímulo que habitualmente no produce dolor, por ejemplo el dolor que puede causar la sábana de la cama cuando la persona duerme

<sup>3</sup> American Psychiatric Association. DSM -IV -TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Masson. Barcelona. 2005

**Dolor neuropático:** los dolores neuropáticos son cuadros dolorosos causados por la lesión de estructuras del sistema nervioso periférico, central o de ambos. Las causas más frecuentes en atención primaria incluyen: la neuralgia postherpética, las radiculopatías (lumbosacra, dorsal o cervical), la neuralgia del trigémino, la neuropatía diabética, la compresión o infiltración nerviosa tumoral, o las producidas por enfermedades degenerativas del SNC. El dolor puede producirse como una respuesta aumentada a un estímulo nocivo: hiperalgesia; o una respuesta dolorosa a un estímulo normal no nocivo: alodinia. En estos casos, estímulos ambientales cotidianos como el roce de la ropa, de la sábana o el viento, desencadenen una sensación de dolor.

**Dolor psicógeno:** es un dolor de origen psicósomático, en donde no se encuentra una causa que lo justifique. Las personas refieren dolor en ausencia de daño tisular u otra causa fisiopatológica asociada. Suele ser un dolor cambiante, mal definido, localizado o migratorio, que no sigue un patrón y no se encuentra asociación alguna con una entidad patológica. Este dolor suele variar con los cambios de ánimo de la persona, exacerbándose cuando éste empeora.

El DSM IV-TR<sup>3</sup> establece los siguientes criterios para llegar a su diagnóstico:

- a) el síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica
- b) el dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- c) se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor
- d) el síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio.

**Dolor mixto:** los diferentes tipos de dolor mencionados pueden sumarse en diferentes evoluciones e intensidades. En la evolución de la enfermedad un dolor simple puede hacerse mixto.

## > Evaluación del paciente con dolor

El dolor agudo no es un diagnóstico sino un síntoma. Muchas veces su causa es evidente: traumatismos, cirugías; pero en muchas otras su etiología permanece oculta. Se debe realizar una correcta anamnesis del síntoma, y para ello el acompañante puede ser de mucha ayuda.

Una adecuada valoración del dolor debe incluir:

- ▶ **historia clínica completa:** antecedentes de comorbilidades, situación familiar y social.
- ▶ **examen físico:** observación de actitudes y comportamiento de la persona (la expresión facial, movimientos-inmovilidad, la actitud al sentarse en una silla, signos locales como rubefacción, asimetrías, hinchazón, diaforesis, control de signos vitales como pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria). Se completará con la exploración de áreas concretas en función del síntoma: abdomen, examen neurológico, sensibilidad.
- ▶ **escala de dolor:** evaluación de la intensidad del dolor utilizando alguna escala.

Deben explorarse las siguientes variables:

- ▶ **intensidad:** no es una medida del daño sino del impacto del síntoma en la persona, se utilizarán escalas de medición.
- ▶ **cualidad:** incluye la descripción figurativa del dolor: punzante, sordo, en latigazo, hormigueo, opresivo, cólico.
- ▶ **localización:** permite establecer un único sitio, una zona o áreas de irradiación. se debe evaluar el compromiso de dermatomas.
- ▶ **temporalidad:** establecer la fecha de comienzo del dolor, y las características del mismo en ese momento (sordo, brusco, paroxístico), así como la evolución y la relación con patrones temporales (creciente, continuo, recurrente).
- ▶ **factores que modifican el dolor:** cambios posturales, el contacto con la ropa, relación del síntoma con maniobras de valsalva (la tos, la defecación, el hipo), la relación con las comidas, con el reposo o actividad, con los cambios de temperatura, otros.
- ▶ **impacto en las actividades diarias:** alteración del sueño, del apetito, la actividad sexual, las actividades de la vida diaria.
- ▶ **tratamientos previos:** fármacos, vías de administración, dosis, respuesta a los mismos, efectos adversos, dificultades (barreras para conseguir la medicación, adherencia, fantasías).

## Medición del dolor

La medición del dolor conlleva cierta dificultad dada la subjetividad del síntoma y su carácter multidimensional<sup>4</sup>. Resulta difícil "objetivar" el dolor y más aún si el paciente se encuentra debilitado, con alteraciones en la comunicación verbal o con trastornos cognitivos. Ocasionalmente las manifestaciones neurovegetativas (taquicardia, taquipnea, sudoración, hipertensión arterial) asociadas al dolor permiten al médico tener una dimensión de la intensidad del cuadro para ese paciente en particular.

La intensidad del dolor no siempre se asocia con la gravedad del mismo. Entre las personas existen muchas diferencias en cuanto a la percepción y la tolerancia al sufrimiento lo que dificulta la medición y valoración<sup>5</sup> del dolor. El dolor agudo es más fácil de cuantificar al tratarse de una experiencia corta en el tiempo y, generalmente, menos afectada por otras variables.

La medición del dolor es fundamental para un tratamiento adecuado y eficaz. Conocer la intensidad del dolor que presenta el paciente es un objetivo prioritario.

Las escalas para cuantificar el dolor deben ser sencillas de utilizar para el equipo de salud y para el paciente.

Las escalas se pueden clasificar en dos grupos<sup>6</sup>:

- ▶ unidimensionales
- ▶ multidimensionales.

<sup>4</sup> Warfield CA, Fausett HJ. Diagnóstico y Tratamiento del Dolor. Barcelona. MASSON S.A: 2004

<sup>5</sup> Harkins SW, Price DD, Roy A, Itscovich W, Fei DY. Somatosensory evoked potentials associated with thermal activation of type II Delta mechanoreceptive afferents. Int J Neurosci 2000; Sep-oct 104 (1-4): 93-111

<sup>6</sup> Serrano Atero MS, Caballero J, Cañas A, Garcia-saura PL, Serrano Alvaréz C, Prieto J. Valoración del dolor (II), rev Soc esp Dolor 2002 ;9:109-121.

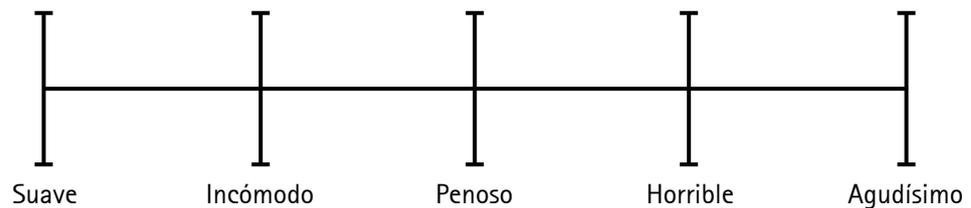
## > Escalas unidimensionales

Evalúan un solo aspecto del dolor, por lo general su intensidad; son de fácil aplicación y tienen aceptables niveles de fiabilidad. Su principal desventaja es que no contemplan la multidimensionalidad del dolor y, por ello, deben ser complementadas con otras técnicas. Pueden ser de diferentes tipos:

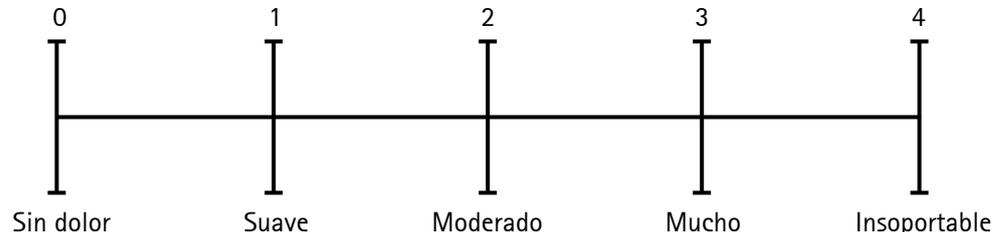
**Escalas verbales:** clasifican el dolor en 4 o 5 categorías. En algunas circunstancias se confrontan con escalas similares, para evaluar el alivio del mismo. Son fáciles de usar y de comprender por parte de los pacientes, pero tienen baja sensibilidad y ofrecen un escaso rango de respuesta. Su desventaja radica en las diferentes interpretaciones que pueden existir entre diversos grupos de pacientes. Las más conocidas son la de Keele y Melzack<sup>7</sup>.

### Escalas verbales

#### Escala de Melzack

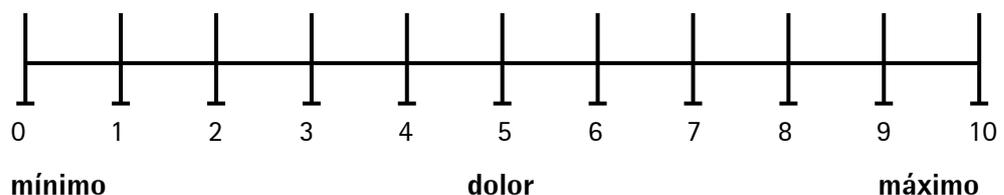


#### Escala de Keele



**Escala visual analógica (EVA):** es una línea horizontal de 10 cm de longitud, en cuyos extremos se señalan el mínimo y el máximo nivel de dolor. El paciente señala en la línea la intensidad con la que percibe su dolor. Esta escala es la más utilizada universalmente, es simple, rápida y de fácil comprensión por parte del paciente. Tiene buena sensibilidad y es fácilmente reproducible, siendo la más práctica y sencilla para su uso en atención primaria y existe una buena correlación entre la escala verbal y la escala visual analógica<sup>8</sup>.

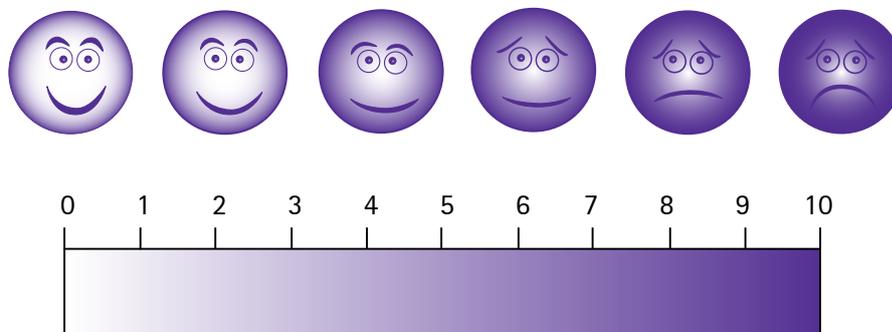
### Escala visual analógica



<sup>7</sup> del Castillo de Comas C, Díaz Díez-Picazo L, Barquintero Canales C. Medición del dolor: Escalas de medidas. JANO 24-30 de oct 2008. No 1712.

<sup>8</sup> Baños JE, Bosch F, Cañellas M, Bassols A, Ortega F, Bigorra J. Acceptability of visual analogue scales in the clinical settings: a comparison with verbal rating scales in postoperative pain. Meth and Find Exp Clin Pharmacol 1989; 11(2): 123-7.

*Escala de expresión facial o escala de caras de Wong-Baquer:* es una escala basada en rostros faciales. Es útil para ser utilizada en niños o en personas con alteraciones del lenguaje.



### > Escalas multidimensionales

Evalúan distintos aspectos vinculados con el dolor. Se utilizan principalmente en la evaluación del dolor crónico en el que los factores emocionales constituyen un componente importante del mismo. Son escalas complejas que miden intensidad y cualidad del dolor y también impacto en variables psicológicas y sociales.

*Test de Lattinen:* instrumento ampliamente utilizado en la evaluación de pacientes con dolor crónico por su facilidad en la comprensión por parte del paciente. Es rápido de aplicar<sup>9</sup>. Está conformado por cinco grupos de preguntas que informan sobre:

- > la intensidad subjetiva del dolor
- > la frecuencia de presentación
- > el consumo de analgésicos
- > la discapacidad causada por el dolor
- > la influencia del reposo nocturno sobre el dolor.

Ofrece información relevante sobre el impacto del dolor en la calidad de vida de la persona.

Test de Lattinen		
Intensidad del dolor	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4

<sup>9</sup> De Andrés, J ; Soriano, J ; Monsalve, V ; Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida. Rev Soc Esp Dolor 13 (2006);4 :216 - 229

Incapacidad	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Normal	0
	Se despierta alguna vez	1
	Despierta varias veces	2
	Insomnio	3
	Sedantes	+1
Total:		

**Inventario breve del dolor (BPI):** es un método rápido y fácilmente comprensible por parte del paciente. Es autoadministrada. Fue desarrollado en 1993 y la versión española fue validada en 2002. Proporciona información sobre la intensidad del dolor y su interferencia en la actividad diaria de los pacientes. Valora también la descripción, localización y el nivel de alivio que proporciona el tratamiento.

**BPI (Breve inventario del dolor)**

**Fecha:**

**Nombre y Apellido:**

1) A lo largo de la vida, muchos de nosotros hemos sentido dolor de vez en cuando (tales como dolores de cabeza, torceduras de articulaciones, dolores de dientes)  
¿Ha tenido usted hoy otro dolor?

---

2) Sombree en el diagrama las áreas en las que siente dolor. Marque con una X el área que más le duele.

3) Valore su dolor marcando con un círculo el número que mejor describa su dolor en su PEOR forma en las últimas 24 hrs.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*Sin dolor* *El peor dolor imaginable*

4) Valore su dolor marcando con un círculo el número que mejor describa su dolor en su forma más LEVE en las últimas 24 hrs.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*Sin dolor* *El peor dolor imaginable*

5) Valore su dolor marcando con un círculo el número que mejor describa su dolor PROMEDIO.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*Sin dolor* *El peor dolor imaginable*

6) Valore su dolor marcando con un círculo el número que indique cuánto dolor tiene AHORA MISMO.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*Sin dolor* *El peor dolor imaginable*

7) ¿Qué tratamientos o medicaciones está recibiendo para su dolor?

8) En las últimas 24 hrs ¿cuánto alivio le han proporcionado los tratamientos o medicaciones? Marque con un círculo el porcentaje que mejor muestre el ALIVIO que ha recibido

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
Ningún alivio Alivio completo

9) Marque con un círculo el número que describe a como durante las últimas 24 hrs, el dolor interfirió con su:

a- Actividad general:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

b- Humor:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

c- Capacidad para caminar:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

d- Trabajo normal (incluye trabajo en el hogar y fuera del hogar):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

e- Relaciones con otras personas:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

f- Sueño:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

f- Disfrute de la vida:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
No interfiere Interfiere completamente

## Tratamiento del dolor

El diagnóstico de la causa subyacente de cualquier dolor es necesario para establecer el plan terapéutico pero este estudio no debe demorar la instalación de un esquema analgésico.

### > Farmacológico

Placebos: muchas veces se descrea del dolor de los pacientes. Esto lleva a la utilización de placebos para evaluar la respuesta del paciente. Si bien un 30 a 70% de los pacientes van a demostrar algún grado de respuesta a los mismos, no existe ningún fundamento ético ni científico que avale el uso de placebos en la evaluación o tratamiento del dolor.

### > Escala terapéutica del dolor. OMS

En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó un modelo conceptual y una

guía con 3 pasos o escalones para orientar las decisiones terapéuticas en el manejo del dolor. Es una herramienta que facilita la selección, administración y titulación de una amplia gama de analgésicos. Hoy en día el uso de la "escala del dolor" de la OMS es utilizada mundialmente en el manejo del paciente con dolor.

En **primer lugar** se debe realizar una evaluación de la severidad del dolor utilizando alguna de las escalas descriptas.

En **segundo lugar**, se debe definir el escalón con el cual se comenzará el tratamiento según la severidad del dolor.

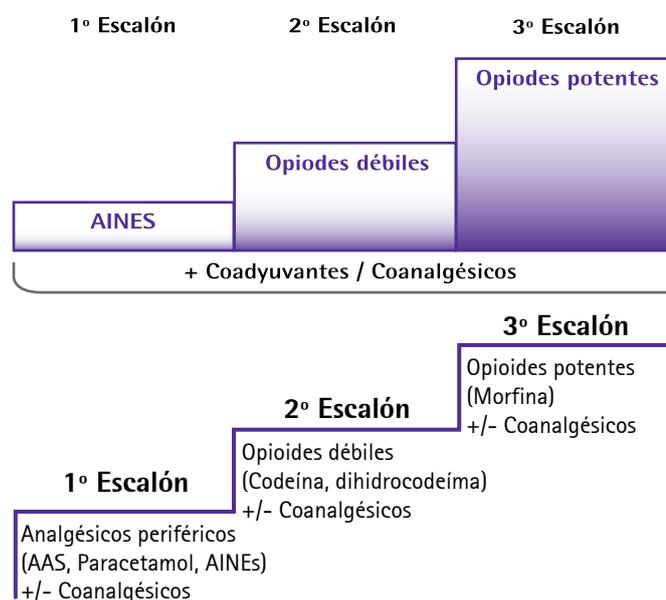
Intensidad del dolor evaluado en una escala analógica visual	Indicar fármacos
Dolores leves (puntaje 1-3/10)	Comenzar por el primer escalón
Dolores moderados (puntaje 4-6/10)	Comenzar por segundo escalón
Dolores severos (puntaje 7-10/10)	Comenzar por el tercer escalón

No es necesario atravesar secuencialmente cada escalón; un paciente con dolor severo puede necesitar comenzar directamente con el 3º escalón con requerimiento de opioides.

Un plan terapéutico efectivo para el dolor requiere:

- ▶ una comprensión clara de la prescripción e indicación: la dosis, el intervalo, la duración. Recordar dar las indicaciones de manera verbal y escrita
- ▶ monitoreo periódico
- ▶ prever y tratar los eventos adversos (dispepsia, náuseas, constipación) asociados con cada uno de los analgésicos prescritos.

Figura N°1: Escala analgésica de la OMS



**GLOSARIO:** Opiáceo: Producto químico derivado de la morfina. Sustancias que se extraen de la cápsula de la planta del opio. Opiode: aquellas sustancias endógenas ó exógenas que tienen efecto análogo a la morfina y poseen actividad intrínseca.

**Co-Analgésico:** fármaco que tiene propiedades que alivian el dolor aunque su uso farmacológico primario no es analgésico. Por ejemplo: antidepresivos y anticonvulsivantes.

**Co-Adyuvante Analgésico:** fármaco sin acción analgésica propia pero que administrado con analgésicos contribuye a disminuir el dolor por otros mecanismos. Por ejemplo: corticoides.

**Co-Adyuvante:** fármaco sin acción analgésica propia, que no contribuye a aumentar la analgesia pero mejora la calidad de vida. Por ejemplo: laxantes, antieméticos, antidepresivos

Para la utilización de la escala se debe tener en cuenta que la misma no es estática; el tratamiento comienza por el nivel que el paciente necesita según la intensidad del dolor.

No se debe progresar al siguiente escalón hasta no haber agotado las posibilidades terapéuticas del nivel actual, incluyendo los co-analgésicos.

## 1) Primer escalón: analgésicos

El primer escalón de la OMS está representado por analgésicos no opioides, que incluyen al paracetamol y a los antiinflamatorios no esteroideos. La principal ventaja de estos es la de no producir depresión respiratoria y no potenciar la depresión de la conciencia producida por los anestésicos. Tienen como desventaja su "efecto techo", es decir que pasada cierta dosis máxima, no aumentan su efecto analgésico pero sí las posibilidades de producir complicaciones graves.

**Paracetamol (acetoaminógeno).** Analgésico representativo del 1er escalón. Antipirético. Posee efectos analgésicos y antipiréticos similares a la aspirina pero con actividad antiinflamatoria débil. No genera efectos en plaquetas, tiempo de sangría ni excreción de ácido úrico. El riesgo de producir complicaciones gastrointestinales es bajo. La dosis habitual<sup>10</sup> vía oral en adultos es de 500 mg cada 4 a 6 hs. No se recomienda el uso crónico con dosis que superan los 4 grs/diarios, o el uso agudo con dosis > 6 grs/día ya que pueden causar necrosis hepática potencialmente fatal. En general debe evitarse su uso en pacientes con cualquier proceso hepático activo y reducirse en consumidores habituales de alcohol y personas con insuficiencia hepática o renal.

Puede ser usado durante todas las etapas del embarazo. Se excreta en leche materna en pequeñas cantidades.

**Antiinflamatorios No Esteroides (AINEs).** Las drogas antiinflamatorias no esteroideas (AINE's, incluyendo la aspirina) son analgésicos efectivos del primer escalón. También pueden ser utilizados como co-analgésicos. Son los fármacos más utilizados en el mundo occidental en donde 1 de cada 4 habitantes consume un envase anual de algún AINE, 1.2% de la población los toma regularmente, y el 5% en forma intermitente. Hay diferentes clases de AINE's y algunos pacientes responden mejor a alguna clase que a otra, lo que lleva a que a veces haya que cambiar de fármaco dentro del mismo subgrupo de analgésicos. Las formulaciones de liberación prolongada se asocian con mayor adherencia del paciente al tratamiento.

<sup>10</sup> Guía de Medicamentos Esenciales. Formulario Terapéutico para el Primer Nivel de Atención. 2ª edición 2014. Remediar. Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla N° 1 : Antiinflamatorios no esteroides

AINES			
Fármaco	Vía	Dosis Adultos	
		Máx. / día (mgrs.)	Intervalo (horas)
AAS (1)	Oral	4000	4 a 6
Dexketoprofeno	Oral	100	4 a 6
Ketoprofeno	Oral, im, iv	300	4 a 8
Ibuprofeno	Oral	2400	4 a 8
Naproxeno	Oral	1500	6 a 8
Indometacina (2)	Oral, rectal	150 - 200	6 a 8; 12 (r)
Keterolaco	Oral, im, iv, sc	120	6
Diclofenaco (3)	Oral, rectal, im, sc	150	6 a 8; 12 (r)
Meloxicam	Oral	15	24
Celecoxib (4)	Oral	100 - 200	12 a 24
Clonixinato de lisina	Oral, rectal	1000	6 a 8

La vía de administración aconsejada de primera elección es la vía oral, excepto en el cólico renal donde se recomienda la intravenosa (Nivel de Evidencia I. Grado de recomendación A). También están indicados los AINES tópicos en contusiones y esguinces. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)

- 1) Elevada actividad antiinflamatoria. La aspirina es un analgésico efectivo para el dolor agudo de intensidad moderada a severa. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)
- 2) Como analgésico, el de mayor potencia de los AINES.
- 3) Considerado como potente analgésico y antiinflamatorio de los más utilizados en el mundo. Una dosis única de diclofenaco es efectiva para el tratamiento del dolor postoperatorio del moderado al grave. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)
- 4) 200 mg de Celecoxib en dosis únicas son al menos tan efectivos como 650 mg de aspirina ó 1000 mg de paracetamol en el alivio del dolor postoperatorio. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)

Fuente: Guía de Práctica Clínica: Manejo del dolor agudo en Atención Primaria. <http://www.agefec.org/Al-macen/Manuales%20y%20guias/Manejo%20del%20Dolor%20agudo%20en%20AP.pdf>.  
Adaptación personal

Presentan como inconvenientes sus posibles efectos adversos representando el 30% del total de efectos adversos reportados por fármacos. Los mismos dependen del grado de selectividad del fármaco en la inhibición de la enzima cox-2. Cualquier fármaco que inhibe en forma no selectiva la enzima se asocia a gastropatía, insuficiencia renal, o inhibición de la agregación plaquetaria, independientemente de la vía de administración de la misma. El ibuprofeno por su mayor selectividad es más seguro.

En pacientes con antecedentes de úlcera gástrica o hemorragias del aparato digestivo superior, náuseas o vómitos coexistentes, caquexia, desnutrición proteica o en adultos mayores es necesaria la co-administración de protectores gástricos<sup>11</sup> como el omeprazol (20 mg/d en ayunas).

<sup>11</sup> Frank LN and colls. Guidelines for Prevention of NSAID-Related Ulcer Complications. Am J Gastroenterol 2009; 104:728-738

Para minimizar el riesgo de insuficiencia renal, incluyendo la necrosis papilar, se debe asegurar una buena hidratación y adecuada diuresis en estos pacientes. Los AINE's no selectivos deben ser utilizados bajo estricto control en aquellos pacientes con enfermedad renal previa. En pacientes con contraindicación a los AINE's no selectivos, podría estar indicado el uso de AINE's con inhibición selectiva de la cox-2.

**Uso de AINE's en el embarazo.** Casi no existen estudios controlados del uso de AINE's en el embarazo. Los riesgos teratogénicos potenciales son:

- > durante la blastogénesis puede ocurrir muerte fetal
- > durante la embriogénesis pueden ocurrir malformaciones
- > durante el 2do y 3er trimestre pueden ocurrir anomalías funcionales.

No es aconsejable el uso de ninguno durante el embarazo. Sin embargo cuando la relación riesgo-beneficio lo justifique, solo usar fármacos de probada seguridad a la dosis mínima terapéutica y durante el menor tiempo necesario. El AAS debe evitarse durante el último trimestre del embarazo, siendo el paracetamol el analgésico de elección para utilizar en el embarazo.

Como ejemplo de los AINE's de uso habitual se describirá el ibuprofeno.

**Ibuprofeno:** fármaco de elección como analgésico y antiinflamatorio. Eficacia similar a otros antiinflamatorios no-esteroides (AINE's) y menor incidencia de efectos adversos. Como todos los AINE's inhibe la síntesis de prostaglandinas. Posee acciones antiinflamatorias, analgésicas y, también antipiréticas. Útil en el dolor postoperatorio, dental, episiotomía, dismenorrea, en el tratamiento de dolores musculares, para lesiones de tejidos blandos (esguinces y distensiones), en hombro congelado (capsulitis), en artritis reumatoidea, osteoartritis anquilosante y psoriática, y en poliartritis crónicas.

**Dosis vía oral en adultos:** inicialmente 1,2-1,8 grs/día, divididas en 3-4 tomas. Preferentemente después de las comidas. Dosis de mantenimiento de 0,6-1,2 grs día.

En comparación con otros AINE's presenta menores efectos gastrointestinales, lo que lo distingue como fármaco de elección en el tratamiento del dolor y la inflamación leves a moderados. Los efectos gastrointestinales más frecuentes son: náuseas, dolor epigástrico, pirosis, diarrea, vómitos, indigestión, constipación, espasmos o dolor abdominal, meteorismo y flatulencia. Raros (menos de 1%): úlcera gastroduodenal, hemorragia gastrointestinal, pancreatitis, melena, gastritis, hepatitis, ictericia, alteraciones de las pruebas de la función hepática. Comparte con los demás AINE's los efectos adversos cardiovasculares. A altas dosis, más de 1.200 mg, es uricosúrico y a 600 mg retiene uratos.

No se recomienda en embarazo y lactancia, salvo que los beneficios superen los riesgos.

Figura Nº 2: Uso racional del primer escalón

1ra línea	2da línea	Reserva
AAS Paracetamol Ibuprofeno	Ibuprofeno Naproxeno Diclofenac Ketoprofeno	Indometacina Piroxicam
Dolor Fiebre	Inflam. aguda Inflam. crónica	Inflam. aguda Inflam. crónica refractaria

## 2) Segundo escalón: opioides débiles

El segundo escalón está representado por opioides débiles: codeína, tramadol, dextropropoxifeno. Logran su pico máximo de acción a los 60-90 minutos de una ingesta oral o una administración rectal, 30 minutos luego de una administración subcutánea y solo 6 minutos luego de una inyección intravenosa.

Ver anexo 1 las normas para la prescripción de opioides.

## 3) Tercer escalón: opioides fuertes

En este escalón se encuentran disponibles en nuestro país la morfina, oxicodona, metadona y fentanilo.

### Esquemas en la administración de los opioides:

- ▶ liberación inmediata
- ▶ liberación prolongada
- ▶ dosis de rescate.

*Esquemas de liberación inmediata.* Si el dolor es continuo y se decide optar por esta modalidad terapéutica, se deben administrar opioides cada 4 hs. La mejor respuesta se obtendrá a las 24 hs, a excepción de la metadona que es a las 48 hs. Se le debe proveer al paciente fórmulas de rescate del mismo medicamento que él utilizará a demanda en aquellos momentos de reagudización del dolor (dosis de rescate). Si a las 24 hs el dolor permanece sin control, se deberá incrementar la dosis en un 15-30% en los casos de dolor leve a moderado y entre un 30-50% en los casos de dolor severo. Otra opción es sumar las dosis de rescates administradas al total de la dosis recibida el día anterior mientras dichos rescates hayan aliviado el síntoma.

No debe retrasarse el aumento de la dosis ya que estos retrasos solo prolongan el dolor en el paciente en forma innecesaria. Si el dolor es severo a pesar de los aumentos de dosis es importante reevaluar integralmente, analizar los mecanismos de producción que generan el dolor y/o las complicaciones que lo incrementan, considerar el uso de adyuvantes y

tener presente la interconsulta con un especialista en dolor en el segundo o tercer nivel de atención. Se debe monitorear el estado clínico del paciente hasta el control del dolor.

**Esquemas de liberación prolongada.** Están disponibles para opioides fuertes y también para tramadol (opioide de 2do escalón o débil) los comprimidos de liberación prolongada.

La principal ventaja de estos preparados es que permiten menor frecuencia de dosis, con lo cual mejora la adherencia y compliance del paciente. Estos preparados están específicamente formulados para controlar el dolor durante 8, 12 o 24 hs. Los comprimidos deben ser ingeridos en forma entera, sin masticar ni triturar, para conservar su propiedad, o bien pueden ser disueltos en líquidos y luego ser administrados a través de una sonda o un tubo de alimentación enteral en caso necesario. El mayor beneficio de estas formulaciones se observa a los 2 a 4 días de comenzada su utilización, por lo que la dosis no debe ser modificada hasta tanto no haya transcurrido ese período de tiempo.

**Dosis de rescate.** Para aumentar la efectividad de las mismas y disminuir el riesgo de efectos adversos, se debe utilizar el mismo opioide que viene utilizando el paciente pero de liberación inmediata. En el caso en que el paciente esté utilizando fentanilo transdérmico, se recomienda utilizar opioides de corta acción como la morfina o la oxicodona, como dosis de rescate. Si la función renal estuviera alterada, la opción de rescates se realizaría con metadona, con control estrecho. La "dosis de rescate" se debe calcular a razón del 10 al 15% de la dosis diaria y se debe ofrecer a razón de una por hora en casos de opioide oral, no metadona; hasta cada dos horas en caso de usar rescate de metadona; y hasta cada 30 minutos si se administra en forma subcutánea o intravenosa.

Tabla N° 2 : Analgésicos opioides sintéticos

Medicación	Dosis Recomendada Oral Parenteral Transdérmico	Comentario
<b>Agonistas Puros: receptor Opiodes <math>\mu</math> (mu). Son los que tienen un mayor perfil analgésico</b>		
<b>Morfina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprimidos de liberación rápida 10-20 mg/4 hs.</li> <li>- Comprimidos de liberación prolongada 60-90-120 mg/12 hs.</li> <li>- vía subcutánea o intravenosa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es el más utilizado de los opioides.</li> <li>- El alivio del dolor no es distinto entre morfina de liberación sostenida y la de liberación inmediata. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)</li> </ul>
<b>Fentanilo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponible en parches de 25-50-100 mg/hs.</li> <li>- También disponible en forma de citrato absorbible a través de mucosa oral, (200-400-600-800-1200 mg) siendo una opción de tratamiento efectiva para el dolor. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La presentación oral y transmucosa es más eficaz que el placebo y que la morfina de liberación inmediata para tratar el dolor irruptivo (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A), siéndolo tanto como la morfina intravenosa para paliar el dolor postoperatorio debido a cirugía abdominal. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)</li> </ul>

Agonista Relación Codeína		
Codeína	- 30-60 mg v.o. cada 4/6 hs.	-Se asocia con paracetamol o AAS. Hay pacientes resistentes al efecto analgésico. -Dosis de 60 mg asociada a paracetamol produce alivio adicional del dolor, pero puede estar acompañado por un aumento del adormecimiento y vértigo. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A).
Dihydrocodeína	- 60 mg v.o. cada 12 hs.	-Perfil similar a la codeína, y una administración más cómoda.
Oxicodona	- Inicio 10mg/12 hs v.o. (10-20-40-80 mg).	-Es tan efectiva como la morfina y/o metadona. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A). - 10 mg de oxicodona equivale a 20 mg de morfina oral.
Agonista Opoide Sintético		
Meperidina	- 150 mg/d v.o.	- Produce metabolitos tóxicos de larga vida media que pueden producir convulsiones. - Contraindicados totalmente en asociación con inhibidores de MAO.
Agonista Opoide Sintético		
Dextropropoxifeno	- 65-100 mg/hs v.o.	-Puede combinar con paracetamol con eficacia similar a 100 mg de tramadol, pero con una incidencia menor de efectos adversos (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A). -Produce metabolitos tóxicos de larga vida media que pueden producir convulsiones y cardiopatía. La FDA lo retiró del vademecum y ANMAT sugiere fuertes restricciones a su uso.
Tramadol	50 - 100 mg v.o. cada 6 hs. Existe fórmula de liberación prolongada: 100-150-200 mg cada 12 hs v.o. Vía i.m. o s.c: ampollas 100 mg. Presentación en gotas: al 5 % (50 mg /ml) y al 10%(100 mg/ml), donde 1ml: 20 gotas.	-Sus efectos adversos más frecuentes son mareo, náuseas y vómitos. Mayor potencia analgésica que codeína. Con paracetamol se produce sinergismo sin aumento de efectos secundarios (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A). -Posibilidad dosis rescate: presentación gotas. -Es un tratamiento eficaz para el dolor neuropático. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A).

### Opiodes Agonistas Parciales : receptor Opioides $\mu$ 50%. Tienen techo terapéutico

<b>Buprenorfina</b>	<p>-Vía transdérmica: parches de 5 mg (libera 5 mcg/hora), 10 (libera 10 mcg/hora) y 20 mg (libera 20 mcg/hora) Se cambian cada 7 días (equivalen a 0.8-1.2 y 1.6 mg/día comprimidos sublinguales) presentando buena adhesión al tratamiento. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación D)</p> <p>-Vía sublingual: comprimidos de 0.2-0.4-2-8 mg.</p> <p>En nuestro país no se comercializa buprenorfina en comprimidos, sólo hay parches transdermicos.</p>	<p>Buena tolerancia vía transdérmica. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A).</p> <p>-Su absorción es muy buena por cualquier vía de administración.</p> <p>-Tiene mínimos efectos cardiovasculares.</p> <p>-Al ser agonista parcial, la reversión con las dosis habituales de naloxona es sólo parcial, se emplearán dosis superiores para reversión completa.</p>
---------------------	---	--

Fuente: Guía de Práctica Clínica: Manejo del dolor agudo en Atención Primaria. <http://www.agefec.org/Almacen/Manuales%20y%20guias/Manejo%20del%20Dolor%20agudo%20en%20AP.pdf>

### Dolor óseo

El dolor óseo puede ser constante durante el reposo, con picos de intensidad con los movimientos. Suele ser el resultado de cambios mecánicos debidos a metástasis, compresiones o fracturas patológicas. Los opioides son el eje fundamental en el manejo del dolor óseo. Los AINE's, los corticoides, los bifosfonatos (alendronato o pamidronato), la calcitonina, o incluso la radioterapia son todas opciones adicionales que se pueden sumar de acuerdo a un criterio adecuado a la patología de base.

Cuando no hay ninguna intervención ortopédica definitiva que pueda proveer alivio, la utilización de ortesis externas (muletas, andadores, etc.) pueden proveer alivio al paciente, así como aumentar la base de sustentación, efecto antiinflamatorio por inmovilización y evitar mayores traumatismos.

### > Vías de administración de los opioides

Como principio general la primera vía de administración será la oral por ser la menos invasiva. Sin embargo, algunos pacientes pueden beneficiarse con la utilización de otras vías de administración que no sea la oral por disfagia, vómitos, obstrucción esofágica, etc. Otra alternativa son los preparados que se disuelven en la boca o sublinguales que permiten la absorción de los fármacos a través de la mucosa oral.

La administración transrectal se comporta farmacológicamente de forma similar a los preparados orales. Sin embargo, a pesar de su alta efectividad, no suele ser una vía fácilmente aceptada por los pacientes.

Aquellos pacientes que reciben dosis estables de opioides pueden utilizar los parches transdérmicos. Se debe prestar especial atención a la zona de colocación de los mismos, zonas sin vellos y que no se despeguen con el baño o la sudoración.

La administración parenteral tanto de dosis intermitentes como en infusión continua, incluye la vía intravenosa y la subcutánea. La potencia puede variar ligeramente entre estas rutas. La absorción de los opioides vía intramuscular es muy errática, por lo tanto no se recomienda su utilización.

## > Efectos adversos

El uso de opioides se asocia con varios y frecuentes efectos adversos que pueden aparecer incluso ante una única dosis. Los mismos pueden ser fácilmente manejados y la mayoría de los pacientes desarrollan tolerancia farmacológica a los mismos en poco tiempo.

*Náuseas/vómitos:* entre el 15 y 30% de los pacientes experimentan náuseas acompañadas o no de vómitos cuando comienzan a recibir opioides. Estas son fácilmente anticipables y tratables con el uso de antieméticos. Suelen desaparecer en 3-4 días a medida que se desarrolla la tolerancia a los opioides. Se puede utilizar 10 mg de metoclopramida o proclorperazina antes de cada dosis de opioides o incluso cada 6 hs. Si hubiera resistencia a metoclopramida, puede ser una opción el uso de 1 mg de haloperidol administrado de la misma forma.

*Constipación:* secundaria al uso de opioides es universal, llegando a afectar a casi el 90% de los pacientes. Por otro lado, la tolerancia a la misma se desarrolla muy lentamente por lo que siempre requiere de tratamiento. Se puede anticipar la misma con intervenciones en la dieta, aumentando los líquidos y las fibras, pero estas medidas no suelen ser suficientes. Es necesario contrarrestar este efecto con el uso rutinario de laxantes e ir escalando la dosis de los mismos hasta obtener el efecto deseado. Los agentes proquinéticos como la metoclopramida puede co-adyugar también. Si la constipación persiste se puede agregar un agente osmótico como la leche de magnesia, la lactulosa o el sorbitol para disminuir la consistencia de la materia fecal.

*Somnolencia:* ocurre en el 20% de los pacientes que comienzan un tratamiento con opioides. A pesar que rápidamente se desarrolla la tolerancia a los mismos, ésta puede re-agudizarse con los rápidos aumentos de dosis. La incidencia de la misma puede disminuir al ajustar la dosis llegando incluso a ser necesario, en algunos casos, rotar de opioide. Hay trabajos que han demostrado que el metilfenidato<sup>12</sup> en dosis de 5 a 15 mg/d disminuye en un 60% la sedación producida por los opioides (se recomienda iniciar de dosis bajas sobre todo en ancianos).

*Prurito-urticaria:* algunos pacientes desarrollan urticaria o prurito con los opioides. Mientras el paciente reciba opioides se pueden co-administrar antihistamínicos de larga duración, no sedativos, como la fexofenadina 60 mg c/12 hs o difenilhidramina o loratadina de 10-30 mg día.

*Depresión respiratoria:* el temor a la depresión respiratoria secundaria al uso de opioides es una de las principales causas del uso sub-terapéutico de los mismos<sup>13</sup>. La incidencia de aparición esta demostrada que es excesivamente baja en la población general, dentro de indicaciones supervisadas y con monitoreo adecuado.

Existe la creencia de que la administración de analgésicos opioides para el manejo del dolor causa adicción. Este mito solo lleva a un inadecuado control del dolor. La adicción está caracterizada por la dependencia psicológica de los fármacos junto con un síndrome conductual caracterizado por un uso compulsivo y continuo de las drogas a pesar de su posible daño. Se debe prestar especial atención para diferenciar un abuso de sustancias de una pseudo-adicción debida a un tratamiento sub-óptimo del dolor.

<sup>12</sup> Benjamin R, Buenaventura R, Glaser S. Opioid Complications and Side Effects. Pain Physician 2008;opioid Special issue:11:S105-S120

<sup>13</sup> Miaskowski C, Bair M, Chou R, and cols. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. 6th ed. Glenview: American Pain Society; 2008

La dependencia física es el resultado de cambios neurofisiológicos que ocurren debido a los opioides exógenos. La suspensión abrupta de los opioides pueden resultar en una abstinencia caracterizada por taquicardia, hipertensión, diaforesis, piloerección, náuseas y vómitos, diarrea, dolores generalizados, dolor abdominal, psicosis y/o alucinaciones.

## > Co-adyuvantes

La medicación co-analgésica o co-adyuvante son medicamentos que habitualmente tienen otras indicaciones específicas pero que cuando son agregados a los analgésicos primarios, mejoran el control del dolor.

Muchos de los fármacos que se van a describir fueron concebidos originalmente para otros fines pero la mayoría de los profesionales que tratan dolor los indican junto con los analgésicos primarios. Recuerde que los co-analgésicos pueden incluirse en cualquier punto de la escalera analgésica de la OMS.

**Antidepresivos tricíclicos:** los antidepresivos tricíclicos son de primera línea en pacientes con dolor neuropático. El dolor neuropático, caracterizado por dolor descrito como "quemante" u "hormigueo", generalmente requiere de adyuvantes analgésicos además de los opioides para lograr el manejo adecuado.

El antidepresivo tricíclico más estudiado es la amitriptilina. Se debe iniciar la terapia con dosis bajas y aumentarlas gradualmente. Dosis bajas, entre 10 y 25 mg vía oral antes de acostarse son efectivas en 2 o 3 días. La dosis puede incrementarse cada 4 a 7 días hasta lograr el control del dolor o aparezcan efectos adversos. En pacientes ancianos, con hepatopatía o nefropatía, la dosis inicial debe ser 10 mg.

Los principales efectos adversos son la somnolencia y la constipación. Como alternativa puede considerarse el uso de desipramina que tiene mínimo efecto anticolinérgico o sedativo. La dosis es similar a la de la amitriptilina. Los antidepresivos tricíclicos deben usarse con precaución en pacientes con enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio) y no se deberán administrar en pacientes que muestren alargamiento del QT o problemas de conducción (arritmias cardíacas, bloqueo A-V, etc.).

### Las reacciones adversas más características son:

>**frecuentemente (10-25%):** sedación y efectos anticolinérgicos, con sequedad de boca, estreñimiento que ocasionalmente puede inducir un íleo paralítico, retención urinaria, visión borrosa, trastornos de la acomodación, glaucoma e hipertermia.

>**ocasionalmente (1-9%):** somnolencia; hipotensión ortostática y taquicardia especialmente en ancianos, arritmia cardíaca, depresión miocárdica, cambios en el electrocardiograma (prolongación en los intervalos QT y QRS); erupciones exantemáticas, leucopenia, agranulocitosis, ictericia colestática y aumento de peso.

>**raramente (<1%):** confusión especialmente en ancianos, reducción de la

concentración, alucinaciones, pesadillas, manía, parestesia, cefalea, neuropatía periférica, ataxia, temblor, convulsiones, tinnitus, estomatitis, náuseas, vómitos, alteraciones del gusto (sabor agrio o metálico), fotodermatitis, disartria, conjuntivitis, anisocoria, mialgia, galactorrea, impotencia sexual, pérdidas menstruales.

El tratamiento debe ser suspendido inmediatamente en el caso de que el paciente experimente algún episodio de convulsiones, fiebre con sudoración, hipertensión o hipotensión, dificultad en la respiración, pérdida de control vesical o rigidez muscular grave.

La interrupción brusca del tratamiento después de la administración prolongada puede producir un efecto rebote con náusea, cefalea y malestar.

**Gabapentin.** El gabapentin es otro adyuvante en todos los dolores neuropáticos. La dosis de inicio es de 100 mg c/8 hs y se va aumentando la dosis paulatinamente cada 1 o 2 días en dosis de 100 mg para disminuir el riesgo de aparición de efectos adversos (mareos principalmente). La dosis máxima es de 3600 mg/d.

**Carbamazepina.** La carbamazepina es otra alternativa. Se debe comenzar a dosis de 100 mg c/8 o 12 hs y se debe incrementar en dosis de 100 o 200 mg cada 5 o 7 días hasta lograr el efecto deseado. Muy útil en pacientes con dolor de origen neuropático. Se absorbe en forma lenta e irregular por vía oral y alcanza su mayor concentración plasmática en 4 a 8 hs, pero puede retrasarse hasta 24 hs. Se metaboliza en hígado y se elimina por vía renal. Este fármaco produce autoinducción de las enzimas hepáticas por lo cual apresura su propio metabolismo y va decreciendo gradualmente su concentración plasmática. Efectos adversos: somnolencia, vértigo, diplopia, ataxia, visión borrosa, cefaleas y reacciones cutáneas de hipersensibilidad, efectos sobre SNC, sobre aparato gastrointestinal, cardiovasculares. Puede causar depresión sobre la médula ósea.

**Corticoesteroides.** Los corticoides son frecuentemente utilizados en pacientes con dolor. Pueden ser beneficiosos ante compresiones nerviosas agudas, aumento de la presión intracraneal, dolor óseo, anorexia, y/o náuseas. La dexametasona es el corticoide de mayor vida media y con menor efecto mineralocorticoide, siendo de elección. Puede ser administrada una vez al día en dosis entre 2 y 20 mg por boca. Se debe respetar el ritmo circadiano esteroideo, por lo que se deben administrar a las 8 hs, y nunca después de las 16 hs, para evitar el insomnio. Como alternativa se podrá usar prednisona en dosis de 20 a 100 mg/d. El uso crónico se asocia a efectos adversos como miopatía proximal, candidiasis oral y desmineralización ósea, pero todos ellos deben evaluarse en cada paciente, dado el grado de avance de la enfermedad causante. La interrupción brusca de una dosis alta o la administración prolongada tiene riesgo de recurrencia súbita del cuadro tratado y de insuficiencia suprarrenal, que suele ser leve y pasar desapercibida, aunque en algunos pacientes puede ser grave y amenazar la vida. La administración continuada de corticoides por vía sistémica puede producir hábito cushingoide, intolerancia a la glucosa, inmunosupresión, hipertensión arterial, retención hidrosalina, miopatía, psicosis y osteoporosis. Para evitar esta última enfermedad, los que reciben tratamiento prolongado con corticoides deben recibir suplemento con calcio y vitamina D3. Los corticoides pueden agravar una úlcera preexistente. La administración conjunta con alcohol o analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios no esteroideos, puede aumentar el riesgo de úlcera o hemorragia

gastrointestinal. Pueden alterar los resultados de análisis clínicos de: glucosa en sangre y orina, hormonas tiroideas, colesterol, calcio, potasio y pruebas cutáneas de tuberculina. También pueden administrarse por otras vías.

**Antieméticos.** Los antieméticos juegan un rol esencial como co-adyuvantes ya que el uso de algunos grupos de analgésicos (especialmente los opioides) se asocia a náuseas y vómitos. Se recomienda la prevención de los mismos con metoclopramida dosis de 10 mg, 30 minutos antes de la dosis analgésica, o en forma reglada administrando la misma dosis cada 4 hs por vía oral, intravenosa y subcutánea.

**Relajantes musculares.** Frecuentemente los pacientes con dolor adoptan posiciones antálgicas favoreciendo la aparición de contracturas musculares que en forma cíclica contribuyen a empeorar el cuadro. Ellos pueden beneficiarse del uso de relajantes musculares periféricos:

- > carisoprodol: 350 mg cada 6-8 hs vo
- > piridinol: 4 mg/d vo 1 a 3 veces por día
- > baclofeno: 10-30 mg/d, en dosis de incremento y descenso progresivo, iniciando por 5-10mg/día

**"Refuerzos o dosis extras o de rescate" de opioides.** Transitoriamente pueden ocurrir episodios de dolor agudo (reagudización), que pueden desencadenarse durante el movimiento (dolor incidental), o incluso el reposo (dolor espontáneo). Cuando estos episodios duran más de unos minutos se recomiendan las dosis de rescate. Debe indicarse una dosis de rescate por hora hasta tanto se obtenga el alivio del dolor. Las dosis deben ser calculadas en forma equivalente al 10% de la dosis diaria. Una vez que se haya estabilizado el dolor se podrá pasar a las formulaciones de "liberación sostenida", fraccionando en dos tomas diarias la dosis total, incluidos los rescates.

**El uso de analgésicos según la escala de la OMS requiere los siguientes seis principios:**

- 1) Por "boca". La vía oral es de elección y en su defecto la vía subcutánea.
- 2) Por "reloj". El dolor como síntoma "fijo" requiere suministro "fijo" de analgésicos, a intervalos regulares.
- 3) Por "escalera". Si con la dosis máxima de un fármaco de un escalón, y la aplicación combinada adecuada del resto de los fármacos co-analgésicos, no se alcanza el alivio, se deberá pasar al siguiente escalón.
- 4) Personalizado. La dosis adecuada para cada paciente es aquella que alivia el síntoma con los mínimos efectos adversos posibles.
- 5) "Atención a los detalles". No dar cosas por supuestas; Preguntar siempre ¿Por qué?; "Escucha activa" del enfermo
- 6) Monitorear la respuesta al tratamiento.

## > Medidas no farmacológicas

Si bien el tratamiento farmacológico es el pilar del tratamiento del dolor, siempre debe considerarse todas las opciones terapéuticas disponibles al momento de establecer un plan de acción con el paciente. Muchos pacientes han experimentado resultados beneficiosos a través de técnicas neuroestimuladoras, incluyendo la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS), la acupuntura, la terapia física, el biofeedback y la psicoterapia.

*Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS).* Es una técnica analgésica, no invasiva, y fácil de utilizar que se basa en la aplicación local de impulsos eléctricos en los que se puede modificar la intensidad de la onda eléctrica que se aplica. Está indicado principalmente en el tratamiento de dolores agudos y crónicos localizados, de origen neuropático, isquémico y/o somático, como coadyuvante del tratamiento farmacológico. No es útil en el dolor post-quirúrgico.

*Acupuntura.* La acupuntura puede ser una herramienta útil como co-adyuvante del tratamiento del dolor especialmente en pacientes con cefaleas, lumbalgia, síndrome del túnel carpiano, fibromialgia, y osteoartritis<sup>14</sup>. Se basa en la inserción de finas agujas en puntos específicos. Un estudio randomizado, multicéntrico y doble ciego realizado en Alemania en el año 2007, comprobó que la acupuntura es más eficaz que los tratamientos convencionales para aliviar el dolor lumbar. El resultado se obtuvo sometiendo a 1.162 pacientes de 50 años de edad y con dolencias lumbares a 13.475 tratamientos a lo largo de seis meses. El 80% de los tratados con acupuntura mejoraron, frente al 27% de los pacientes tratados con medicinas y ejercicios físicos<sup>15</sup>. A la fecha en nuestro país la práctica de la acupuntura está legislada y debe ser realizada solo por médicos.

*Técnicas de relajación.* Están indicadas en aquellos pacientes en los que la ansiedad, la contractura muscular o el miedo son marcadores de su quehacer diario. Se basan en el control de la contractura muscular y en el control de la respiración para evitar el ciclo tensión-dolor-tensión. Han demostrado eficacia en la disminución de los efectos secundarios en pacientes con cáncer y en aquellos con cefalea<sup>16</sup> (disminución de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, el dolor, y variables emocionales).

<sup>14</sup> "Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la Acupuntura". OMS. Ginebra. 2002

<sup>15</sup> Haake M, Schade-Brittinger C. "German Acupuncture Trials (GERAC) for Chronic Low Back Pain Randomized, Multicenter, Blinded, Parallel-Group Trial With 3 Groups" Arch Intern Med. 2007;167(17):1892-1898

<sup>16</sup> Silbertstein S. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review) report of the quality standards subcommittee of the American Academy of neurology. Neurology 2000; 55; 754

## ► Ejercicio 1 de Comprensión y Aplicación

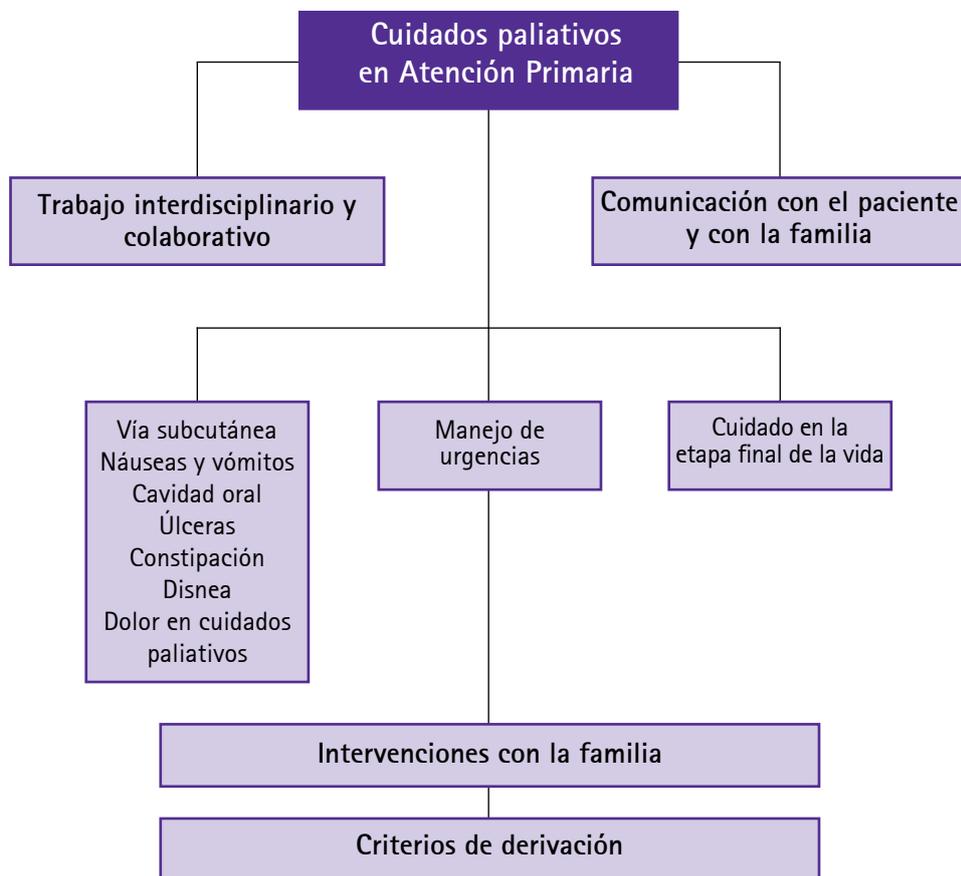
Marque V (verdadero) si considera que el enunciado es correcto y F (falso) si es incorrecto.

		V	F
1	Se considera que el dolor crónico es una enfermedad.		
2	El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuente en el primer nivel de atención.		
3	El dolor es una experiencia emocional desagradable asociada en todos los casos a una lesión tisular.		
4	La aplicación de una escala multidimensional es suficiente para realizar la evaluación del paciente con dolor.		
5	La intensidad del dolor siempre va asociada con la gravedad del mismo.		
6	El dolor crónico es más fácil de cuantificar.		
7	Las escalas unidimensionales se utilizan para evaluar la intensidad del dolor.		
8	Las escalas multidimensionales se utilizan principalmente para evaluar el dolor crónico.		
9	El Inventario Breve del Dolor (BPI) es una escala que explora intensidad y localización del dolor y también la interferencia que tiene el dolor en las actividades de la vida diaria.		
10	Los dolores oteoarticulares son un ejemplo de dolor somático.		
11	El dolor neuropático es causado por la lesión de estructuras del sistema nervioso periférico y/o central.		
12	El dolor visceral se caracteriza por ser difuso, mal localizado.		
13	El dolor psicógeno es una simulación.		
14	Se considera dolor mixto cuando diferentes tipos de dolor se suman o cuando distintos tipos de dolor aparecen en la evolución de la enfermedad.		
15	La utilización de placebos está justificada como estrategia para evaluar la respuesta del paciente.		
16	Si en la evaluación del dolor realizada con una escala analógica visual se obtiene un puntaje 1-3/10 se considera dolor leve y corresponde iniciar tratamiento con los analgésicos incluidos en el 1º escalón.		
17	En caso de dolor severo (puntaje 7-10/10) el tratamiento se inicia prescribiendo opioides fuertes (3º escalón).		

		V	F
18	La dosis adecuada para cada paciente es aquella que alivia el síntoma con los mínimos efectos adversos posibles.		
19	Corresponde prescribir los fármacos del 3º escalón cuando no se logra el alivio con la dosis máxima de un fármaco y co-analgésicos del 2º escalón.		
20	En todos los casos el tratamiento del dolor debe comenzar por el 1º escalón de la Escalera terapéutica de la OMS.		

Compare sus respuestas con las que figuran en el  
Anexo 3 Clave de respuestas

# Cuidados Paliativos



El cambio en los patrones de morbilidad y el aumento de la expectativa de vida de la población determinaron un aumento en el número de pacientes que cursan Enfermedades con Riesgo de Vida en Estadío Avanzado (ERVEA) como por ejemplo cáncer, VIH, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, hepáticas y renales entre otras<sup>17</sup>.

Estos pacientes tienen múltiples síntomas y problemas de salud, psíquicos y emocionales sociales y existenciales; están expuestos al sufrimiento por un período variable de tiempo (días, meses, a veces años) con declinación clínica y progresiva, lo cual tiene importante repercusión en sus familias.

El paciente y su familia componen una unidad de tratamiento (UT) con necesidades específicas que requieren evaluación y tratamiento<sup>18</sup>.

Minimizar el sufrimiento de la mejor manera posible es un objetivo de la Medicina y un derecho de los pacientes pero el modelo médico actual se centra casi exclusivamente en la cura de las enfermedades y no otorga la importancia suficiente al control del sufrimiento.

<sup>17</sup>The solid facts. Palliative Care. Ed. Davies E, Higginson IE. World Health Organization Europe. 2004. <http://www.euro.who.int/>

<sup>18</sup> Field, J. and Christine K. Approaching death: improving care at the end of life. Committee on Care at the End of Life, Division of Health Care Services, Institute of Medicine; Cassel Editors. National Academy Press, Washington, D.C. 1997

<sup>19</sup> WHO. National Cancer Control Programs: Policies and Managerial Guidelines, 2nd Ed. Geneva: WHO, 2002

<sup>20</sup> Wenk R, Bertolino M. Palliative care development in South America: a focus on Argentina. J Pain Symptom Manage. 2007 May;33(5):645-50

<sup>21</sup> International Association for Hospice and Palliative Care. IAHPC List of Essential Practices in Palliative Care. Houston: IAHPC Press, 2012

El Cuidado Paliativo (CP) reconoce la importancia de la cura y también del control del sufrimiento; propone complementar el modelo curativo con la consideración y utilización de todas las oportunidades posibles para mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno<sup>19</sup>.

Cuidado Paliativo es un modelo asistencial que tiene como propósito mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan enfermedades potencialmente letales y la de sus familias. Se focaliza en la prevención y el control del sufrimiento a través de la identificación precoz, evaluación y tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y existenciales.<sup>20</sup>

La naturaleza y la importancia del CP como un componente esencial de la atención es cada vez más reconocido por los profesionales de la salud, la comunidad y los responsables de la planificación sanitaria. En Argentina la evolución del CP en últimos 20 años ha sido muy significativo, sin embargo, se estima que sólo lo reciben entre 1-5 % de los pacientes que lo necesitan. La mayoría de nuestra población no tiene acceso adecuado al CP, lo que se traduce en sufrimiento innecesario<sup>20</sup>. La disponibilidad y la accesibilidad todavía son limitadas; las causas de este déficit son numerosas pero una de ellas es que la mayoría de los servicios de CP se encuentran en los centros de atención de segundo y tercer nivel de complejidad.

Es importante considerar que el 70 % aproximadamente de las personas que requieren cuidados paliativos pueden ser tratados en forma ambulatoria en el primer nivel de atención por médicos de familia, clínicos y/o enfermeros que hayan adquirido las competencias básicas de CP. El resto de los pacientes (30 %) pueden presentar problemas de mayor complejidad que requerirán la intervención de equipos especializados en cuidados paliativos.

El propósito de esta capacitación es brindar los conocimientos básicos de CP para que los profesionales del primer nivel de atención puedan incorporar los principios y técnicas de CP en sus tareas habituales de asistencia de pacientes con ERVEAs.

En esta Unidad trabajaremos bajo el marco propuesto por el IAHPC ( International Hospice of Palliative and Hospice Care), siguiendo los temas que figuran en la Lista de Prácticas Esenciales de Cuidado Paliativo<sup>21</sup>. Este listado incluye las prácticas esenciales en cuidados paliativos que pueden ser provistos por médicos y enfermeros y que reúne la mayoría de las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del cuidado de los pacientes y sus familias:

- ▶ Trabajo interdisciplinario y colaborativo
- ▶ Comunicación en Cuidados Paliativos
- ▶ Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea
- ▶ Náuseas y vómitos
- ▶ Cuidado de la cavidad oral
- ▶ Úlceras por presión
- ▶ Constipación
- ▶ Disnea
- ▶ Dolor
- ▶ Urgencias
- ▶ Compresión medular aguda
- ▶ Síndrome de vena cava superior

- ▶ Hemorragias
- ▶ Cuidados en la etapa final de la vida.

## Evaluación de necesidades

El Cuidado Paliativo (CP) es una modalidad de atención integral que asigna gran valor a la evaluación multidimensional del paciente y de su familia. Se considera fundamental reconocer los distintos factores que son significativos y comprender cómo interactúan e influyen en la evolución de la enfermedad.

La evaluación facilita la identificación de problemas y necesidades, los que son manifestados por el paciente, la familia y/o los detectados por el equipo de salud.

La identificación y evaluación de necesidades o problemas activos en cada área de evaluación y su análisis integral permite plantear las acciones posibles e implementar las estrategias de intervención correspondientes.

El propósito de la evaluación multidimensional<sup>22</sup> es analizar objetivos terapéuticos posibles de acuerdo al pronóstico, la evolución y los recursos disponibles. Se trata de diferenciar objetivos curativos de objetivos de alivio o soporte.

En la evaluación se deben considerar los diferentes aspectos mencionados en la siguiente tabla:

Tabla N° 3 : Unidad de tratamiento: paciente-familia con características únicas según edad, género, cultura, biografía

Patología	Aspectos físicos	Aspectos psicológicos	Aspectos sociales
Tipo y fecha de diagnóstico Pronóstico Co-morbilidades	Intensidad del dolor y otros síntomas Capacidad funcional y autonomía	Emociones, vínculos Humor, estado cognitivo Trastornos psicológicos	Cambios de roles Finanzas Familia y redes comunitarias
Aspectos espirituales	Aspectos prácticos	Aspectos de fin de vida	Duelo
Creencias Sentido de la vida Esperanza Religión y rituales	Actividades vida diaria Accesibilidad a atención profesional Accesibilidad a medicación	Preferencias y posibilidades de atención Directivas anticipadas (No reanimación) Legados, necesidades de la familia	Apoyo en duelo normal Detección de duelo complicado; derivación a psicología.

Fuente: Patty W. Palliative Medicine Pocket Companion. The Basics. The Institute for Palliative Medicine. San Diego Hospice. Pág.9:2009

**Aspectos físicos:** identificar y registrar la presencia e intensidad de los síntomas, posibles causas o factores generadores. Potenciales complicaciones que requieran interconsulta o derivación.

**Aspectos psico-espirituales:** evaluar el conocimiento y la comprensión del diagnóstico, de la posible evolución de la enfermedad y de las expectativas con los tratamientos. Valorar el humor, los factores de estrés y posibles desordenes psicológicos (depresión, ansiedad, trastornos de adaptación, trastornos cognitivos o delirium).

<sup>22</sup> Fuente: Adaptada de Ferris F, y col. A Model to Guide Hospice Palliative Care: Base on National Principles and Norms of Practice. Canadian hospice Palliative Care Association, 2002

Indagar sobre personalidad previa y adaptación a las dificultades. Evaluar los antecedentes psicológicos o psiquiátricos de riesgo, las redes de apoyo, los recursos religiosos y espirituales.

*Aspectos socio-familiares:* evaluar la dinámica y los recursos en la organización familiar, las posibilidades de apoyo económico y de ayuda en la tarea de cuidar al paciente. Considerar el riesgo de claudicación familiar.

Analizar los estilos familiares que influyen en la adherencia a los tratamientos. Es recomendable registrar la información familiar con la ayuda de un familigrama. También es importante registrar:

- > la medicación en uso, el grado de eficacia en el control de síntomas y los efectos adversos
- > las recomendaciones de los especialistas que intervienen en la asistencia: oncólogos, psicólogos, neurólogos, etc.

Están disponibles numerosos instrumentos que permiten realizar evaluaciones semi-estructuradas. Los más prácticos y simples son<sup>23</sup>:

- > Evaluación de síntomas: con escala numérica (de 0-10) o categórica (leve, moderado, severo, insoportable). Ejemplo: Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS).
- > Evaluación de presencia o ausencia de confusión: Método de Evaluación de Confusión (CAM: Confusion Assessment Method).
- > Evaluación cognitiva: MMT: Mini Mental Test de Folstein.
- > Estado funcional: escalas de Karnovsky o ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group).

*Ver anexo 2 para mayor información sobre estos instrumentos.*

La información se obtiene a partir de las consultas directas con el paciente en consultorio o en domicilio o de consultas indirectas, con familiares, cuando hay dificultades para el traslado del paciente.

Las evaluaciones deben realizarse en forma periódica; es necesario estar atentos a los cambios o aparición de nuevos síntomas o modificación de tratamientos<sup>24</sup>.

## Trabajo interdisciplinario, integrado y colaborativo

Implica el intercambio de información entre los diferentes niveles de asistencia.

Para lograr un intercambio eficaz es necesario conocer las competencias y responsabilidades de cada nivel de atención y/o contar con la posibilidad de asesoramiento en el mismo nivel o en un uno superior cuando el efector de la asistencia local lo considere necesario.

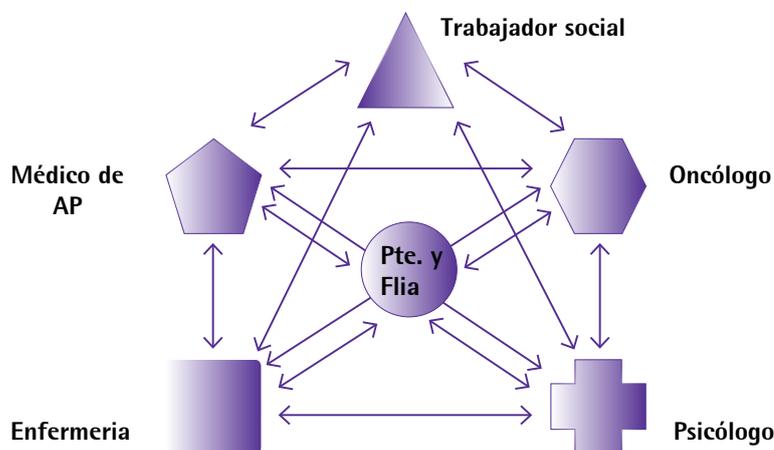
<sup>23</sup> Programa Argentino de Medicina Paliativa - Fundación FEMEBA Evaluación en Cuidado Paliativo. <http://paliativo-femeba.org/uploads/2009/06/Evaluaci%f3n%20en%20Cuidado%20Paliativo.%20Junio%202008.pdf> (acceso 20/03/2012)

<sup>24</sup> Elsayem A, Driver L, Bruera E. The M.D.Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.2. Pág.11. 2ªEd: MD Anderson Cancer Center, 2002

El trabajo integrado colaborativo es un desafío; es necesario comprender la importancia de lograrlo para mejorar la asistencia del paciente con un menor desgaste profesional que el que genera una práctica basada en la intervención individual y fragmentada<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Bruera E, Hui D. *Journal of Clinical Oncology*. 2010; 25 (28):4015

Figura N°3: Modelo de trabajo interdisciplinario, integrado y colaborativo



### > Toma de decisiones

En general más del 50% del tiempo de la consulta se ocupa en la entrevista, desarrollando aspectos de comunicación, diálogo terapéutico, educación, acuerdos y organización de la asistencia. El intercambio deliberativo entre el paciente, la familia y el equipo de salud facilita que el proceso de transmisión de información y el de toma de decisiones sean graduales, en función de los deseos y voluntades expresados, de la evolución y el pronóstico, del contexto educativo, cultural y/o religioso y de la capacidad del paciente<sup>26 27</sup>.

<sup>26, 27</sup> Mc Daniell S, Campbell, *Orientación Familiar en Atención Primaria*. Cap 2. La influencia de la familia sobre la enfermedad: investigaciones sobre la incidencia de la familia en la salud. 2o Ed. España: Springer Verlag Ibérica, 1998.

Es necesaria la interacción entre los diferentes referentes de las disciplinas y/o con los miembros de otros niveles de asistencia para unificar las recomendaciones -sobre todo médicas- y evitar opiniones divergentes que generen confusión o inseguridad al paciente o a su familia.

### > Organización familiar

El contexto familiar o afectivo debe ser tenido en cuenta en el momento de comunicar el diagnóstico y la evolución de la enfermedad (curación, estabilización, progresión o recaída, aparición de complicaciones) y en el momento de presentar el plan para control de síntomas (ésta precaución adquiere importancia cuando se inicia la asistencia en el período final de la vida). Colaborar en la organización y apoyo familiar implica que los miembros del equipo de salud puedan:

- > acondicionar y adaptar el sistema de asistencia a los recursos disponibles
- > sugerir formas de organizar las actividades de cuidado por ejemplo brindar recomendaciones sobre tiempos de descanso
- > facilitar información u orientar sobre redes de apoyo económico, social, religioso
- > detectar situaciones de riesgo tal como la enfermedad del cuidador principal

<sup>28</sup> Mc Daniell S, Campbell IT. Orientación Familiar en Atención Primaria. Cap15. Dificultades en la evolución de las enfermedades crónicas: Asistencia a los pacientes y sus familias. 2ª Ed. España: Springer Verlag Ibérica, 1998.

- > identificar la posibilidad de claudicación familiar, dar pautas para prevenirla
- > acompañar los procesos de rehabilitación y/o readaptación que sean necesarios.

Los recursos que posee un grupo familiar pueden surgir, desarrollarse y/o desaparecer como diferentes maneras de adaptación a la situación de enfermedad<sup>28</sup>.

## Comunicación en cuidados paliativos

Una buena comunicación permite conocer el problema de salud en sus diferentes dimensiones y facilita la toma de decisiones personalizadas. Es un proceso dinámico que requiere estrategias adaptadas a las necesidades de cada momento evolutivo de las ERVEAs. Lograr una comunicación apropiada y adaptada a cada persona influye positivamente en la asistencia, fortalece los recursos del paciente y su familia para enfrentar los distintos problemas relacionados con las ERVEAs.

La comunicación es uno de los aspectos más importantes de la asistencia en salud porque es a través de ella que se construye la confianza en la relación profesional/paciente. El proceso de comunicación puede ser mejorado con capacitación, reflexión y experiencia clínica.

La mayoría de las personas prefiere recibir información médica junto con el apoyo emocional. El entrenamiento de los profesionales en habilidades comunicacionales contribuye a aumentar la satisfacción con la tarea.

En el contexto de Cuidados Paliativos se requiere desarrollar competencias para abordar temas que suelen ser considerados emocionalmente difíciles para el paciente, para su entorno afectivo y para el equipo de salud.

La comunicación es un proceso de intercambio de información, ideas y emociones, que implica escucha activa y comprensión de la situación<sup>29</sup>. En muchas oportunidades es lo que más necesitan pacientes y familias y es esencial para las intervenciones en las dimensiones psicosociales y espirituales del sufrimiento.

En toda entrevista médica existen diferentes tipos de lenguaje<sup>30</sup>. Se utiliza el lenguaje verbal y el no verbal para brindar o intercambiar información, clarificar dudas, expresar sentimientos, relacionar situaciones, hacer razonar, facilitar la comprensión.

El lenguaje verbal requiere el uso de términos comprensibles, adecuados al momento y al medio socio-cultural.

Las preguntas abiertas que generalmente comienzan con ¿Qué...?, ¿Cómo...?, ¿Para qué...?, ¿Cuándo...? dan oportunidad de hablar a los pacientes que desean hacerlo y permiten permanecer en silencio a los que no lo desean. Es importante que los pacientes y familiares comprendan que pueden preguntar acerca de la enfermedad pero que no es obligación hacerlo.

El lenguaje no verbal incluye los gestos, el contacto visual y físico, el tono de voz, las

<sup>29</sup> Clèries Xavier. La Comunicación: Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Capítulo 4. Habilidades comunicativas en el encuentro con el paciente. Ed. Masson, S.A., Barcelona, 2006

<sup>30</sup> Wenk R, Bertolino M. y cols. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 2ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007

pausas, los silencios y la postura. Constituye más del 60 % de la comunicación y debe ser coherente con el lenguaje verbal.

El contacto visual da la oportunidad de observar cómo se recibe la información que se transmite y ayuda a graduarla; los gestos pueden ser signos de atención, escucha y confirmación de lo que expresa el paciente o la familia; el silencio da al interlocutor la posibilidad para intervenir o expresar emociones; el contacto físico permite transmitir afecto y contención.

Los pacientes y familiares valoran profundamente la escucha activa que facilita la expresión de necesidades y emociones.

Algunas condiciones facilitan la comunicación:

- > ambiente y espacio adecuado: utilizar un lugar cómodo (consultorio o domicilio) con resguardo de la privacidad y la atención que requiere la entrevista. No es apropiado dar información parados en pasillos con circulación de gente
- > espacio personal: establecer la distancia prudente y comfortable entre personas facilita la comunicación, contención y contacto. Es conveniente estar sentados durante la entrevista.

### **Recomendaciones prácticas para realizar la entrevista**

- ▶ Evitar el uso de lenguaje médico codificado, que impide al paciente y a su familia comprender.
- ▶ Brindar sólo información esencial, fraccionarla en distintas entrevistas. Si se da demasiada información en un sólo momento, será difícil recordarla y puede generar confusión.
- ▶ Repetir la información importante, ya que las reacciones emocionales disminuyen la capacidad de escucha y comprensión.
- ▶ Usar diagramas, gráficos o cartillas que el paciente se pueda llevar. Puede ser útil de acuerdo a la cultura o educación del paciente. Por ejemplo esquemas de administración de analgésicos, la profilaxis de la constipación.
- ▶ Dejar que el paciente hable sin ser interrumpido. Dar una pausa antes de hablar. Si esto no se cumple el paciente puede creer que su relato no es importante.
- ▶ Alentarlo a expresarse con frases tales como *"está bien..."*, *"cuénteme más..."*, *"entiendo..."* y mantener el contacto visual.
- ▶ El silencio es muchas veces de ayuda, sosteniéndolo de manera contenedora puede facilitar una reacción emocional (llanto, enojo)
- ▶ Si los silencios se hacen demasiado largos se puede preguntar *"¿en qué está pensando?"*
- ▶ Finalizar la entrevista haciendo o pidiendo un breve resumen o reflexión, para evaluar lo comprendido.

<sup>31</sup> Driver L, Bruera E. The M. D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 4.1°Ed.USA.: MD Anderson Cancer Center,1999.

La comunicación efectiva permite que durante la asistencia sea posible<sup>31</sup>:

- > comprender las necesidades y expectativas del paciente ante su diagnóstico y pronóstico
- > adaptar la información a la necesidad genuina del paciente y no a la demanda de la familia o del equipo
- > adecuar la información a medida que los síntomas se complican y/o la enfermedad progresa
- > realizar la evaluación y manejo adecuados de síntomas
- > planificar modalidades de seguimiento y tratamiento
- > promover intervenciones de acompañamiento
- > comprender cómo impacta la enfermedad en el paciente y la familia
- > facilitar la expresión de voluntades anticipadas y/o manifestar legados.

La atención en el primer nivel de atención genera una situación propicia para dar continuidad a la comunicación sobre la condición clínica y la toma de decisiones. Cuando existe un vínculo con el paciente en seguimiento ambulatorio previo, es posible anticipar sus reacciones y sus necesidades de información.

La comunicación se establece entre el paciente, la familia o entorno afectivo y los distintos profesionales del equipo de salud. Es necesario mantener una comunicación adecuada con todos los especialistas involucrados para unificar la estrategia de asistencia y clarificar aspectos específicos de la enfermedad y/o del tratamiento.

A medida que más especialidades de otros niveles de atención intervienen en el tratamiento de personas con Enfermedades con Riesgo de vida en Estadío Avanzado (ERVEAs), aumenta el riesgo de fragmentar la asistencia y dificultar la unificación de información en el primer nivel.

Los problemas y/o déficit en la comunicación pueden generar insatisfacción o frustración en el paciente y en la familia así como también en el equipo de salud. Es importante la disponibilidad de "estar" junto al paciente, mostrando preocupación y compromiso.

Además de tratamientos eficaces, los pacientes necesitan explicaciones, contención y ayuda para afrontar su situación. Necesitan calidez, apoyo y diálogo terapéutico en la asistencia.

### > Temas difíciles<sup>32 33 34</sup>

Son temas complejos derivados de situaciones que comprometen la calidad de vida.

Tratar estos temas suele ser un desafío por el impacto emocional que pueden generar en el paciente, en su familia y también en los profesionales del equipo de salud. Los más importantes son:

- > el diagnóstico de una enfermedad grave, no curable, o avanzada (cáncer, SIDA, enfermedades neurodegenerativas, entre otras)
- > las opciones de tratamientos con riesgos (quimioterapia, radioterapia, cirugías de distinto grado de complejidad)

<sup>32</sup> Barbero J, Barreto P. y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Ed. Just in Time S.L, Madrid, 2005.

<sup>33</sup> Bruera E. Process and Content of Decision Making by Advanced Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology, 2006; 24 (7): 1029-1030

<sup>34</sup> Wenk R, Bertolino M, and cols. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 2°Ed.Argentina: FEMEBA, 2007

- > la necesidad de iniciar tratamientos con morfina u otro opioide
- > la información de progresión de enfermedad o recaída luego de una remisión
- > la presentación de complicaciones que afectan profundamente la calidad de vida (compresión medular, síndrome de vena cava, hemorragias)
- > la evidencia de la cercanía del final de la vida
- > las preferencias y decisiones sobre la asistencia en los últimos días de vida (interrupción de tratamientos fútiles, elección del ámbito de atención, no inicio de reanimación cardiopulmonar, no pase a terapia intensiva).

Los pacientes / familia que reciben información de manera inapropiada o sin haberla solicitado pueden tener malestar intenso, baja adherencia al seguimiento o al tratamiento y vínculo difícil con los profesionales del equipo.

### > Diálogo terapéutico

La comunicación terapéutica posibilita al paciente explorar sus pensamientos, emociones y conducta. Al identificarlos se puede trabajar con ellos, darle sentido y tener fundamentos para las elecciones y decisiones. El paciente y su familia pueden ser personas con recursos psicológicos para afrontar de manera funcional la situación de enfermedad y los tratamientos o pueden no contar con tales recursos y tener problemas emocionales que requieran intervenciones psicosociales más especializadas.

El diálogo sincero y contenedor entre paciente, familia y equipo de salud tiene valor terapéutico para aliviar el sufrimiento psíquico.

Al tratar temas de alto impacto emocional, los miembros del equipo de salud pueden experimentar algunas reacciones:

- > miedo de no poder hablar (no saber qué decir, ni cómo hacerlo) o de decir cosas equivocadas
- > miedo a dañar emocionalmente a pacientes en momentos de vulnerabilidad.
- > pérdida de la distancia terapéutica óptima: sobre involucramiento o distancia afectiva excesiva.

Percibir las propias competencias y limitaciones como comunicador es esencial para iniciar una capacitación en habilidades comunicacionales. La competencia emocional es condición necesaria para implementar estrategias para el manejo de las emociones que más frecuentemente surgen: temor, impotencia, tristeza y ansiedad entre otras. Si un miembro del equipo de salud no se siente seguro para realizar este tipo de entrevista puede solicitar ayuda y compartir la entrevista con otro miembro del equipo con mayor experiencia.

### > Comunicación con el paciente

Preferencias de los pacientes<sup>35 36 37</sup>

El objetivo es implementar un estilo de comunicación deliberativo, personalizado, promoviendo la participación del paciente y la expresión de sus deseos o necesidades.

<sup>35</sup> Von Roenn J, Von Guten C. Setting goals to maintain hope. JCO 2003;21 (3) 570-574

<sup>36,37</sup> Back L and Arnold R M. Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. JCO 2006; 24 (25) 4214-417

Algunos pacientes quieren saber todo con detalle y preguntan abiertamente. Otros, con diferentes preferencias, capacidades de afrontamiento o emociones (miedo a lo que van a oír o a sus reacciones), desean información pero pueden no solicitarla. **Es importante ofrecerla.**

Hay personas que no desean saber nada acerca del diagnóstico y es apropiado respetar esta preferencia; se puede continuar con la comunicación acerca de planes de tratamiento y sus posibles efectos.

## ¿Cómo iniciar la comunicación de temas difíciles?

Inicialmente es importante considerar:<sup>38 39 40</sup>

- > qué información ya posee y/o presiente el paciente
- > las necesidades de información que plantea el paciente
- > establecer objetivos de información
- > si el paciente está emocionalmente estable para recibir información difícil es necesario evaluar temores, antecedentes de patologías psiquiátricas, trastornos de ánimo, disfunciones familiares severas, reacciones previas en situaciones difíciles.

**Las preguntas facilitadoras** son preguntas abiertas tales como:

- > ¿Me quiere contar sobre su problema de salud?
- > ¿Qué le han explicado los médicos que lo asisten sobre esto?
- > ¿Cómo ve Ud. las cosas?
- > ¿Qué ha estado pensando sobre su problema mientras esperaba los resultados?"
- > ¿Ud. prefiere hablar directamente sobre su estado de salud?
- > ¿Le ayuda hablar de los resultados de los estudios?
- > Si no le gusta hablar sobre temas médicos ¿prefiere que lo comentemos primero con su familia o alguien de su confianza? Y luego, si lo desea, ¿hablemos con Ud.?
- > ¿Qué lo haría sentir más tranquilo en este aspecto?
- > ¿Cómo preferiría que nos manejemos con la información?
- > ¿Desea que le expliquemos en detalle los tratamientos posibles?

Recomendaciones prácticas<sup>41</sup>

- > No "sobreinformat" y evaluar el equilibrio entre brindar pautas anticipatorias adecuadas y el riesgo de generar ansiedad por situaciones todavía no conocidas.
- > Programar una nueva cita para una próxima consulta en un tiempo prudencial como por ejemplo: en una semana.
- > Expresar la disponibilidad del equipo de salud para aclarar dudas o preguntas que surgieran luego de la consulta. Ofrecer un teléfono de contacto del centro de salud y/o hacer un contacto telefónico a las 24-48 horas posteriores a la transmisión de una mala noticia.
- > No se debe brindar información diagnóstica o pronóstica por teléfono o Internet.
- > No se debe brindar información a familiares sin el consentimiento previo del paciente.
- > No es conveniente confirmar noticias negativas de manera directa cuando el paciente:<sup>42 43</sup>
  - explícitamente no desea ser informado
  - delega la recepción de información en un familiar o amigo

<sup>38</sup> Rubinstein A, Terrasa S, y cols. Medicina Familia y Práctica ambulatoria. Sec.27.Cap 286. In: Liaño E. Manejo de la comunicación en Cuidados Paliativos. 2ªEd. Argentina: Panamericana,2006.

<sup>39</sup> Von Roenn J, Von Gu- ten C. Setting goals to maintain hope.JCO 2003; 21 (3) 570-574

<sup>40</sup> Barbero J, Barreto P, y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Ed. Just in Time S.L, Madrid, 2005.

<sup>41</sup> Palma A, Taboada P, Nervi F. Manual de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Cap.24. In: Del Río M.Comunicación en el final de la vida. 1ª Ed.Chile: Universidad Católica de Chile, 2010

<sup>42</sup> Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., Bayés, R. Comunicación en Oncología Clínica. Capítulo 3. No quiere saber, hasta adonde contarle? Ed. Just in Time S.L, Madrid, 2005.

<sup>43</sup> Back L and Arnold R M. Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. JCO 2006; 24 (25) 4214-417

- tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos no controlados
- tiene síntomas psicológicos severos indicadores de mala adaptación, como enojo continuo e intenso, ansiedad generalizada
- tiene ideación suicida o antecedentes de intento de suicidio.

En las últimas situaciones es imprescindible el trabajo en equipo con profesionales del área psicosocial y/o salud mental.

## > Comunicación con la familia<sup>44 45</sup>

Los miembros de la familia, además de estar preocupados por el paciente, su evolución y la manera en que serán analizados los temas con alto impacto emocional, tienen también sus propias necesidades y sufrimiento psicoespiritual. En los días siguientes a la comunicación de noticias médicas negativas pueden experimentar variaciones del estado de ánimo, expresiones de angustia o tristeza y se pueden presentar situaciones en las que es difícil responder algunas preguntas.

> Sugerir al entorno afectivo validar las emociones, necesidades, tiempos y preferencias del paciente. Si esto es facilitado y no limitado, el paciente se sentirá más comprendido y acompañado.

> Ofrecer disponibilidad profesional para volver a conversar o responder nuevas preguntas.

> Es muy útil que algunas entrevistas con el paciente puedan hacerse en presencia de familiares - si él lo autoriza - para que puedan escuchar su voluntad o necesidad. Esta estrategia puede ayudar a disminuir temores de los familiares en relación al manejo de información.

Si hay niños en la familia, estos requieren atención especial. Es aconsejable incluirlos siempre en el proceso de comunicación, adaptándola a la edad y las características de personalidad<sup>46 47 48</sup>.

## > Dificultades en la comunicación

Existen situaciones en las que la comunicación con el paciente o la familia se complejiza de manera importante y puede ser necesario requerir la intervención de profesionales del área psicosocial o realizar derivaciones a equipos especializados.

Las más importantes son los mecanismos de adaptación disfuncionales del paciente (negación que impide los tratamientos, agresividad con el equipo de salud, ideación suicida) o desordenes psicopatológicos (depresión, ansiedad generalizada, etc).

44 Clèries Xavier. La Comunicación: Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Capítulo 4. Habilidades comunicativas en el encuentro con el paciente. Ed. Masson, S.A., Barcelona, 2006

45 Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., Bayés, R. Comunicación en Oncología Clínica. Capítulo 11. Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.

46 Rauch P.K, Muriel A, Cassem, N. H. The Art Of Oncology: When The Tumor Is Not The Target: Parents With Cancer: Who's Looking After the Children? JCO 4399- 4402.

47 Tarantino M. G., Braga ML. La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. Communication in Pediatrics: children and adolescents, subjects of right. Arch Argent Pediatr 2011;109(1):36-

48 Publicaciones de información para el paciente Del Centro Clínico de los Institutos Nacionales de la Salud. Cómo hablar con los niños acerca de la muerte. National Institutes of Health Clinical Center, Bethesda, Maryland 20892. 2007.

## > Cerco de silencio<sup>49</sup>

Con cierta frecuencia familiares y amigos solicitan que no se comunique información diagnóstica o pronóstica con intención de proteger al paciente. Expresan temor a que pierda la esperanza, a que aparezca depresión o ideas de suicidio. De esta manera puede constituirse una situación denominada "cerco de silencio": la familia aparenta, simula, que la gravedad de la enfermedad no es tal; todos excepto el paciente conocen la situación real; el paciente muchas veces queda en soledad.

En estos casos es importante hacer una entrevista con los familiares para evaluar los temores, descartar factores de riesgo reales del paciente y conocer antecedentes de sus respuestas emocionales. Aclarar siempre a la familia que se ha de transmitir la información que el paciente desee o necesite y que el equipo considere que pueda recibir. Explicar que la evolución clínica, los efectos de tratamientos, las consultas con oncología y la percepción subjetiva de la declinación que ocurre durante la evolución de la enfermedad hacen difícil el ocultamiento de la realidad de la situación.

La discordancia entre las percepciones del paciente y lo que manifiesta el entorno afectivo causa sufrimiento porque impide la comunicación de temas significativos, la expresión de las emociones y la implementación de las medidas de apoyo necesarias.

Se debe informar y brindar apoyo a la familia, y asegurarle que el equipo comparte un mismo objetivo: cuidar al paciente y no dañarlo con la información.

En ocasiones, la negativa familiar puede estar muy instalada y generar malestar en los profesionales del equipo de salud. Sostener el seguimiento mientras se instauran estrategias de apoyo y se construye la confianza, suelen permitir que esta actitud se modifique. En algunos casos de severa rigidez familiar el acompañamiento puede ser muy difícil.

## ► Ejercicio 2 de Comprensión y Aplicación

Marque V (verdadero) si considera que el enunciado es correcto y F (falso) si es incorrecto.

		V	F
1	Cuidados Paliativos es una modalidad de atención que se focaliza en la prevención y control del sufrimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	La evaluación multidimensional consiste en recoger información para establecer los objetivos terapéuticos posibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	La evaluación multidimensional se focaliza en la evaluación de los síntomas actuales y de los efectos de la medicación en uso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	El trabajo interdisciplinario integrado y colaborativo se basa en la comunicación, en el intercambio de información, entre los miembros del equipo de salud, el paciente y la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	La comunicación efectiva durante la consulta permite identificar las necesidades y expectativas del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Las deficiencias en la comunicación entre el profesional y el paciente y/o la familia pueden condicionar la adherencia al tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	El diálogo sincero es un recurso terapéutico para aliviar el sufrimiento psíquico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Siempre y en todos los casos es conveniente establecer un "cerco de silencio" alrededor del paciente para evitar que pierda las esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Siempre y en todos los casos, se deben transmitir los diagnósticos – noticias negativas- directamente al paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compare sus respuestas con las que figuran en el Anexo 3 Clave de respuestas

# Náuseas y vómitos

Las náuseas se definen como una sensación molesta referida a la porción superior del tubo digestivo, que generalmente precede o acompaña la saciedad precoz o el vómito.

Saciedad precoz es la sensación de plenitud post ingesta de cantidades pequeñas de alimentos y vómito es la expulsión por la boca del contenido gastrointestinal.

Estos síntomas, cuando no están controlados, afectan la calidad de vida<sup>50</sup>.

En los pacientes en CP, la frecuencia de estos síntomas varía entre el 10% y 62% en las etapas de enfermedad avanzada<sup>51</sup>; el síntoma puede aumentar en pacientes con afecciones específicas digestivas y ginecológicas.

## Mecanismos

Los más frecuentes son afecciones centrales (disturbios vestibulares, cerebro corticales y límbicos) y la estimulación de receptores periféricos químicos y físicos (tubo digestivo)<sup>52</sup>.

## Causas

Entre las posibles causas se encuentran:

- ▶ alimentación
- ▶ ansiedad
- ▶ ascitis, constipación, reflujo gastroesofágico, suboclusión intestinal, gastritis
- ▶ gastroparesia (falla autonómica), hepatomegalia, mucositis
- ▶ medicación: estrógenos, digitálicos, metronidazol, eritromicina, opioides
- ▶ trastorno hidro-electrolítico: deshidratación, hipercalcemia
- ▶ dolor
- ▶ insuficiencia hepática - renal: uremia
- ▶ isquemia miocardio
- ▶ laberintitis
- ▶ lesión cerebral (tumor, edema)
- ▶ infecciones: micosis oral, sepsis
- ▶ tos.

<sup>50</sup> Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap. 169. Sec. 8. En: Abrahm J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz. 1ª Ed. España: Elsevier, 2010.

<sup>51</sup> Palma A, Taboada P, Nervi F. Medicina paliativa y cuidados continuos. Cap.12. En: Rodríguez A, Bunge S, Bertolino M. Manejo de síntomas gastrointestinales, constipación, diarrea, náuseas, vómitos y oclusión intestinal. 1ª Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010.

<sup>52</sup> Driver L, Bruera. E, The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 6.1ª Ed. USA: MD Anderson Cancer Center, 1999

## Evaluación del paciente con náuseas y vómitos

Se debe indagar sobre:

- ▶ frecuencia y características
- ▶ la intensidad de la náusea y el vómito
- ▶ factores que generan y alivian los síntomas
- ▶ medicación que recibe
- ▶ comorbilidades
- ▶ la exposición a tratamientos previos ( por ej. quimioterapia)
- ▶ aspectos de personalidad, estado de ánimo, temores y la fase de enfermedad, complicaciones y pronóstico.

Realizar el examen físico evaluando deshidratación, cavidad bucal, abdomen, tensión arterial, relleno capilar. Evaluar los exámenes complementarios previos y considerar la necesidad de solicitar nuevos y/o actualizarlos.

## Tratamiento de las náuseas y vómitos

Con un tratamiento adecuado se puede lograr el control y alivio de las náuseas y vómitos en el 70% de los pacientes en cuidados paliativos<sup>53</sup>.

### > Medidas generales

Tratar de revertir las causas y, si es posible, implementar tratamientos preventivos:

- ▶ restringir la ingesta oral a líquidos en cantidades pequeñas y periódicas, preferentemente sin gas y frescos (agua, jugos, licuados) para mantener la hidratación; reestablecer en forma gradual la ingesta y si tolera dieta líquida o semilíquida por 24 hs pasar a dieta sólida. Si no es posible, se debe considerar la hidratación por vía subcutánea (SC)
- ▶ mantener la higiene bucal y tratamientos locales específicos de la cavidad oral (ver página 60)
- ▶ si hay situaciones de ansiedad, indicar ejercicios de relajación y/o acompañamiento psicológico.

### > Medidas específicas

Tratamiento específico de enfermedades previas o concurrentes como reflujo, gastritis, candidiasis oral.

### > Tratamiento preventivo con antieméticos

- ▶ Administrar el antiemético por vía oral en caso de náuseas y si se instalan vómitos por intolerancia oral se recomienda utilizar la vía subcutánea y no la endovenosa.

<sup>53</sup> Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.169. Sec.8. En: Abraham J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz.1ªEd. España: Elsevier, 2010.

#### GLOSARIO:

Dosis de rescate: dosis administradas entre dosis regladas. En el caso de los opioides representa el 10% de la dosis diaria, el intervalo depende del tipo de opioide y de la vía de administración utilizada; por ejemplo, dosis/día: 30 mg, dosis de rescate: 3 mg.

<sup>54</sup> Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap. 169. Sec. 8. En: Abrahm J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz. 1ª Ed. España: Elsevier, 2010.

<sup>55</sup> Pazdur R, y col. Cancer management: a multidisciplinary approach. Cap 38. En: Geunberg S, Vithala M. Management of nausea and vomiting. 11ª Ed. US: CMP Healthcare Media, 2008.

<sup>56</sup> Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap. 169. Sec. 8. In Abrahm J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz. 1ª Ed. España: Elsevier, 2010.

<sup>57</sup> Programa Argentino de Medicina Paliativa. Náuseas y vómitos. <http://paliativo-femeba.org/recursos> (acceso 30/03/2012)

Rotar a la vía oral, evaluando la tolerancia antes de discontinuar el antiemético por vía subcutánea.

- ▶ Indicar antieméticos en forma reglada, en dosis efectiva y con uso de dosis de rescate.
- ▶ En tratamientos quimioterápicos: 30 minutos antes y en forma reglada durante 2 a 5 <sup>54 55</sup> días. Ejemplo: si se utilizan quimioterapias con alto efecto emetizante (carboplatino, cisplatino, oxiplatino, ciclofosfamida, doxorrubicina), los antieméticos de elección a administrar son ondasetrón 8 mg. c/6-8 horas asociado a dexametasona 8-16 mg / día, 1 hora antes y continuar con ondasetrón a igual dosis durante 2 a 5 días. Interconsultar con oncólogo de referencia en cada caso.
- ▶ Simultáneamente con la prescripción de opioides y durante las primeras 72 horas: antiemético de elección: metoclopramida 10mg (40 gotas= 1 comprimido sublingual o vía oral = 1 ampolla).
- ▶ Durante la realización de radioterapia abdominal superior y pélvica, cabeza y cuello<sup>56</sup> los antieméticos de elección son metoclopramida asociada a dexametasona<sup>57</sup>. Interconsultar con radioterapeuta u oncólogo de referencia en cada caso.

Quando el síntoma está asociado a trastornos metabólicos por progresión de enfermedad o en final de vida como anorexia primaria, uremia, es de elección la metoclopramida o domperidona 10 mg cada 4 a 6 horas.

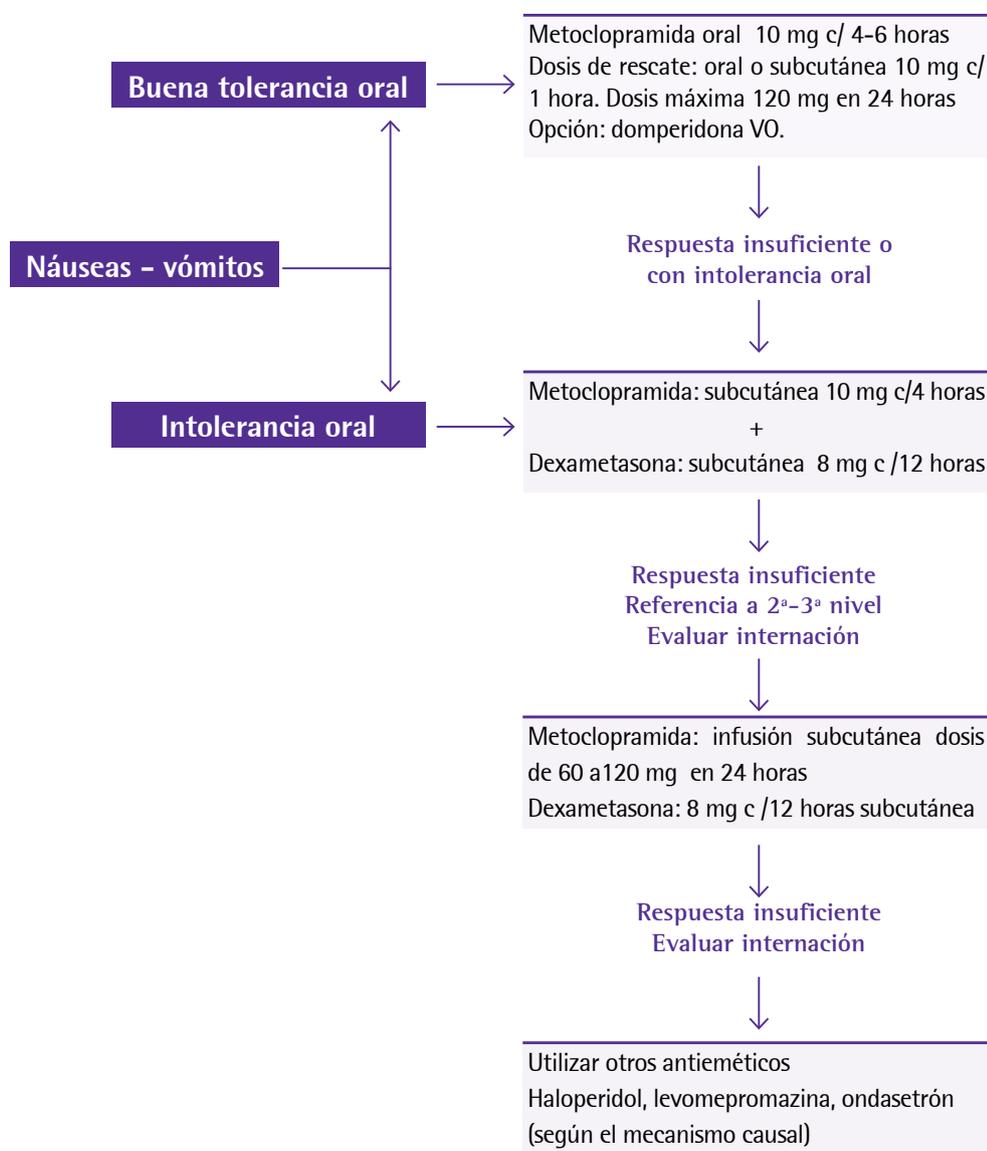
Tabla N° 4: Antieméticos utilizados para tratamiento de náuseas y vómitos en CP

Droga	Indicación	Dosis	Efecto adverso
<b>Metoclopramida</b>	Estasis gástrico Quimioterapia	10 mg c/4-6 hs	Cólico, acatisia, distonía
<b>Domperidona</b>	Estasis gástrica	10 mg c/ 4-6-8 hs	Cólico
<b>Haloperidol</b>	Metástasis. Quimioterapia Opioides	1.5 - 20 mg/día	Diskinesia, akatisia. rigidez, distonías
<b>Dexametasona</b>	Quimioterapia Suboclusión intestinal. Oclusión intestinal Hipertensión endocranena. Aditivo de ondasetron, metoclopramida, levomepromazina	8 mg c/ 8-12 hs	Síntomas gástricos, miopatía, infecciones
<b>Levomepromazina</b>	Suboclusión intestinal. Oclusión intestinal Síndrome vestibular	6.25 a 25 mg c/8-12 hs	Somnolencia
<b>Clorpromazina</b>	Suboclusión intestinal. Oclusión intestinal Síndrome vestibular	6.25 a 25 mg c/8-12 hs	Somnolencia
<b>Dimenhidrinato, Hidroxicina</b>	Quimioterapia Síndrome vestibular	25 mg c/8 hs 15 mg c/6-8 hs	Somnolencia, efectos antimuscarínicos
<b>Ondasetron (potencia dexametasona)</b>	Quimioterapia Radioterapia	4 - 8 mg c/6-8 hs (dosis máx. 24 mg/día)	Cefalea, constipación, diarrea

Droga	Indicación	Dosis	Efecto adverso
<b>Hioscina – escopolamina</b>	Sub-oclusión intestinal. Oclusión intestinal	10 - 20 mg c/ 4-8 hs	Boca seca, retención urinaria, íleo, visión borrosa, hipotensión
<b>Benzodiacepinas</b>	Ansiedad. Quimioterapia	Alprazolam oral, 0.5- 1 mg/día Clonazepam oral, 0.25-2mg/día	

Fuente: Hallenbeck J. The Causes of Nausea and Vomiting (V.O.M.I.T.), 2nd Edition. Fast Facts and Concepts. July 2005; 5. Disponible en: <http://www.eperc.mcw.edu/fastfact/>

Figura N° 4: Algoritmo de tratamiento para náuseas y vómitos



**GLOSARIO:**

Acatasia: sensación de inquietud con manifestación de movimientos repetitivos involuntarios (caminar en el mismo sitio, cruzar las piernas, golpeteo, balanceo de tronco)

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA

## > Educación de la familia

Instruir al paciente y la familia sobre el tratamiento para prevenir y tratar las náuseas y vómitos; enfatizar la importancia de dosis de rescate.

## Criterios de referencia y/o derivación

- ▶ Inadecuada respuesta al tratamiento antiemético, utilizado en forma efectiva
- ▶ Incremento de los vómitos
- ▶ Compromiso hemodinámico o trastornos del estado de conciencia
- ▶ Dificultad para familiares o cuidadores para continuar el tratamiento ambulatorio, o para el uso de la vía subcutánea.

## Cuidado de la cavidad oral

Los síntomas de los trastornos de la boca alteran el bienestar general, la nutrición, hidratación y la comunicación, porque alteran el gusto, producen lengua áspera y dificultan la deglución. Generalmente son subvalorados y subtratados. Los problemas de la cavidad oral (CO) son muy frecuentes: 80-90 % de los pacientes con ERVEAs sufren de boca seca, boca dolorosa por mucosas y lengua inflamadas o ulceradas y problemas dentales.

## Causas

Las causas de los problemas de la cavidad oral (CO) pueden ser locales y/o generales:

- ▶ locales: higiene inadecuada, deterioro de piezas dentarias, sobreinfecciones bucales previas, lesiones tumorales locales o infiltrantes, respiración bucal
- ▶ generales: deterioro inmunológico, déficit nutricional, efectos adversos del tratamiento con quimioterapia, radioterapia o medicamentos como corticoides.

## Evaluación del paciente con lesiones de la cavidad oral

Hay que tener en cuenta:

- ▶ antecedentes personales: comorbilidades, medicación, tratamiento con quimioterapia o radioterapia
- ▶ examen físico: evaluar la cavidad bucal con linterna y baja lengua por lo menos una vez al día en busca de lesiones, evaluar el tipo de respiración, piezas dentarias, examen nutricional

- ▶ evaluar el impacto funcional que tienen las lesiones en el confort del paciente: cuánto influye en la posibilidad de alimentarse o la intensidad de dolor que puede percibir y referir, sensación de impotencia, enojo o ánimo retraído.

## Tratamiento de las lesiones de la cavidad oral

### > Medidas generales:

- ▶ higiene de la CO: 2-3 veces/día, cepillado para eliminar la placa bacteriana y posterior buche con soluciones de clorhexidina al 0,12% sin diluir<sup>58</sup>
- ▶ usar sólo la dentadura protésica para alimentarse, evitando tenerla colocada todo el día, para disminuir la posibilidad de lesiones. Mantener la higiene de la prótesis con cepillado, en vaso de agua con solución bicarbonatada: 1 cucharadita de bicarbonato en 200 cm<sup>3</sup> de agua
- ▶ en caso de dejar de usarla o no contar con prótesis dental o falta de piezas dentarias, ofrecer alimentos blandos, procesados, trozos pequeños, no irritantes, no salados, no ácidos, preferentemente fríos. Ejemplos: helados, gelatinas, flan, yogurt, purés a bajas temperaturas, licuados, soufflé de verduras, vainillas remojadas en leche, carne picada
- ▶ preparación bucal previo a quimioterapia: 1 hora antes y durante la quimioterapia colocar y mantener en la boca trozos de hielo (crioterapia)
- ▶ complicaciones infecciosas: en caso de presentar lesiones exudativas supuradas o úlceras con fondo secretante, evaluar la toma de muestra para cultivo o virosis (citodiagnóstico de Tzank) según la disponibilidad local de recursos, antes de realizar curaciones específicas (con antisépticos/bacteriostáticos/antivirales). Colocar geles bacteriostáticos (clorhexidina) y en caso de que las lesiones den origen a síntomas sistémicos como fiebre, decaimiento, conviene realizar tratamiento antibiótico oral de amplio espectro y/o para gérmenes anaerobios, usando esquemas como amoxicilina/clavulánico 500mg c/8 horas ó 875mg c/12 horas ó eritromicina 500 c/8 horas; asociados a metronidazol 500mg c/8 horas ó clindamicina 600mg c/6 horas. Si las lesiones son extensas, comprometen el estado general o la respuesta terapéutica es insuficiente considerar derivación para tratamiento sistémico parenteral
- ▶ aliviar las molestias y el dolor: si uno u otro son intensos, puede ser necesario administrar analgésicos antes de realizar el examen físico, la higiene de la cavidad oral o la alimentación. Si no recibía opioides previos, indicar morfina oral 2,5mg (0,25 cm<sup>3</sup> de ampolla de 10 mg/cm<sup>3</sup>) 20 a 30 minutos antes; si los recibía administrar dosis de rescate (el 10% de la dosis /día de opioides). Si la intensidad del dolor es severa y la curación fuera prolongada, se puede utilizar de una dosis de 0.5 – 1 cm<sup>3</sup> de midazolám subcutáneo.

<sup>58</sup> Palma A, Taboada P, Nervi F. Medicina paliativa y cuidados continuos. Cap.23. En: Cullen C, Frascino N. Cuidados de la cavidad oral. 1° ed. Chile. Universidad Católica de Chile, 2010

Tabla N° 5 : Medidas específicas para el cuidado de la cavidad oral

Problema	
<b>Sequedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humectar la mucosa con líquido, hielo, té de manzanilla, mantener por un minuto en la boca y no enjuagar</li> <li>- Usar alimentos frescos, chicles sin azúcar o caramelos ácidos (aumentan la salivación), geles mentolados o sustitutos de saliva (saliva artificial carboximetilcelulosa) 2 cm<sup>3</sup> cada 3 o 4 horas</li> <li>- Mantener higiene de la cavidad oral mínimo 3 veces por día</li> <li>- Hidratar labios con manteca de cacao; no usar vaselina porque es hidrófoba</li> </ul>
<b>Dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No colocar la dentadura postiza</li> <li>- Indicar dieta blanda - líquida con alimentos fríos o frescos</li> <li>- Colocar <b>lidocaína</b> gel 2 % en la zona dolorosa 15 minutos antes de cada comida, o <b>bencidamina</b> 0,15% (analgésico y anestésico) 15 cm<sup>3</sup> cada 4 horas</li> <li>- Indicar buches anestésicos antes y después de las comidas, o cuando haya dolor: 5 cc de <b>lidocaína</b> jalea 2% + 30 cm<sup>3</sup> de <b>difenilhidramina</b> + 30 cm<sup>3</sup> de <b>hidróxido de aluminio</b> agitar antes de usarlo</li> <li>- Buches o baños de infusión con manzanilla fría: mantener durante 10 minutos, pasándolo por toda la cavidad oral y escupir</li> <li>- Evitar alimentos o soluciones irritantes locales o ácidas</li> </ul>
<b>Micosis (cándida)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Después de la ingesta, limpiar la cavidad oral. Envolver el dedo en gasa humedecida en agua bicarbonatada arrastrando las placas y/o exudados.</li> <li>- Secar las mucosas para mejor contacto de los medicamentos locales.</li> <li>- Tratamiento local: buches con 5 cm<sup>3</sup> de nistatina cada 4-6 horas, tragarlos y no tomar líquidos ni comida por 30 minutos</li> <li>- Higiene de las prótesis</li> <li>- Evaluar la indicación de tratamiento sistémico con <b>fluconazol</b> 100mg/día, 7 a 10 días; o en una monodosis de 150 mg por semana</li> </ul>
<b>Lesiones sangrantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humectar la cavidad oral previo a la higiene. Humedecer con cubitos de hielo.</li> <li>- Realizar topicaciones con <b>sucralfato</b></li> <li>- Indicar alimentos blandos no irritantes o calientes</li> <li>- Indicar cepillado dental suave, y evitar desprendimiento traumático de exudados</li> <li>- Evaluar la topicación local con <b>adrenalina</b> al 1 /1000</li> </ul>

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA

## > Educación para la familia

Siempre que sea posible, hacer que la familia participe en el cuidado de la boca y brindar asesoramiento conjunto con enfermería, sobre como realizar la higiene y cuando administrar las soluciones. Explicar que las lesiones de la cavidad oral alteran el gusto, producen lengua áspera y dificultan la deglución.

# Úlceras por presión

Las úlceras por presión o escaras, son lesiones caracterizadas por alteración variable en las diferentes capas de la piel, soluciones de continuidad y/o complicaciones locales o sistémicas.

Las úlceras por presión tienen alta morbilidad y mortalidad. La importancia de prevenir su aparición o evitar su progresión o complicaciones, contribuye a mantener el bienestar del paciente con ERVEAs y el de su familia<sup>59</sup>.

## Causas

Las úlceras por presión o escaras son lesiones provocadas por una presión extrema continua, mayor a la presión tisular habitual, que disminuye la circulación y el aporte de oxígeno, desencadenando hipoxia tisular y necrosis.

Los mecanismos y factores de riesgo de úlceras por presión pueden ser generales y/o locales.

### > Generales:

- ▶ deterioro clínico progresivo: caquexia (hipoalbuminemia, exposición de prominencias óseas) o inmovilización (astenia severa, parálisis)
- ▶ medicamentos que alteran la resistencia y la cicatrización de la piel, por ejemplo corticoides, quimioterápicos orales
- ▶ efectos adversos de tratamientos: radioterapia - quimioterapia
- ▶ estados asociados a inmovilización: dolor, trastornos anímicos o psiquiátricos, deterioro cognitivo, demencia.

### > Locales:

- ▶ presión o fricción: inmovilización articular, fijación mecánica (férulas, aros de apoyo)
- ▶ insuficiencia circulatoria arterial o venosa
- ▶ edemas: alteran la resistencia, la cicatrización y la sensibilidad
- ▶ incontinencia urinaria/fecal o secreciones vaginales/rectales: producen maceración de la piel.

## Evaluación del paciente con úlceras por presión

Para prevenirlas en las zonas de mayor riesgo, clasificar las lesiones existentes y orientar el tratamiento, se han de explorar los antecedentes generales y realizar un examen físico.

Las úlceras por presión se pueden clasificar en estadios de acuerdo al grado de alteración de la piel, la profundidad y las características en la solución de continuidad en<sup>60</sup>:

- Estadio 1: eritema que no palidece en la piel intacta, sin solución de continuidad

<sup>59</sup> Moreno-Pina JP, Richart - Martínez M, Guirao - Goris JA, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. *Enferm. Clin.* 2007;17(4):186-97

<sup>60</sup> Programa Argentino de Medicina Paliativa. Cuidado Paliativo. Guías de tratamiento para enfermería. Úlceras por decúbito. 2004. <http://paliativo-femeba.org/recursos> (acceso30/03/2012)

<sup>61</sup> Moreno-Pina JP, Ri-  
chart -Martínez M, Gui-  
rao - Goris JA, Duarte  
-Climents G. Análisis  
de las escalas de va-  
loración del riesgo de  
desarrollar una úlcera  
por presión. *Enferm.Clin.*  
2007;17(4):186-97

- Estadio 2: pérdida parcial del espesor cutáneo afectando a epidermis, dermis o ambas
- Estadio 3: pérdida de todo el espesor cutáneo incluyendo lesión o necrosis del tejido celular subcutáneo, que puede extenderse en profundidad pero no a través de la fascia subyacente
- Estadio 4: pérdida de todo el espesor cutáneo con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión muscular, ósea o de estructuras de sostén.

Existen escalas de valoración de alta sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de úlceras por presión en pacientes ancianos y con enfermedades invalidantes<sup>61</sup>, la escala de Nova es una de ellas.

Tabla N° 6 : Escala Nova 5

Puntos	Estado Mental	Incontinencia	Movilidad	Nutrición e ingesta	Actividad
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional o limitada	Ligeramente limitada	Ocasionalmente con ayuda	Deambula con ayuda ocasional
2	Letárgico	Urinaria o fecal Importante	Limitación mayor	Incompleta, siempre con ayuda	Deambula y precisa ayuda siempre
3	Coma	Urinaria y fecal persistente	Inmóvil	Sin ingesta oral, enteral o parenteral superior a 72 h. y/o desnutrición previa	No deambula, permanentemente en cama

Fuente: The Free Online Palliative Care Dictionary . Pallipedia. Woundodor. <http://pallipedia.org/term.php?id=500> (acceso 08/02/2012)

Según la puntuación obtenida con la aplicación de la escala se establecen 4 categorías de riesgo:

- a. 0 puntos: sin riesgo
- b. 1 a 4 puntos: riesgo bajo
- c. 5 a 8 puntos: riesgo medio
- d. 9 a 15 puntos: riesgo alto

## Tratamiento de las úlceras por presión

Es fundamental instruir a la familia para que pueda llevar a cabo los siguientes cuidados:

- ▶ mantener la piel limpia con el baño y observación diaria; mantener la piel seca en los pliegues y los espacios interdigitales; mantener ropa de cama seca y extendida (evitar las arrugas)
- ▶ movilizar al paciente (si es posible) para la prevención de rigidez y posturas viciosas. Elevar las piernas para disminuir edemas; realizar masajes con cremas o emulsiones para mejorar la humectación y la circulación local (evitar cremas perfumadas y con alcohol)
- ▶ evitar materiales impermeables (plásticos)
- ▶ usar dispositivos de apoyo, almohadones, colchón de aire.

## > Medidas generales

Tener en cuenta el estado general del paciente, su calidad de vida al momento de la consulta, su pronóstico, el estadio de la escara y los recursos disponibles.

En muchos casos, aún cuando se extremen las medidas de prevención, es posible que los pacientes desarrollen úlceras por presión.

**Ningún tratamiento será efectivo sin las rotaciones posturales regulares cada 2 horas.<sup>62</sup>**

Para planificar el tratamiento, es necesario conocer algunos materiales de uso, evaluar el objetivo terapéutico, las medidas locales específicas para cada caso y las posibilidades de realizarlo.

> Para iniciar la curación hay que humedecer muy bien las gasas con solución fisiológica previo a su remoción para evitar sangrado o dolor. Luego lavar la úlcera con solución fisiológica a baja presión.

> Complicaciones infecciosas: evaluar la posibilidad y beneficio para el cambio de conducta terapéutica que pudiera aportar la toma de muestra para cultivo, antes de realizar curaciones específicas (con antisépticos o bacteriostáticos). Si no fuese posible la toma de muestra, una alternativa es iniciar el tratamiento empírico con antibióticos sistémicos de amplio espectro y para gérmenes anaerobios por 7 a 10 días, evaluando la respuesta y la necesidad de interconsulta oportuna a infectología. Opciones recomendables: amoxicilina-clavulánico 500mg c/8 horas u 875mg c/12 horas oral ó eritromicina 500mg c/8 horas; asociados a metronidazol 500mg c/8 horas ó clindamicina 600mg c/ 6 horas.

> Reducción del olor: lavado con solución de metronidazol 1 comprimido de 500mg diluido en 500 cm<sup>3</sup> de solución fisiológica (la preparación dura 24 horas o geles de metronidazol al 1%. Se recomienda además el uso de carbón activado en un recipiente abierto en el ambiente o en el interior de apósitos o pañales cercanos a la escara pero sin contacto directo con la piel. Se pueden también utilizar aerosoles aromatizados.<sup>63 64 65</sup>

> Aliviar el dolor: si es intenso puede ser necesario administrar analgésicos antes de realizar el examen físico y la higiene de la escara. Si no recibía opioides previo, indicar morfina oral, 2,5mg (0,25 cm<sup>3</sup> de ampolla de 10 mg/cm<sup>3</sup>) 20 a 30 minutos antes; si los recibía el 10% de la dosis /día de opioides. Si la intensidad del dolor es severa y la curación fuera prolongada, se puede utilizar de una dosis de 0.5 – 1 cm<sup>3</sup> de midazolám vía subcutánea.

> Se pueden utilizar aerosoles siliconados sólo en piel sana.

<sup>62</sup> Patty W. Palliative Medicine Pocket Companion. Wound Care. Cap.58. Medicine. 1° Ed. The Institute for Palliative Medicine San Diego Hospice: USA, 2009

<sup>63</sup> Pallipedia. Woundodor. <http://pallipedia.org/term.php?id=500> (acceso 20/03/2012)

<sup>64</sup> Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. Seminars in Oncology Nursing, 2006; 22(3):185–193

<sup>65</sup> Odour-Absorbing-Dressings. Last Mod. 2001

## > Medidas específicas

<b>Estadio 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Mantener las medidas de prevención general</li> <li>&gt; Lavar la zona afectada con solución fisiológica y secar sin frotar</li> <li>&gt; Hidratar y realizar masajes o fricciones suaves en la zona circundante de la zona eritematosa para favorecer la circulación: aplicar cremas o aceites hidratantes, nunca sobre la lesión para no dañar la piel irritada</li> <li>&gt; Aumentar la frecuencia de los cambios posturales (con esquema de rotación estricto según las necesidades de cada paciente)</li> <li>&gt; Extremar la observación periódica de la zona afectada y las áreas de riesgo</li> </ul>
<b>Estadio 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Mantener las medidas de prevención general</li> <li>&gt; Lavar la zona afectada con solución fisiológica y secar sin frotar</li> <li>&gt; Opciones de curación en escara abierta sin necrosis:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- parche hidrocoloide (+): debe retirarse cuando el parche cambia su tonalidad y se aclara en la zona central, lo que indica que se ha "saturado" y ha cumplido su acción terapéutica</li> <li>- ungüento-crema de sulfadiazina de plata+lidocaína+ vitamina A colocar una capa fina para que tenga acción bacteriostática adecuada</li> <li>- aumentar la frecuencia de los cambios posturales (ángulos de posición, rotación cada 2 horas; curaciones periódicas de la zona afectada y observar áreas de riesgo para detectar signos de evolución desfavorable</li> </ul> </li> </ul> <p><i>No se recomienda</i> el uso de iodopovidona, hipoclorito de sodio (lavandina), agua oxigenada o ácido acético (vinagre), gasas con furacina ni yodoformo por su toxicidad en la granulación (se afectan granulocitos, monocitos, fibroblastos) y tejidos circundantes.</p>
<b>Estadio 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Mantener las medidas de prevención general</li> <li>&gt; Lavar la zona afectada con solución fisiológica y secar sin frotar</li> <li>&gt; Opciones de curación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- escara necrótica y cerrada: debridar tejido necrótico o referir a cirugía para escarectomía.</li> <li>- escara abierta; utilizar apósitos de hidrocoloides (+) o alginato (++) y lavar la úlcera en cada cambio de apósito</li> </ul> </li> <li>Si hay secreción purulenta lavar con agua oxigenada 10 vol</li> </ul> <p><i>No se recomienda</i> el uso de iodopovidona, hipoclorito de sodio (lavandina), agua oxigenada o ácido acético (vinagre), gasas con furacina ni yodoformo por su toxicidad en la granulación (se afectan granulocitos, monocitos, fibroblastos) y tejidos circundantes.</p>
<b>Estadio 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Mantener las medidas de prevención general</li> <li>&gt; Lavar la zona afectada con solución fisiológica y secar sin frotar</li> <li>&gt; Utilizar apósitos de hidrocoloides o alginato y lavar la escara en cada cambio de apósito.</li> <li>&gt; Cura oclusiva con preparaciones de miel solidificada + vaselina sólida</li> <li>&gt; Si hay secreción purulenta lavar con agua oxigenada 10 vol</li> </ul> <p><i>No se recomienda</i> el uso de iodopovidona, hipoclorito de sodio (lavandina), agua oxigenada o ácido acético (vinagre), gasas con furacina ni yodoformo por su toxicidad en la granulación (se afectan granulocitos, monocitos, fibroblastos) y tejidos circundantes.</p>

(+) Hidrocoloides: parches de material sintético de polímeros, que absorben exudado y detritus necrótico de las heridas convirtiéndose en un gel coloidal. Suelen estar recubiertos por poliuretano y dan temperatura y humedad ideal, limpieza y aporte de oxígeno y disminución de la cantidad de exudado acumulado. Se presentan en forma de apósitos, gránulos, pasta e hidrofibra. Se recambian cuando hay cambio de coloración (saturación).

(++) Alginatos: material de fibra que absorben hasta 20 veces su peso, y tienen propiedades debridantes. Con el intercambio de iones forman un gel rico en proteínas naturales, aminoácidos y factores de crecimiento. Reducen el mal olor que pueden producir algunas úlceras por decúbito. Se presentan en forma de apósitos o fibras.

(+++ Saturación: cambio de coloración local de parches de curación, que en contacto con la herida efectúan su acción terapéutica cambiando a coloraciones de menor intensidad, indicando la necesidad de recambio local.

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA

## > Criterios de referencia y/o derivación

- ▶ Imposibilidad de brindar la asistencia adecuada necesaria.
- ▶ Lesiones que evolucionan con complicaciones locales no controlables:
  - > sangrados persistentes
  - > sobreinfección resistente a tratamientos locales o sistémicos con compromiso del estado general.

En caso de ser lesiones resistentes, que no comprometen el estado general, se recomienda realizar la interconsulta con infectología para evaluar opciones de tratamiento antibiótico.

## Constipación

El ritmo evacuatorio intestinal debe ser regular, en intervalos de hasta cada tres días, con materia fecal blanda que se elimina sin dolor ni esfuerzo.

Constipación se define como evacuaciones intestinales poco frecuentes, dificultad para la defecación o evacuación con materia fecal dura y difícil de eliminar. Es un trastorno muy prevalente y con frecuencia subdiagnosticado.

El 60 % de los pacientes en cuidados paliativos que no reciben opioides, requieren laxantes<sup>66</sup>

Puede afectar al 50% de pacientes con cáncer avanzado y al 95% de los pacientes que reciben opioides<sup>67</sup>.

## Causas<sup>68</sup>

Varían según el tipo de enfermedad y comorbilidades:

- ▶ medicamentos: opioides, anticolinérgicos, antihipertensivos, diuréticos, antidepresivos tricíclicos, antiácidos
- ▶ astenia, síndrome anorexia-caquexia
- ▶ ascitis
- ▶ carcinomatosis peritoneal
- ▶ compresión medular
- ▶ deshidratación
- ▶ desordenes musculares y del colágeno
- ▶ diabetes
- ▶ enfermedades neurodegenerativas
- ▶ hipercalcemia
- ▶ hipotiroidismo
- ▶ invasión tumoral del plexo nerviosos o por compresión de la luz intestinal
- ▶ neuropatías autonómicas
- ▶ secuelas quirúrgicas

<sup>66</sup> Bruera E. and colls. *Textbook of Palliative Medicine*. Cap.60. 1°Ed. UK: Hodder Arnold,2006

<sup>67</sup> Elsayem A., Driver L, Bruera E.The M.D.Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.5.2°Ed.USA: MD Anderson Cancer Center, 2002

<sup>68</sup> Bonilla P and colls. 1° Consenso venezolano de la constipación inducida por analgésicos. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento. In: Betancourt C. *Etiología clínica y diagnóstico*. 1° Ed. Venezuela: TIPS, 2008

- ▶ inactividad
- ▶ falta de privacidad o dificultad para traslado al baño.

## Evaluación del paciente con constipación

Se deben indagar:

- > antecedentes personales: comorbilidades, medicación que utiliza
- > características de las deposiciones: frecuencia, consistencia y volumen
- > síntomas abdominales: dolor, flatulencias
- > examen físico: ascitis, palpación de visceromegalias y de tumoraciones. Verificar la presencia de ruidos hidroaéreos, defensa, reacción peritoneal, distensión abdominal y hemorroides
- > síntomas asociados a constipación: náuseas y vómitos, retención urinaria, deterioro cognitivo, dolor.

El tacto rectal permite evaluar la presencia de materia fecal en la ampolla del recto. Si el tacto rectal es negativo, y si los recursos locales lo permiten, se puede realizar una radiografía (Rx) de abdomen directa (de pie o acostado) para evaluar la magnitud de la constipación<sup>69</sup> y establecer un plan terapéutico.

En una Rx de abdomen tomada en decúbito dorsal, trazar 2 diagonales que se cruzan en el ombligo y originan 4 cuadrantes: colon ascendente, transverso, descendente y recto-sigmoideo.

Evaluar la cantidad de materia fecal en el lumen de cada cuadrante:

0 = vacío

1 = ocupa < del 50 %

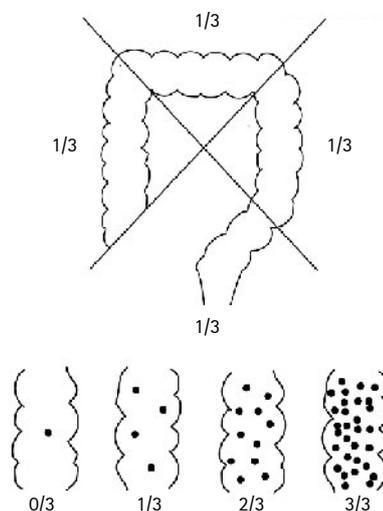
2 = ocupa > del 50 %

3 = ocupa todo.

El resultado es entre 0 y 12.

Más de 7 indica constipación severa y requiere intervención inmediata.

Figura N°5: Evaluación de la magnitud de la constipación



<sup>69</sup> Driver L, Bruera. E, The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 7. 1ª Ed. USA.: MD Anderson Cancer Center, 1999

## Tratamiento del paciente con constipación

### > Medidas generales

- ▶ Prevenir las situaciones predisponentes y corregir las causas reversibles.
- ▶ Aumentar la ingesta de líquidos y mantener la movilización.
- ▶ Controlar los síntomas que interfieren en la defecación (dolor abdominal, perineal, hemorroides). Favorecer el ambiente adecuado para la defecación (privacidad, silla sanitaria)
- ▶ Administrar laxantes al indicar medicamentos que producen constipación o discontinuar los que sean posibles suspender.

Los pacientes que reciben opioides deben recibir laxantes regularmente desde el inicio del tratamiento analgésico (con excepción de pacientes con diarrea).

### > Medidas específicas

Si la respuesta al tratamiento con un único tipo de laxante es escasa o nula, es necesario asociar laxantes de diferentes mecanismos de acción<sup>70</sup>

Si el tacto rectal confirma la presencia de materia fecal baja, pueden usarse supositorios que estimulen la ampolla rectal o enemas rápidos (ninguno facilita la evacuación de intestino alto ni la progresión de la materia fecal).

El enema de baja presión cumple la función de desbridar el contenido fecal y estimular el peristaltismo por la irritación que produce el agua oxigenada. Se recomienda realizarlo con solución fisiológica 400 cm<sup>3</sup> + 100 cm<sup>3</sup> de agua oxigenada de 10 volúmenes, a pasar en un tiempo mínimo de 2 horas para lograr el efecto.

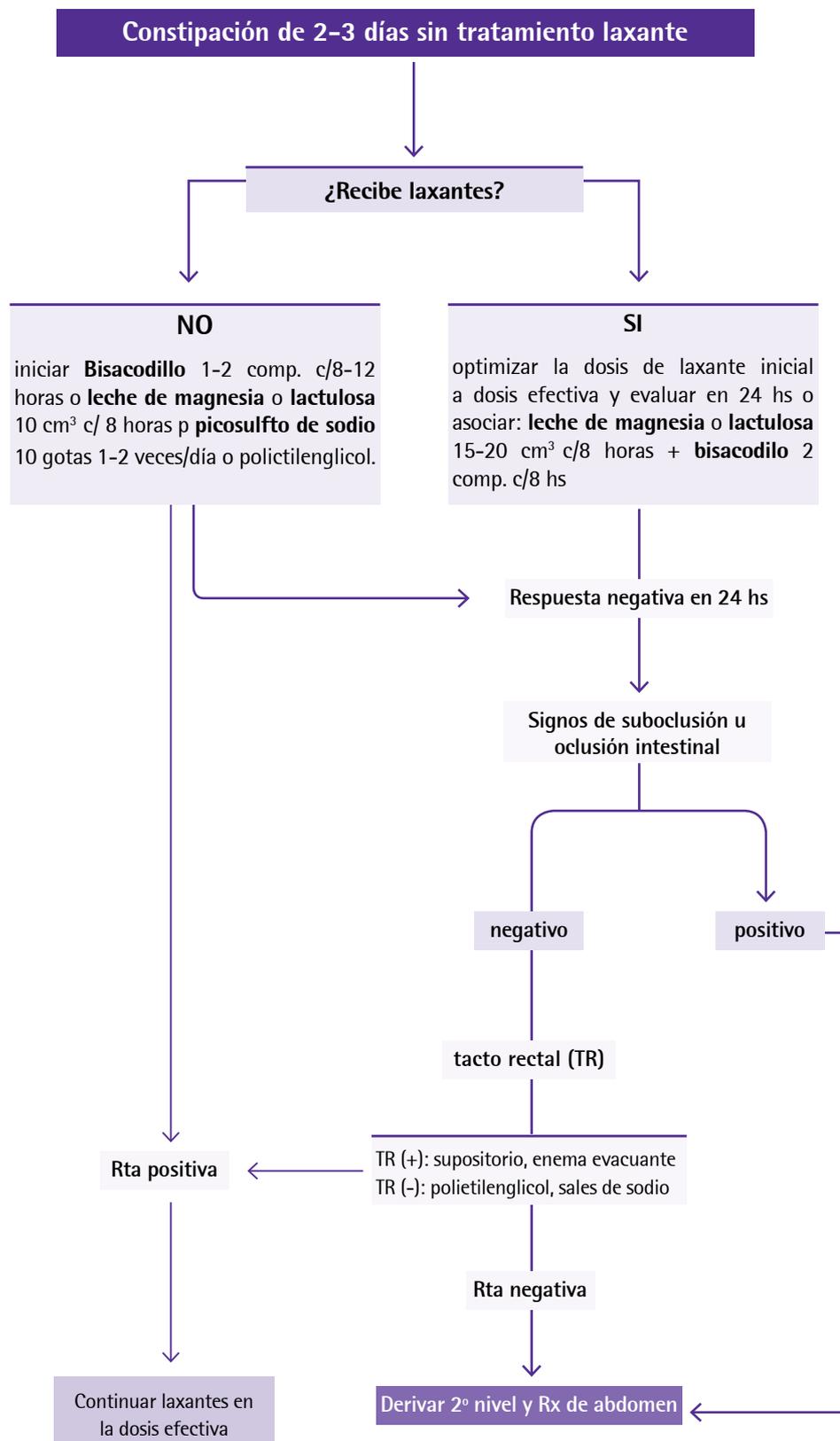
Si después de realizar el tratamiento adecuado a cada situación la respuesta lograda es negativa, se debe realizar la referencia a un segundo nivel de asistencia para realizar Rx de abdomen (en caso que no cuente con este recurso en su centro) y/o tratamiento específico.

Si se cuenta con Rx de abdomen actualizada y se puede calcular el puntaje de constipación que resulta mayor a 7:

- > en la porción colónica distal, el enema es la opción
- > en la porción colónica proximal, sin signos radiológicos de oclusión intestinal, la opción es la intensificación del tratamiento laxante oral.

<sup>70</sup> Candy B, Jones L ,and colls. Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos, Revisión sistemática. Cochrane.2007

Figura N°6: Evaluación de la magnitud de la constipación



Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA

Tabla Nº 7: Laxantes y mecanismos de acción. Niveles de evidencia<sup>71 72 73 74</sup>

Laxante	Mecanismo de acción	Tiempo de latencia	Dosis	Evidencia
<b>Agente formador de bolo</b>	Fibras: aumentan el volumen intraluminal, atraen agua, aceleran el tránsito intestinal.	12 a 48 horas	Salvado de trigo, psyllium, metilcelulosa 1 cuch. /sobre cada 12 horas	II a / B
<b>Laxantes salinos</b>	Aumentan la fluidez intestinal, efecto, osmótico, estimulan la peristalsis	1 a 6 horas	Leche de Mg:15-60 cm <sup>3</sup> / día Fosfato de Na 30 cm <sup>3</sup>	II b / C
<b>Agentes hiperosmolares</b>	Disminuyen pH intestinal, atraen H <sub>2</sub> O, Na, K, distienden la pared intestinal y estimulan la peristalsis.	8 a 24 horas	Lactulosa: 15-60 cm <sup>3</sup> Sorbitol: 15-60 cm <sup>3</sup>	II a / B
<b>Solución de polietilenglicol</b>	Incrementan el volumen e hidratan la materia fecal; disminuyen el tiempo de pasaje en colon	24 a 72 horas	Polietilenglicol 15-25 g/día diluido en 240 cm <sup>3</sup>	II a / A
<b>Emolientes o lubricantes</b>	Lubrican la superficie de materia fecal, mejora la propulsión a través del intestino	6 horas a 3 días	Aceite mineral, vaselina,parafina 15-45 cm <sup>3</sup> /día	II b / C
<b>Surfactantes</b>	Absorben agua en yeyuno y colon, aumentan el volumen de la materia fecal	24 a 72 horas	Docusato 100-800 mg	
<b>Estimulantes de contacto</b>	Disminuyen la absorción de agua, estimulan plexos entéricos	6 a 12 horas. Supositorios: 30-60 minutos	Bisacodilo 5 – 20 mg Sen 15 – 90 mg Picosulfato de Na 10 a 40 gotas/día	

Fuente: Bruera E, and colls. Textbook of Palliative Medicine.Cap 60.Constipación.1° Ed.UK: Hodder Arnold, 2006.

Leone F. Guía para la prescripción de opioides.Cap.3.Interacción Farmacológica y efectos adversos.1°Ed. Argentina:Ediciones Médicas Internacionales, 2004

Bertolino, M .Guía de manejo en cuidados paliativos Cap 10.1°Ed. Argentina:OMS- OPS, 2001

Candy B, Jones L ,and colls. Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos, Revisión sistemática. Cochrane.2007

Adaptación personal

<sup>71</sup> Bruera E, and colls. Textbook of Palliative Medicine.Cap 60.Constipación.1° Ed.UK: Hodder Arnold,2006

<sup>72</sup> Leone F. Guía para la prescripción de opioides. Cap.3.Interacción Farmacológica y efectos adversos. 1° Ed Argentina: Ediciones Médicas Internacionales,2004

<sup>73</sup> Bertolino, M .Guía de manejo en cuidados paliativos Cap 10.1° Ed. Argentina: OMS- OPS,2001

<sup>74</sup> Candy B, Jones L ,and colls. Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos, Revisión sistemática. Cochrane.2007

Las sales de sodio, que se absorben en forma sistémica, no deberían utilizarse en casos de insuficiencia renal, hipertensión arterial o insuficiencia cardíaca.

<sup>75</sup> Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Cap.12. In: Bertolino M, Bunge S, Rodríguez A. Manejo de síntomas gastrointestinales constipación, diarrea, vómitos, náuseas y oclusión intestinal . 1° Ed. Chile : Universidad Católica de Chile, 2010.

## > Educación del paciente y la familia

Los profesionales del equipo de salud deben informar al paciente y a la familia sobre:

- > causas de la constipación y como prevenirla, y la importancia de mantener el tránsito intestinal aun cuando la ingesta de alimentos es escasa o nula y la enfermedad es avanzada
- > los beneficios del uso de combinaciones de laxantes en dosis efectivas
- > relevancia de mantener momentos de privacidad para el paciente
- > uso de dispositivos facilitadores, como por ejemplo uso de sillón sanitario, elevador de inodoro
- > en las etapas finales de vida sólo se tratará la constipación si esta fuera una causa de molestia, tenesmo o dolor (fecaloma)<sup>75</sup>.

## > Criterios referencia y/o derivación

- > Signos y síntomas de oclusión intestinal: distensión abdominal, vómitos persistentes, ruidos abdominales escasos o ausentes
- > Prolapso rectal
- > Fisura anal
- > Complicaciones locales de hemorroides (hemorragia- trombosis).

En los casos de constipación por opioides, que no responde al tratamiento laxante, derivar a un nivel de mayor complejidad para la utilización de los antagonistas de receptores opioides periféricos (metilnaltrexona).

## Disnea

La disnea es una experiencia subjetiva de malestar al respirar, consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad. Es la percepción de una dificultad respiratoria más la reacción a esa sensación (preocupación, miedo, ansiedad).

La experiencia surge de interacciones entre múltiples factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales que pueden inducir respuestas fisiológicas y de comportamiento<sup>76</sup>.

Puede acompañarse de manifestaciones clínicas objetivas (taquipnea, cianosis, hiperpnea) que no siempre se correlacionan con la función pulmonar o sensación del paciente: el paciente puede tener taquipnea y no referir disnea; el paciente puede tener una respiración normal y referir disnea.

La prevalencia de disnea como síntoma de enfermedades avanzadas es alta y varía según el tipo de enfermedad de base: 30 al 75 % en pacientes con cáncer avanzado; 95% en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); 60% en insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedades de neurona motora. La incidencia incrementa en los últimos días de vida.<sup>77 78</sup>

<sup>76</sup> American Thoracic Society Dyspnea. Mechanisms, assessment and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med, 1999. N° 159, 321-340.

<sup>77</sup> Elsayem A, Driver L, Bruera E. The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.2.2°Ed.US: MD Anderson Cancer Center,2002.

<sup>78</sup> Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos en Medicina Paliativa . Cap.9. In: González M, Manejo de síntomas respiratorios 1° Ed. Chile:Universidad Católica de Chile, 2010.

En un contexto agudo puede ser percibido por el paciente y la familia como un signo de muerte inminente por ahogo o sofocación; es un síntoma que genera gran sufrimiento.

## > Mecanismos y causas que producen disnea

Es un fenómeno complejo que involucra centros cerebro-corticales y respuestas químicas y mecánicas de receptores pulmonares. Los mecanismos pueden ser:

- ▶ aumento del esfuerzo respiratorio (derrame pleural)
- ▶ alteraciones en músculos respiratorios (parálisis muscular)
- ▶ aumento de los requerimientos ventilatorios (hipoxemia).

En los pacientes con enfermedad avanzada los tres mecanismos pueden coexistir en diferentes proporciones.

Tabla Nº 8: Causas de disnea<sup>79 80</sup>

Compromiso pulmonar	Compromiso cardiovascular	Causas sistémicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infiltración parénquima pulmonar por cáncer o metástasis</li> <li>- Tumor pleural</li> <li>- Derrame pleural</li> <li>- Neumonía</li> <li>- Trombosis pulmonar</li> <li>- EPOC</li> <li>- Asma</li> <li>- Linfangitis carcinomatosa</li> <li>- Fibrosis</li> <li>- Neumotórax</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiencia cardíaca congestiva</li> <li>- Derrame pericárdico</li> <li>- Cardiopatía isquémica</li> <li>- Síndrome vena cava superior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemia</li> <li>-Diminución de masa muscular y peso (caquexia)</li> <li>- Ascitis a tensión</li> <li>-Enfermedades neuromusculares</li> <li>- Acidosis metabólica</li> <li>- Hepatomegalia</li> <li>- Ansiedad</li> </ul>

Fuente: Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1°Ed.Argentina: FEMEBA, 2007. Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos en Medicina Paliativa. Cap.9. En: González M, Manejo de síntomas respiratorios 1° Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010

Tabla Nº 9: Otras causas de disnea

Relacionadas a Tratamientos	Causas asociadas que exacerban la disnea
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neumonectomía</li> <li>- Lobectomía</li> <li>- Neumonitis posradioterapia o posquimioterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicógenas: ansiedad-depresión</li> <li>- Dolor no controlado.</li> </ul>

Fuente: Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1°Ed.Argentina: FEMEBA, 2007. Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos en Medicina Paliativa. Cap.9. En: González M, Manejo de síntomas respiratorios 1° Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010.

<sup>79</sup> Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1°Ed. Argentina: FEMEBA, 2007

<sup>80</sup> Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos en Medicina Paliativa. Cap.9. En: González M, Manejo de síntomas respiratorios 1° Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010.

## Evaluación del paciente con disnea

- > Debe incluir la identificación de las posibles causas
- > Realizar examen clínico y respiratorio, determinar la clase funcional, antecedentes, oximetría de pulso si está indicada y disponible
- > Evaluar la complejidad y el compromiso sistémico para referir al paciente a otro nivel asistencial para realizar intervenciones diagnósticas complementarias.

## Tratamiento del paciente con disnea

### > Medidas generales

Considerar los recursos locales disponibles para:

- ▶ iniciar simultáneamente el alivio del síntoma y el tratamiento de las causas reversibles
- ▶ realizar tratamiento inicial (fármacos y oxígeno), y según la evolución solicitar interconsulta
- ▶ acondicionar un ambiente ventilado, corriente de aire sobre el rostro, posiciones que favorezcan alivio, minimicen esfuerzos. Sugerir el uso de vestimenta cómoda
- ▶ acompañar para transmitir tranquilidad; estimular movimientos respiratorios y relajación.

### > Medidas específicas

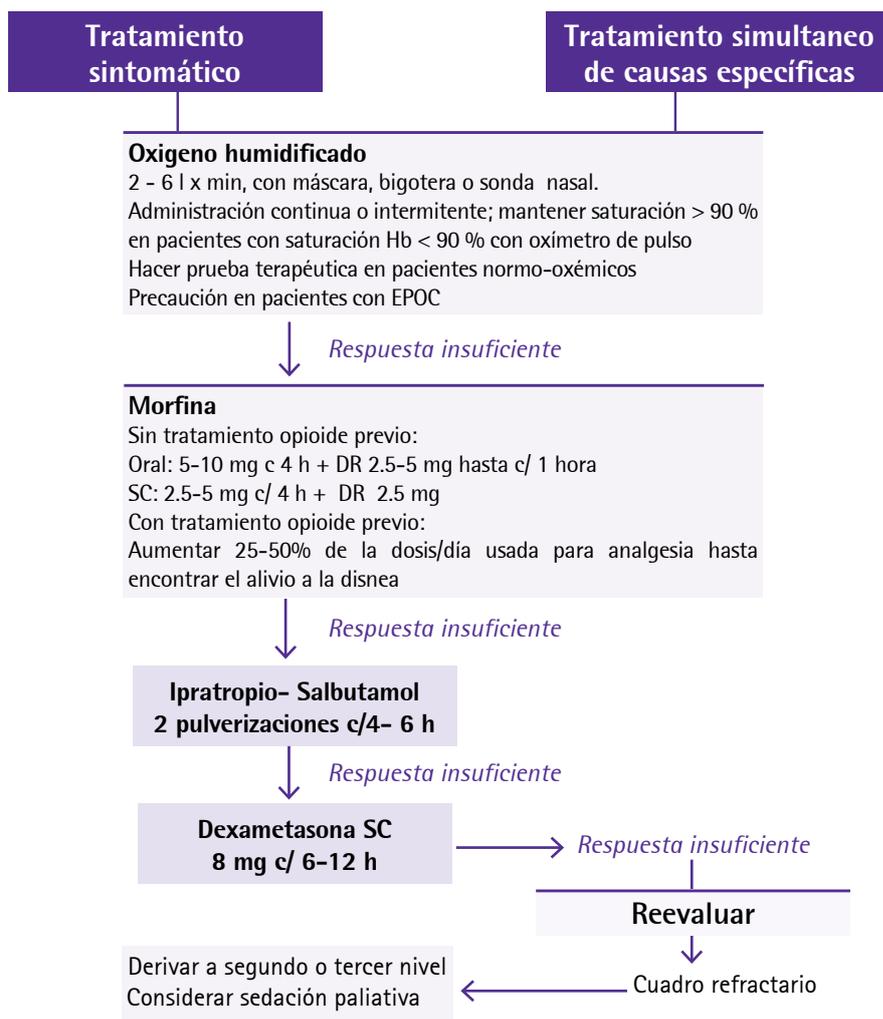
Iniciar tratamiento específico de acuerdo a las causas identificadas: corticoides, broncodilatadores, antibióticos, medicación cardiológica, ansiolíticos. Es importante el control de la ansiedad, de la tos y de las secreciones. Ofrecer kinesioterapia y apoyo psicológico según los recursos sanitarios disponibles.

Los opioides son eficaces para el alivio sintomático de la disnea en enfermedades pulmonares avanzadas oncológicas y no oncológicas<sup>81</sup>. Se los debe indicar por vía oral o subcutánea, en dosis fijas y dosis de rescate (se detallará más adelante). Si se requieren más de tres por día, es necesario reevaluar la dosis fija.

Ante situaciones como obstrucción mayor de la vía aérea o linfagitis carcinomatosa indicar dexametasona oral ó subcutánea 16-32 mg/día y derivar a un nivel de mayor complejidad; en caso de derrame pleural realizar derivación para evaluación en otro nivel de atención.

<sup>81</sup> Lorenz K, y cols. Evidence for improving Palliative Care at the End of life: a systematic review. Ann Intern Med. 2008; 147:148.

Figura N° 7: Tratamiento específico de la disnea



## > Educación del paciente y la familia<sup>82</sup>

Se debe brindar información sobre las causas del síntoma y las posibilidades de tratamiento (ambulatorio o en internación):

- > estar disponible y realizar control asistencial periódico.
- > facilitar la expresión de temores
- > proponer cambios: modificar la altura de la cama, evitar ambientes cerrados o ambientales, no usar escaleras ni levantar objetos pesados, realizar la higiene diaria en posición sentada, usar silla sanitaria y de ruedas, crear una corriente de aire sobre el rostro del paciente (un ventilador puede dar alivio significativo)
- > si la evolución es favorable, explicar como prevenir y actuar en crisis, enfatizar la importancia del uso de dosis de rescate entre las dosis fijas de medicamentos, asegurar la disponibilidad de medicamentos y de oxígeno.
- > respetar y promover la autonomía del paciente en las decisiones de tratamiento; discutir tratamientos y/o intervenciones posibles de acuerdo a la magnitud del cuadro (observación, traslado, internación)
- > explicar los límites de los tratamientos y dar esperanzas veraces del grado de alivio posible.

<sup>82</sup> Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Capítulo Disnea. Argentina: Programa Argentino de Medicina Paliativa. FEMEBA, 2007

## > Criterios de referencia o derivación

- > Disnea severa con sensación de asfixia.
- > Síndrome de vena cava superior.
- > Sospecha de derrame pleural masivo que requiere toracocentesis.
- > Disnea con hemoptisis severa.

La disnea puede evolucionar a la refractariedad terapéutica. Éste término representa la falta de alivio cuando se realiza un tratamiento adecuado en un tiempo prudencial, y puede plantear la referencia a un segundo o tercer nivel de asistencia y la posibilidad de sedación paliativa.

El objetivo terapéutico es el alivio percibido por el paciente y no el cambio de signos como la taquipnea o los ruidos respiratorios audibles.

## Dolor en Cuidado Paliativo

<sup>83</sup> IASP. IASP taxonomy. Disponible en <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/Pain-Definitions/default.htm>

El dolor se puede definir como una "sensación física y emocional desagradable asociada a una lesión tisular potencial o real, o bien descrita en términos de este tipo de lesión"<sup>83</sup>.

El paciente con ERVEA suele presentar distintos grados de sufrimiento. Este es un estado de malestar severo con experiencias desagradables asociadas con eventos que amenazan la integridad de la persona, generada por diferentes factores:

- ▶ físicos: dolor, vómitos, disnea
- ▶ sociales: falta de recursos económicos, burocracia del sistema sanitario
- ▶ psicológicos: ansiedad, depresión, trastornos cognitivos
- ▶ existenciales: ansiedad por la muerte inminente, falta de esperanza, vida conflictiva.

El cáncer es la principal causa de dolor agudo y crónico de los pacientes con ERVEAs: el 30 % de los pacientes con cáncer padecen dolor al momento del diagnóstico y entre el 65 – 85 % de los pacientes tienen dolor en las etapas avanzadas de la enfermedad. En este capítulo se describen conceptos relacionados al control del dolor en cáncer, que también se podrán aplicar a otras ERVEAs.

## Causas y mecanismos que intervienen en el dolor por cáncer

Corresponde diferencias entre dolor agudo y dolor crónico.

**Dolor agudo:** intervenciones diagnósticas o terapéuticas, infecciones oportunistas.

**Dolor crónico:** se debe a

- 80%: presencia del tumor como metástasis óseas, compromiso de nervios y vísceras

- 15%: la terapéutica oncológica: cirugía, radioterapia, entre otras
- 5%: contractura muscular, hernia de disco sin relación con el cáncer ni con su terapéutica.

Otras causas frecuentes de dolor agudo o crónico en pacientes con ERVEAs son:

- > artritis, artrosis
- > constipación
- > úlcera por presión
- > cefaleas
- > dolor por inmovilización muscular-articular
- > dolor isquémico: por ej. sarcomas exofíticos
- > mucositis: por ej. candidiasis oral; colitis por citomegalovirus, segundo síntoma más prevalente en pacientes con HIV.

**Mecanismo.** Según el mecanismo el dolor puede clasificarse en:

- > nociceptivo visceral, por la estimulación de nervios aferentes autonómicos. Por ej. hepatomegalia dolorosa
- > nociceptivo somático, por la estimulación de nervios aferentes somáticos. Por ej. dolor en metástasis ósea
- > neuropático, por daño de estructuras nerviosas del SNC o periférico. Por ej. dolor por herpes zoster
- > mixto, con componentes nociceptivos y neuropáticos. Por ej. tumor invasor de estructuras torácicas costales y musculares
- > idiopático. Por ej. dolor precordial inespecífico (descartadas causas cardiogénicas, visceral-opresivo, costo-condral).

## Evaluación del paciente con dolor

Para tratar correctamente a un paciente con dolor se requiere una evaluación precisa, completa, integral.

Las evaluaciones se deben realizar en la primera consulta, durante el tratamiento, a intervalos regulares, y cuando aparece un nuevo dolor.

Las preguntas "¿dónde, cuánto y desde cuándo le duele?" no son suficientes para una evaluación completa. Se deben investigar las características del dolor y también los factores que lo modifican o condicionan.

¿Qué evaluar? Localización, intensidad y características del dolor; estos aspectos deben ser evaluados con preguntas abiertas, sin inducir respuestas.

Por ejemplo: Hábleme sobre su dolor.  
 ¿Dónde lo siente? ¿Tiene algún recorrido particular? ¿Cuán fuerte es el dolor?  
 ¿Cómo lo describiría con sus palabras?  
 ¿Hace cuánto y cuándo aparece? ¿Qué lo alivia? ¿Qué lo agrava? ¿Cómo lo afecta en su vida cotidiana?

<sup>84</sup> Wenk R, Bertolino M, and colls. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007

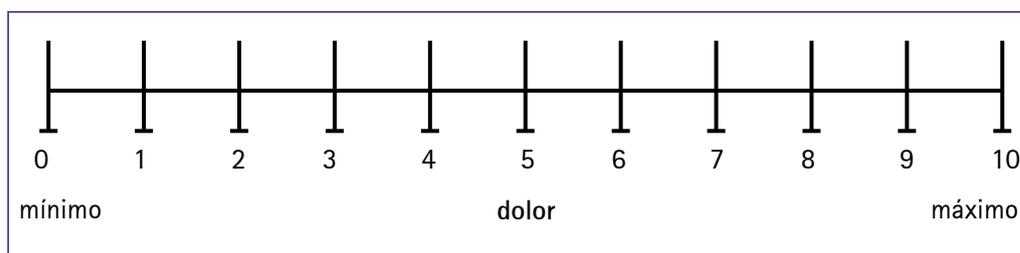
Descripción	Sospecha diagnóstica
"El dolor es quemante, como descargas eléctricas"	Lesión de estructura nerviosa
"El dolor aparece y desaparece"	Cólicos
"Me duele cuando como"	Lesión oral, esofágica o gástrica
"Me duele siempre en el mismo lugar, al mínimo movimiento"	Lesión ósea
"Me duele cuando entro en actividad"	Lesión muscular
"Me duele en el mismo lugar todo el tiempo"	Lesión de tejidos blandos
"Me duele en el abdomen, pero es difícil definir donde"	Lesión visceral

Si el paciente no describe el dolor con claridad se deben realizar preguntas específicas<sup>84</sup> sobre la localización e intensidad del dolor.

► **Ubicación:** *¿dónde duele?* Los pacientes pueden tener dolor en más de un sitio; la ubicación del dolor se debe registrar en las partes ventral y dorsal de un dibujo de una figura humana.

► **Intensidad:** *¿cuánto duele?* Para evaluar la intensidad del dolor se utilizan distintas escalas. (Puede consultar en el capítulo de dolor página 18 a 21 de la presente Unidad)

**a) Escala numérica.** El paciente selecciona en forma verbal o escrita un número en una escala de 0 a 10, donde 0 indica que no hay dolor y 10 indica dolor insoportable.



**b) Escala categórica.** El paciente tiene que elegir la palabra que indica la intensidad del dolor (Sin dolor, Dolor leve; Dolor moderado; Dolor severo); esta escala se utiliza cuando al paciente tiene dificultad para comprender las instrucciones del uso de la escala numérica.

- > sin dolor = 0
- > dolor leve = 1-2-3
- > dolor moderado = 4-5-6
- > dolor severo = 7-8-9-10

El dolor de intensidad 5 o mayor evaluado con cualquier escala de 0 a 10, provoca interferencia en las actividades de la vida cotidiana y deteriora sustancialmente la calidad de vida: produce cambios en el humor, trastornos del sueño y genera incapacidad para disfrutar, trabajar y relacionarse.

El dolor "existe" en la magnitud que el paciente reporta, si bien su percepción y expresión están relacionadas a múltiples factores como personalidad previa, estado emocional actual, interpretación dada al dolor, y otras causas coexistentes de sufrimiento.

► **Características:** ¿Cómo es el dolor? ¿Cuándo comenzó? ¿Es periódico, rítmico? ¿Es continuo, persistente? ¿Es superficial o profundo? ¿Es localizado o difuso? ¿Se acompaña de sensaciones anormales (hormigueos, quemazón, pinchazos)? ¿Qué factores alivian o empeoran el dolor?

- > ¿Acostarse? ¿Sentarse? ¿Pararse? ¿Algunos movimientos?
- > ¿Caminar?
- > ¿Masticar? ¿Tragar?
- > ¿Toser?
- > ¿Orinar? ¿Defecar?
- > ¿Contacto de la ropa con la piel?
- > ¿Cambios de clima?

► **Tratamientos analgésicos previos:** ¿qué drogas? ¿qué vías? ¿qué dosis? ¿qué respuesta (alivio)? ¿Qué efectos indeseables? Temor a efectos secundarios o adictivos.

En la mayoría de los pacientes, la evaluación del síndrome doloroso, el examen físico y algunas radiografías son suficientes para establecer la causa del dolor e iniciar el tratamiento pero en muchos otros casos se requieren otros estudios de imágenes, TAC, ecografías, RMN.

Si un paciente no puede comunicarse verbalmente (dificultad en la comunicación) la evaluación se realiza en base a la observación de sus "conductas dolorosas" (se correlacionan significativamente con las presencia de dolor) que son:

- suspiros, quejidos
- muecas o inmovilidad
- cambios del humor: irritabilidad, humor depresivo
- renguear, frotar o sostener el área afectada, cambiar de postura con frecuencia, sentarse con postura rígida
- descansos prolongados, movimientos temerosos, marcha interrumpida, solicitud de ayuda para caminar.

## Tratamiento del paciente con dolor en Cuidados Paliativos

El 85–95 % de los pacientes pueden ser tratados efectivamente con un programa de control y prevención del dolor de baja complejidad. Los objetivos son:

- controlar el dolor: durante el sueño, en reposo y en actividad
- mantener al paciente lúcido
- evitar o controlar los efectos indeseables del tratamiento.

El tratamiento farmacológico es efectivo en más del 90 % de los pacientes. Es económico, tiene escaso riesgo y da resultados rápidos.

<sup>85</sup> Foley, K. OMS. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario. Cancer Pain. US: OMS.Vol. 19, Núm. 1 – 2006.Pág 3-4.

La "escalera analgésica" de la OMS<sup>85</sup> describe el uso de los analgésicos considerando la intensidad del dolor del paciente.

La base del tratamiento analgésico recomendado es farmacológica, pero no se deben dejar de lado las medidas para resolver o aliviar los problemas psicológicos y sociales y se debe considerar la utilización de otras opciones terapéuticas.

Las otras opciones (quimioterapia, radioterapia, cirugía, procedimientos anestésicos, procedimientos físicos como estimulación cutánea con calor, frío, masajes e intervenciones psicológicas) pueden solicitarse o realizarse en los niveles de complejidad 2º y 3º.

El tratamiento del dolor se basa en la combinación y uso secuencial de diferentes fármacos agrupados en 3 categorías: los adyuvantes, los AINEs, y los analgésicos opioides.

#### Escalera analgésica de la OMS

##### Escalón 1.

El paciente tiene POCO dolor (1-3) o MODERADO dolor (4-6)  
Sin tratamiento analgésico previo:

- ▶ utilizar analgésicos no opioides (si no hay contraindicación)
- ▶ utilizar drogas coanalgésico o adyuvantes

##### Escalón 2.

Dolor moderado sin tratamiento o que persiste o aumenta usando analgésicos no-opioides:

- ▶ utilizar analgésicos opioides débiles
- ▶ utilizar drogas coanalgésico o adyuvantes.  
Continuar o no con el analgésico no opioide.

##### Escalón 3.

Dolor SEVERO, que persiste o aumenta usando analgésicos opioides débiles:

- ▶ utilizar analgésicos opioides potentes
- ▶ utilizar drogas coanalgésico o adyuvantes.  
Continuar o no con el analgésico no opioide.

Con dolor LEVE o MODERADO en la primera evaluación *se puede* comenzar con un opioide débil.  
Con dolor SEVERO (Dolor 7-10) en la primera evaluación *se debe* comenzar con un opioide potente.

Con frecuencia, los pacientes que no responden o no toleran a una categoría o subcategoría responden bien a una selección diferente. Los médicos deben conocer cada categoría para individualizar y optimizar los tratamientos.

## > Paracetamol

Analgésico, antipirético, sin efecto antiinflamatorio ni de anti agregación plaquetaria, con mejor perfil de efectos secundarios que los AINES, a excepción de la insuficiencia hepática en caso de sobredosis. Utilizar con precaución en personas con hepatopatía previa.

*Paracetamol: 500 mg c / 4-6 hs. Dosis máximo 2000-3000 mg*

## Analgésicos anti inflamatorios no esteroides (AINEs)

Los AINEs se utilizan en el dolor óseo y en el dolor asociado con procesos inflamatorios; tienen un valor limitado por su relativa eficacia máxima. Poseen acciones farmacológicas comunes: propiedades anti-inflamatorias, efectos analgésicos y antipiréticos y efecto antiagregante plaquetario. El mecanismo de acción es la inhibición las ciclo-oxigenasas 1 y 2.

Los efectos antiinflamatorio, analgésico, antipirético y antiagregante plaquetario se deben al efecto sobre las enzimas ciclo-oxigenasas; el efecto analgésico se debe a mecanismos periféricos y a acciones en el sistema nervioso central.

Estos fármacos son útiles en dolores de intensidad leve o moderada (Dolor 1-5). No desarrollan tolerancia. Tienen mecanismo de acción diferente al de los opioides. Pueden ser combinados con los opioides.

AINEs: tienen toxicidad diferente a la de los opioides pero más seria, porque generalmente producen lesión orgánica: gastritis o úlcera péptica, falla renal, disfunción plaquetaria, hepatitis (con dosis supra-máximas).

No deben ser utilizados en forma crónica por su capacidad para producir efectos indeseables significativos:

- > enfermedad renal
- > hepatotoxicidad
- > coagulopatía
- > úlcera gastroduodenal
- > reducción de la eficacia de algunos antihipertensivos (bloqueadores beta, inhibidores de enzima de angiotensina-convertidora y diuréticos).

Los factores de riesgo en el uso de AINEs son:

- > edad mayor de 65 años
- > antecedente de enfermedad úlcero-péptica
- > uso concomitante de esteroides
- > uso de más de un AINE
- > uso por más de 3 meses.

Tabla Nº 10: Dosis de AINEs

	Dosis	Límites (en 24 hs)
<b>Diclofenaco</b>	25 - 50 mg. c / 8-12 hs	75 - 150 mg
<b>Ketorolaco*</b>	10-20 mg c/6 hs	90 mg
<b>Ibuprofeno</b>	200 - 600 mg. c / 6-8 hs	1200 - 3200 mg
<b>Naproxeno</b>	250 - 500 mg. c/ 12 hs	500 - 1250 mg
<b>Dipirona (metamizol) *</b>	500 mg c/6-8 hs	4000 mg/día

\*utilización confinada a corto plazo (5 días)

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA

## Analgésicos opioides (AO)

Son los fármacos más importantes en el tratamiento del dolor agudo y crónico de intensidad moderada o severa (Dolor 6 /10 a 10/10).

Ejercen su acción a través de los receptores opioides, son la base del tratamiento en enfermedades oncológicas y no oncológicas (neuropatías, dolor post-amputación, dolor neuropático, artritis reumatoide, dolor postoperatorio, dolor por quemadura, dolor traumático, dolor por fracturas óseas, cefaleas, neuralgias craneanas, cervico-braquialgias, infarto de miocardio, neumotórax, cólico biliar-renal-ureteral, pancreatitis, lumbalgias, artrosis de cadera y de rodilla).

El uso crónico de analgésicos opioides generalmente no se asocia con toxicidad orgánica significativa ni deterioro cognitivo. Los efectos indeseables más comunes son las náuseas y la constipación. El abuso de drogas y el desarrollo de tolerancia son raros con el uso de opioides en el tratamiento del dolor. Aun en pacientes con historia de conducta adictiva los opioides se pueden indicar con medidas de supervisión específica para cada caso. Por ej. educación a cuidadores, administración de medicación limitada según los controles médicos a realizar, prescripciones de recetas registradas en historia clínica, para controlar la administración de medicación; supervisión del síntoma y del tratamiento en períodos cortos de tiempo.

Los analgésicos opioides clínicamente se dividen en dos grupos.

Analgesicos Opioides débiles	Analgesicos Opioides potentes
codeína dextropropoxifeno tramadol	oxicodona buprenorfina fentanilo hidromorfona metadona morfina nalbufina petidina (meperidina)

Los fármacos que NO deberían ser usados en el tratamiento del dolor en pacientes con ERVEAs son:

- > **meperidina:** tiene vida media corta y su metabolito normeperidina es tóxico
- > **buprenorfina:** agonista parcial de baja eficacia máxima
- > **nalbufina:** opioide agonista-antagonista de baja eficacia máxima, que si se administra a un paciente que recibe agonistas puede revertir la analgesia y desencadenar un síndrome de abstinencia.

### > Principios generales para el uso de analgésicos opioides<sup>86</sup>

- > Conocer las dosis, la duración de acción y la presentación de varios AO potentes.

<sup>86</sup> Wenk R, Leone F. y col. Cuidados Paliativos. Monografía. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA.2002.

- > Individualizar la vía de administración, las dosis y los horarios para cada persona.
- > Controlar los pacientes, especialmente al inicio del tratamiento o al cambiar de dosis, intervalos o fármacos.
- > Buscar y tratar los efectos indeseables.
- > La selección del opioide se realiza de acuerdo a la escalera analgésica de la OMS.
- > El régimen analgésico debe ser adaptado al paciente: cada uno necesita una dosificación individual.
- > Se debe mantener un nivel estable del fármaco en sangre para prevenir la ocurrencia de dolor, por lo tanto los opioides deben ser indicados a intervalos regulares.
- > Los diferentes opioides pueden tener diferente efecto analgésico y efectos indeseables en cada paciente.
- > Como la tolerancia cruzada entre opioides no es completa, si no se obtienen buenos resultados con la dosificación apropiada con un opioide es útil cambiar a una droga alternativa (ver "rotación de opioides")
- > Los pacientes con falla renal pueden acumular opioides que se eliminan por vía renal (ej. morfina, oxicodona, hidromorfona).

## > Determinación de la dosis de analgésicos opioides

- > Titular la dosis, según el balance analgesia / efectos secundarios, hasta encontrar la que controla el dolor con menores efectos indeseables.
- > No hay dosis óptima o máxima para los analgésicos opioides potentes: morfina, metadona, oxicodona, hidromorfona; en la mayoría de los pacientes el control del dolor se mantiene con un promedio entre 60 y 100 mg de morfina en 24 horas.
- > En los casos de dolor severo o mal control que puedan requerir dosis mas altas, es conveniente referir a asistencia en centros de cuidados paliativos de nivel 2º o 3º.
- > Indicar dosis fijas según duración de acción. Se deben planificar los intervalos de administración para prevenir la reaparición del dolor y utilizar el número mínimo de dosis diarias.
- > Indicar dosis de rescate: dosis a demanda, generalmente del 10% de la dosis diaria para tratar o prevenir crisis de dolor inter-dosis. Su intervalo depende del tipo de opioide y vía utilizada.
- > Ajustar las dosis aumentando o reduciendo en 30–50 % las dosis previas o sumando las dosis de rescates utilizadas en 24 horas; la mayoría de los pacientes necesitan ajuste frecuente de la dosis.
- > Evaluar la repuesta analgésica por lo menos una vez por día al inicio del tratamiento; y por lo menos una vez por semana en situación estable.
- > Prevenir/tratar efectos secundarios (laxantes, antieméticos)
- > Cuando se utilizan analgésicos opioides se pueden utilizar adyuvantes específicos según las características de dolor.

Dosis/día: es la dosis total de un opioide utilizada en 24 horas (dosis + rescates)

La Dosis Equianalgésica de Morfina Oral (DEMO) por día es la cantidad de miligramos de un fármaco analgésico administrada que brinda el mismo alivio que una dosis determinada de morfina oral.

## > Efectos secundarios de los opioides

- > Náuseas/vómitos (habitualmente desaparecen con el uso continuado del fármaco después de los primeros 3 o 4 días).
- > Somnolencia, sedación (habitualmente desaparece con el uso continuado del fármaco)
- > Constipación.
- > Boca seca.
- > Otros: confusión, mioclonías y miosis, pesadillas, ensueños vívidos, alucinaciones, delirium, desorientación, hipotensión postural, urgencia urinaria, retención urinaria, rubor, sudoración, prurito, dependencia física/psicológica o tolerancia. Depresión respiratoria.

Para las náuseas y vómitos se desarrolla tolerancia a partir de las 48-72 hs de comenzado el tratamiento, para la constipación NUNCA se desarrolla tolerancia.

Excepto metadona y propoxifeno, la vía de eliminación de los metabolitos de todos los opioides es renal, se debe prevenir la aparición de efectos adversos secundarios a la acumulación de los mismos controlando la función renal y manteniendo una adecuada hidratación.

### Vías de administración

**Vía oral:** es la mejor opción. Se la debe utilizar mientras es posible. Según la OMS el 70 - 90 % de los pacientes pueden tener control adecuado de su dolor con el uso de la vía oral, por días, semanas, meses o años.

**¿Qué utilizar en la administración por vía oral?** Preparaciones comerciales y/o preparaciones magistrales elaboradas por un farmacéutico.

#### Preparaciones comerciales

- ▶ Comp. de 30 mg de clorhidrato de morfina, liberación inmediata (inicio de acción 10-90 min., duración 3-6 horas).
- ▶ Comp. de 10 mg y de 30 mg de sulfato de morfina, liberación sostenida (efecto máximo a las 4 horas, duración 12 horas).
- ▶ Comp. de 5 mg y de 10 mg de clorhidrato de oxicodona de liberación inmediata (inicio de acción 10-15 min., duración 4-6 horas).
- ▶ Comp. de 10 mg, de 20 mg y de 40 mg de clorhidrato de oxicodona de liberación sostenida (efecto máximo a las 4 horas, duración 12 horas).
- ▶ Comp. de 5 mg, de 10 mg y de 40 mg de clorhidrato de metadona (inicio de acción 15-30 min., duración 8-12 horas).

### Preparaciones magistrales elaboradas por un farmacéutico

- ▶ Soluciones acuosas de sulfato o clorhidrato de morfina u oxycodona (en concentración variable: de 1 a 20 mg por ml. que son de liberación inmediata, siendo la más utilizada y fácil de dosificar de solución acuosa de clorhidrato de morfina al 10 ‰ (10/1000), que significa que hay una concentración de 10 mg de morfina por cada ml de solución).
- ▶ La concentración de las soluciones prescritas se realiza teniendo en cuenta que una dosis de menor volumen y con mayor concentración del opioide, suele ser de más fácil administración oral que aquellas donde el volumen es mayor teniendo la misma dosis en miligramos.
- ▶ Ejemplos:
  - > Para administrar 10 mg cada 4 hs de solución de morfina al 10% o (donde 1ml contiene 10 mg), se debe administrar 1ml cada 4 hs.
  - > En cambio al prescribir 10mg cada 4hs de una solución de morfina al 2% o (donde 1 ml contiene 2 mg), se debe administrar 5 ml cada 4 hs.

### > Esquemas de liberación prolongada

- > Lograr buena analgesia con un opioide de liberación inmediata. No iniciar el tratamiento con opioides de liberación sostenida porque alcanzar buena analgesia puede tomar varios días.
- > Determinar la dosis diaria en mg del opioide de liberación inmediata en uso.
- > Indicar la dosis equivalente del opioide de liberación sostenida (morfina u oxycodona) dividida en dos dosis c/ 12 horas, o en tres dosis c/ 8 horas si es necesario.
- > Indicar dosis de rescate de opioide de liberación inmediata, preferentemente del mismo opioide.
- > Los comprimidos de liberación sostenida deben tragarse enteros: no hay que dividirlos ni triturarlos.

La metadona es un analgésico de gran potencia y larga vida media que requiere durante la titulación de su dosis el estricto control médico de efectos adversos en el paciente (somnia, síndrome confusional). Debe administrarse c/ 12 horas y en algunos casos c/ 8 horas.

**Vía parenteral:** si no se puede utilizar la vía oral (incapacidad para deglutir, obstrucción intestinal, náuseas y vómitos intratables, o en final de vida) la vía parenteral más segura y confortable es la subcutánea.

Si el paciente ya tiene una vía endovenosa, se puede utilizar. No usar la vía intramuscular porque las inyecciones son dolorosas y aumentan el riesgo de abscesos.

Los opioides parenterales pueden ser administrados con inyecciones intermitentes o con infusión continua.

La inyección intermitente subcutánea es la forma más económica y simple de administración.

La metadona no se administra vía parenteral.

## > Indicaciones

La dosis diaria total de oxycodona y de morfina se divide por 6 y se administra cada 4 horas como inyección SC (ver capítulo de vía subcutánea). Si el paciente requiere por largo tiempo inyecciones regulares intermitentes de opioides se pueden usar equipos portátiles, económicos, simples y seguros con los que el paciente o un familiar pueden administrar las dosis.

## > ¿Qué utilizar en la administración vía parenteral?

### Preparaciones comerciales y/o magistrales

**Preparaciones comerciales:** ampollas de clorhidrato de morfina, de 10 y 20 mg/cm<sup>3</sup>.

**Preparaciones magistrales:** soluciones acuosas de sulfato o clorhidrato de morfina o de clorhidrato de oxycodona (+ o - concentradas: 5 a 20 mg /cm<sup>3</sup>).

### Concentraciones habituales de soluciones de opioides:

- 10 ‰ (10 x mil) = 10 g en 1.000 cm<sup>3</sup> = 10 mg en 1 cm<sup>3</sup>
- 1 ‰ (1 x cien) = 1 g en 100 cm<sup>3</sup> = 10 mg en 1 cm<sup>3</sup>

## > Coeficientes para calcular dosis equianalgésica

La administración de opioides diferentes a la morfina requiere su conversión a una equivalencia de morfina oral (DEMO).

Para calcular la DEMO se realiza la multiplicación o división por el coeficiente de conversión indicado en la segunda columna de la siguiente tabla<sup>87</sup>:

Tabla N° 11: Cálculo de DEMO

Opioide que está recibiendo el paciente	Equivalencia para cambiar la vía de administración
Morfina oral	Cambio a morfina subcutánea o endovenosa: dosis oral ÷ 2
Morfina, subcutánea o endovenosa	Cambio a morfina oral: dosis subcutánea o endovenosa x 2
Meperidina, subcutánea o endovenosa	Cambio a morfina oral: dosis subcutánea o endovenosa x 3
Codeína oral	Cambio a morfina oral: dosis codeína oral ÷ 8-10
Propoxifeno oral	Cambio a morfina oral: dosis de propoxifeno ÷ 10
Tramadol oral	Cambio a morfina oral: dosis de tramadol oral ÷ 8 o 10; NC
Oxycodona oral	Cambio a morfina oral: dosis de oxycodona oral x 1,5
Metadona oral	Cambio a morfina oral: dosis de metadona oral x 5
Fentanilo, subcutánea o endovenosa	Cambio a morfina oral: dosis subcutánea o endovenosa ÷ 100

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

Cuando se cambia de un analgésico opioide a otro, dividir o multiplicar por el coeficiente indicado para determinar la dosis diaria del nuevo opioide.

<sup>87</sup> Walsh D and colls. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.138. Sec. A. In: Friedemann N, Hardy J. Opiáceos. 1ª Ed. España:Elsevier,2010.

Ejemplos:

- morfina SC -> a Morfina O: calcular la dosis de morfina parenteral x 2
- morfina O -> Propoxifeno O: dosis morfina x 10.

No todos los centros usan las mismas tablas de dosis equianalgésicas. A continuación se describen otras modalidades de equivalencias:

Tabla Nº12: Dosis equianalgésicas de opoides

<b>Morfina</b>	10 mg O = 7-10 mg vía rectal 10 mg O = 3-5 mg SC ó EV
<b>Hidromorfona</b>	Morfina 10 mg O = Hidromorfona 2 mg O Hidromorfona 2 mg O = Hidromorfona 1 mg SC ó EV
<b>Oxicodona</b>	Morfina 10 mg O = oxicodona 7,5 mg O Oxicodona 10 mg O = oxicodona 5 mg SC ó EV
<b>Metadona</b>	La relación equianalgésica depende de la dosis del opioide previo: > si la dosis de morfina es de 30-90 mg O, usar una relación 4:1 (ej. 30 mg de morfina aprox. equivale a 7 mg de metadona) > si la dosis de morfina es de 90-300 mg O, usar una relación 8:1 (ej. 300 mg de morfina aprox. equivale a 35 mg de metadona) > si la dosis de morfina es >300 O, usar una relación 12:1 (ej. 400 mg de morfina aprox. equivale a 35 mg de metadona) > si la dosis previa de morfina es mucho mayor de 300 mg la relación de dosis será mayor que 12:1
<b>Fentanilo</b>	Para el fentanilo transdérmico es necesario guiarse por las tablas de recomendación del fabricante. Para fentanilo parenteral se sugiere una relación de dosis: 100 mg morfina SC = 1 mg fentanilo SC.

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

## > Rotación de opioides

Durante el tratamiento analgésico con opioides algunos pacientes no logran el adecuado control del dolor a pesar del uso de dosis altas y otros presentan efectos secundarios importantes (sedación, náuseas, vómitos, delirio), en estos casos la rotación de opioides permite lograr la adecuada analgesia y el control de los efectos indeseados<sup>88</sup>.

La misma consiste en suspender el opioide en uso y sustituir por otro de la misma categoría, para obtener buena analgesia y el control de los efectos indeseables.

La rotación a otro opioide (principalmente a metadona) es conveniente que sea guiada o realizada por especialistas en cuidados paliativos o en centros donde existan profesionales entrenados en la prescripción de metadona. Se debe cumplir el siguiente procedimiento:

- ▶ calcular la dosis diaria del opioide en uso
- ▶ calcular su equivalencia a otro opioide fuerte
- ▶ reducir la dosis en 25-50 %
- ▶ reemplazar los opioides:
  - >suspender el opioide en uso e iniciar simultáneamente el nuevo (opioides acción rápida)

<sup>88</sup> Wenk R, Bertolino M, and colls. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007

- > suspender progresivamente el opioide en uso e iniciar progresivamente el nuevo (opioides de acción prolongada)
- ▶ establecer un nuevo esquema de dosis de rescate

## > Analgésicos Opioides. Consideraciones Generales

### Dosis de rescate:

- ▶ para tratar el dolor de aparición súbita; prevenir el dolor ante circunstancias que puedan producirlo: cambio de posición, higiene, movilización pasiva
- ▶ se utiliza un opioide de acción inmediata
- ▶ del mismo opioide que recibe el paciente en forma horaria
- ▶ del 10 % de la dosis diaria, o del 50 % de la dosis horaria
- ▶ cada 1 -2 horas según el opioide, sin modificar la dosis horaria.

### Opioides presentación en gotas

Se encuentran disponibles presentaciones comerciales y presentaciones magistrales preparadas por un farmacéutico.

Esta presentación tiene la ventaja de poder titular la dosis del opioide según el balance analgesia/efecto adverso y de administrar las dosis de rescate (dosis a demanda, del 50 % de la dosis horaria ó 10 % de la dosis diaria).

**Tramadol:** las presentaciones habituales son: 5 % (50 mg/ml), donde 1ml= 20 gotas= 50 mg; y 10 % (100 mg/ ml), donde 1 ml = 20 gotas = 100 mg.

Por ejemplo inicio el tratamiento con 50 mg de tramadol cada 6 horas de la siguiente manera: Indico tramadol al 5 % cada 6 hs: tomar 20 gotas (50 mg) cada 6 horas haya o no dolor (equivale a 300 mg/ día). Las dosis de rescate: si hay dolor entre dosis tomar 10 gotas (25 mg) cada 2 horas hasta cuatro en el día.

Recordar que el tramadol tiene dosis máxima de 400 mg/ día. En pacientes mayores de 65 años es de 300 mg/día, y en pacientes con insuficiencia renal es de 200 mg/día.

**Morfina:** Las formulaciones magistrales preparadas por un farmacéutico como solución acuosa de sulfato o de clorhidrato de morfina en la dilución solicitada por médico, ya sea por ciento (%) o por mil (‰), en rango entre 0,1 al 4 %, no se recomienda utilizar una concentración mayor al 4 % porque precipita. Se conserva en la heladera, en frascos color caramelo.

La dosis de inicio en pacientes que no reciben opioides es de 30 mg/día (DEMO: 30) por vía oral, dividida en dosis administradas cada 4 horas, con dosis de rescate cada 1 hora.

Ejemplo: Para indicar 30 mg/día de morfina VO:

> suspensión de morfina al 5 ‰ (5 mg/ml): Tomar 1 ml (5 mg) cada 4 horas haya o no dolor. Dosis de rescate: 0,5 ml cada una hora

> suspensión de morfina al 1‰ (10mg/ml): Tomar 0,5 ml (5 mg) cada 4 horas, con o sin dolor. Dosis de rescate: 0,25 ml cada hora.

Si el paciente controló el dolor en 24 horas, o requirió hasta dos rescates, continua con la dosis y el esquema inicial.

Si persiste el dolor o para controlarlo requiere más de 3 rescates en 24 horas, se ajusta la dosis sumando la dosis/día más la dosis administrada con todos los rescates, esta es la nueva DEMO.

En el caso de pacientes están en tratamiento con opioides diferentes a la morfina, en especial los que tienen dosis máximas como el tramadol (100 mg cada 6 horas), propoxifeno (200 mg cada 4 horas), codeína (90 mg cada 4 horas) y continúan con dolor, es necesario rotar de opioide. Se realiza de la siguiente manera:

> se determina la dosis diaria del opioide que recibe, por ejemplo, 200 mg de propoxifeno cada 4 horas: 1200 mg/día

> determinar la dosis de morfina oral (DEMO) con la tabla de dosis equianalgésicas, en nuestro caso, la relación de potencia entre propoxifeno oral a morfina oral es: dosis de propoxifeno/10=  $1200/10= 120$ , es decir, la dosis equianalgésica de morfina oral (DEMO) es de 120 mg/día

> aumentar DEMO a un 30-50 ‰ ya que el paciente está con dolor, por ejemplo, aumento la dosis equianalgésica a  $30\%= 160$  mg/día, esta es la nueva DEMO, que deberá indicar dividida en 6 dosis/día

> indicar nueva dosis de rescate.

Es importante priorizar el descanso, si el paciente está durmiendo en el momento de recibir la dosis horaria, diferir esta hasta el momento en que despierte.

Al iniciar el tratamiento con opioides, se debe explicar cuáles son los efectos adversos que se pueden presentar, y prevenirlos indicando metoclopramida 10 mg cada 4 horas o domperidona 10 mg cada 8 horas durante los primeros 4 a 5 días. La constipación desarrolla tolerancia muy lentamente, por lo tanto siempre indicar laxantes: bisacodilo 5 mg cada 8 horas y/o lactulosa 10 cc cada 8 horas, evaluar en todas las consultas catarsis y uso de laxantes.

Se considera que hay un buen control del dolor cuando:

- ▶ El paciente no presenta dolor la mayor parte del día.
- ▶ Tiene pocos episodios de dolor leve (1-4/10)
- ▶ Utiliza al menos dos recates diarios con un buen balance analgesia-efectos adversos.

De ser así, se continua con el mismo esquema con monitoreo periódico.

### En caso de mal control del síntoma:

- ▶ Presenta dolor moderado-severo (5-6/10) la mayor parte del día.
- ▶ Requiere más de tres rescates en 24 horas.
- ▶ Tiene efectos adversos limitantes: rotar a otro opioide.

### > Interrupción del tratamiento con opioides

Si el paciente no requiere más opioides debido a un tratamiento efectivo (radioterapia o quimioterapia) o a procedimientos analgésicos (neuroquirúrgicos, bloqueos nerviosos) la dosis total puede ser reducida a un 75 % sin riesgo significativo de síndrome de abstinencia. Luego la dosis puede ser reducida a la mitad cada 48 a 72 horas. Cuando la dosis total diaria es equivalente a 15 mg de morfina oral (ver tabla equianalgésica), el opioide puede ser interrumpido totalmente<sup>89</sup>.

### > Conceptos erróneos sobre el uso de los opioides en pacientes con Enfermedades con Riesgo de vida en Estadío Avanzado (ERVEAs) con dolor severo

#### Tratamiento de la depresión respiratoria

A causa de la tolerancia progresiva a los opioides, la depresión respiratoria es una posibilidad extremadamente infrecuente en los pacientes con cáncer. Los pacientes que pueden estar más vulnerables son los que presentan uso de múltiples rescates, error en la administración de dosis o acumulación de opiodes por deterioro de la función renal en pacientes que reciben opioides de excreción renal (morfina, oxicodona, hidromorfona).

#### Sobre el desarrollo de adicción

El desarrollo de adicción en los pacientes que reciben opioides para el dolor por cáncer es extremadamente infrecuente (< 1 en 12.000 pacientes) y no debe ser considerado un problema.

#### Los opioides deben ser indicados según necesidad

La mayoría de los opioides solo actúa por un período aproximado de 4 horas. El retraso promedio que transcurre entre que el paciente requiere los opioides y el momento en que experimenta el efecto analgésico es de aproximadamente 45 minutos. Si este proceso se repite 6 veces por día, el paciente permanece con dolor un mínimo de 4 horas por día.

La prevención del dolor es uno de los principales objetivos del tratamiento del dolor por cáncer.

Los opioides no deben ser indicados a demanda y deben ser administrados a intervalos regulares.

#### El temor a la tolerancia

El 85 % de los pacientes con cáncer no desarrollan tolerancia significativa, el restante 15 %

desarrolla tolerancia por razones que no se conocen. A pesar de esto, este último grupo de pacientes pueden recibir buena analgesia si las dosis se aumentan a medida que el dolor aumenta.

Mitos erróneos atribuidos a la morfina. El personal de salud así como pacientes y familiares tienen una serie de creencias sobre el uso de la morfina y sus consecuencias

En el personal de salud	En los pacientes y familiares
> sólo debe emplearse cuando el paciente está por morir	> significa que pronto voy a morir
> adelanta la muerte	> ya no habrá nada para cuando empeore el dolor
> no es efectiva	> temor a la adicción
> causa depresión respiratoria	> temor a que no funcione
> causa efectos secundarios inaceptables	
> produce tolerancia, dependencia física y psicológica	

## > Adyuvantes o Coanalgésicos

La elección del adyuvante dependerá del tipo de dolor y las características del paciente.

Son fármacos cuya indicación primaria tiene efecto para patologías específicas, pero secundariamente tienen propiedades analgésicas en algunos síndromes dolorosos o son de utilidad para el tratamiento sintomático en pacientes en Cuidados Paliativos<sup>90</sup>.

Se deben conocer y considerar los efectos secundarios de cada droga antes de iniciar el tratamiento, explicar al paciente la posibilidad de que aparezcan y realizar la profilaxis de los mismos si es posible.

► **Antidepresivos.** Mejoran la depresión y el insomnio; son útiles en los dolores neuropáticos. No restauran la función de nervio pero reducen el ardor y el dolor en la mayoría de los pacientes.

> **amitriptilina** o la **nortriptilina** oral: 10 – 25 mg por noche

> **imipramina** oral: 12,5 – 150 mg por día

> **trazodona** oral: 50 – 150 mg por día.

**Como regla general:** el día 1 pueden dar efectos secundarios que deben ser informados a los pacientes (efectos anticolinérgicos: boca seca, gastrointestinales, hipo o hipertensión, confusión), el día 3 comienzan a producir efecto analgésico y al día 15-20 comienza el efecto antidepresivo.

Según la evolución del dolor se puede incrementar dosis una vez por semana. Es importante cotejar el efecto analgésico logrado con la tolerancia a efectos adversos, conociendo que la dosis adecuada como adyuvante es de 50mg/día en el caso de amitriptilina.

<sup>90</sup> Portenoy, R. Adjuvant analgesic agents. Portenoy R. adjuvant analgesic agents. In: Cherny N, Foley K, ed. Hematology and oncology clinics of North America: pain and palliative care. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996. Pág. 103-20.

► **Anticonvulsivantes.** El dolor neuropático es generado por mecanismos periféricos o del sistema nervioso central con hiperactividad neuronal y la percepción dolorosa anormal justifican la introducción de los anticonvulsivantes gabaérgicos y los bloqueantes de los canales del sodio.

- > **carbamazepina** vía oral: 200 – 1600 mg por día
- > **difenilhidantoína** vía oral: 200 – 500 mg por día
- > **ácido valproico** vía oral: 250 – 1500 mg por día
- > **gabapentina** vía oral: 300 – 1800 mg por día
- > **pregabalina** vía oral: 37,5 – 75 a 600 mg/día.

Otros anticonvulsivantes son **felbamato, lamotrigina, zonisamida, topiramato y oxcarbazepina.**

Los efectos secundarios de los anticonvulsivantes pueden ser: somnolencia, nerviosismo, confusión e imposibilidad de concentración y expresión verbal correctas. Por su metabolismo a través de la citocromo P oxidasa tienen importantes interacciones medicamentosas. El incremento de dosis para lograr efecto analgésico se realiza cada 3 a 5 días, evaluando respuesta terapéutica versus efectos adversos.

► **Benzodiazepinas**<sup>91</sup>. No tienen efecto analgésico, son útiles por su capacidad de reducir la ansiedad asociada.

- > **clonazepam** vía oral: 1- 4 mg/día
- > **alprazolam** vía oral: 2- 5 mg/día
- > **lorazepam** vía oral: 2- 6 mg/día

► **Corticoides.** Mejoran el apetito, astenia y náuseas crónicas. Mejoran el dolor por compresión nerviosa, distensión visceral, aumento de presión intracraneal, infiltración de tejido blando.

Iniciar el tratamiento con dosis altas y luego reducir las buscando un balance entre los beneficios y los efectos adversos, utilizándolos el menor tiempo posible.

Pueden ser administrados por vía oral o parenteral:

- **prednisona** vía oral: 20-100 mg por día
- **dexametasona** vía oral o subcutánea: 3-32 mg por día.

► **Bifosfonatos.** Medicación de acción específica sobre los osteoclastos; aumentando efecto analgésico en dolor óseo principalmente por cáncer. Por ej. próstata, riñón, mieloma múltiple y pulmón.

Con buena evidencia (I A-B) para prevenir fracturas patológicas; sobre todo en el caso de cáncer metastático de mama. Debe evaluarse la función renal para su correcta administración.

<sup>91</sup> Rubinstein A, Terrasa S, y cols. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. Cap.37. In: Botargues M. Ansiedad. 2ª Ed. Argentina: Panamericana, 2006.

En Argentina se dispone de:

> **pamidronato** 90 mg diluido en 500ml de solución fisiológica, administrado en infusiones entre 2-3 hs. Vía EV. Cada 21 días

> **ácido zolendrónico** 4 mg diluido en 250 ml de solución fisiológica, en infusión durante 15-20 min. Vía EV y c/ 21 días.

▶ **Antiulcerosos.** Evaluar su uso, según los antecedentes del pacientes, para prevenir o reducir la posibilidad de gastropatía asintomática inducida por AINEs o esteroides. Se utilizan:

> **omeprazol** vía oral: 20 mg/día

> **pantoprazol** vía oral: 40 mg/día.

## Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea

La hidratación subcutánea fue ampliamente utilizada en la década del 50', principalmente en pediatría. En la década del '80 se retomó su uso y actualmente contribuye a la hidratación y administración de fármacos a adultos mayores y a pacientes en cuidados paliativos cuando la vía oral esta limitada por cualquier causa.

Es una técnica sencilla, simple que consiste en la inserción de una aguja en el tejido celular subcutáneo para infundir soluciones isotónicas o administrar medicamentos. También se llama hipodermocclisis o hidratación subcutánea. Es un método fácil de implementar y mantener confortable que posibilita tratamientos en domicilio.

La utilización de una vía subcutánea está indicada en caso de alteraciones vasculares o locales, pacientes en cuidados intensivos o ancianos que presentan condiciones que dificultan la canalización venosa (fragilidad, esclerosis, edemas, deshidratación). Es aplicable cuando:

▶ las condiciones clínicas no requieren restitución urgente de líquidos (por ejemplo expansión hídrica para aumentar la presión arterial)

▶ hay integridad de la piel en los sitios de colocación de la aguja mariposa.

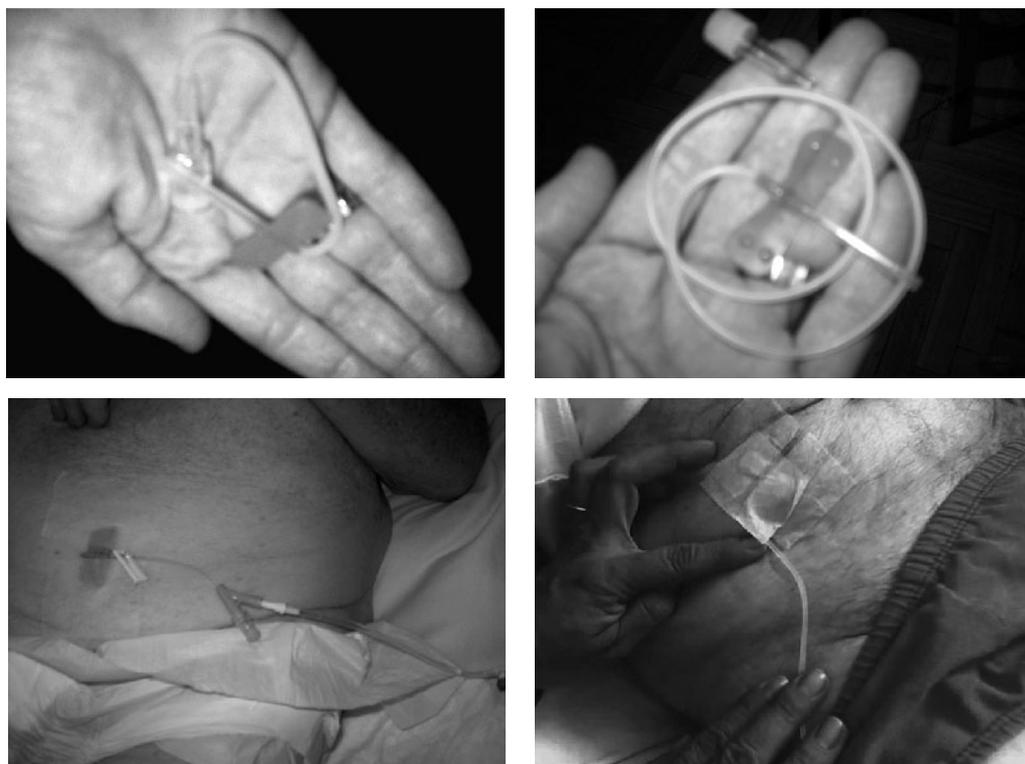
Los elementos necesarios para implementar la vía subcutánea son:

▶ aguja de tipo mariposa (butterfly), diámetro 21G, 23G, 25G o catéter (Saf-T- Intima). Es mejor tolerado porque es de teflón, y tiene una llave en Y para infundir líquido por un extremo y medicación por el otro (tapón de goma)

▶ cinta adhesiva o film transparentes, para protección de la vía

▶ macrogotero y solución a infundir.

Figura N° 8: Imágenes de la vía subcutánea



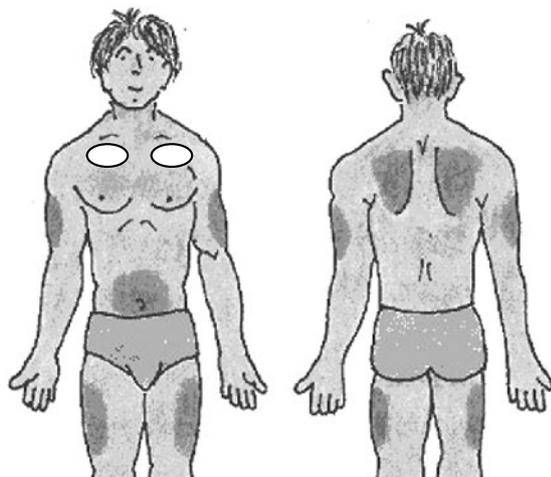
Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

### > Sitios y técnica de aplicación de vía subcutánea

Los sitios de inserción son las áreas infraclavicular o supramamaria (evitar el área de las mamas), la pared abdominal, la cara anterior, externa o interna del muslo, y ocasionalmente en las zonas subescapular (cuando el paciente esta confuso y puede con la mano quitarse la mariposa) y deltoidea (no utilizar para hipodermoclisis, se usa sólo para administrar medicación).

Durante el procedimiento tener en cuenta colocar la vía siempre en sitios con piel indemne, sin edemas o equimosis y considerar las posturas habituales y movilidad individual de cada paciente, evitando zonas de pliegue, articulaciones y prominencias óseas.

Figura N° 9: Sitios de aplicación de la vía subcutánea



Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

### > Pasos en la colocación de una vía subcutánea<sup>92</sup>

1. Lavarse las manos.
2. Elegir el sitio de inserción de la aguja mariposa.
3. Limpiar el sitio con yodo povidona al 10%, comenzando desde el centro y moviéndose hacia afuera en forma circular.
4. Retirar la solución de yodo povidona de la piel con una gasa con alcohol al 70%.
5. Pellizcar la piel ya limpia entre el pulgar y el dedo índice (crear un pliegue).
6. Insertar la aguja mariposa con un ángulo de 45° en el pliegue creado. La aguja debe insertarse con el bisel hacia arriba hasta el pabellón de la mariposa. El eje de inserción debe ser perpendicular al del cuerpo para evitar que el paciente tenga dolor cuando se sienta, en dirección a la línea media del cuerpo. Retirar la mariposa si hay sangre en la tubuladura.
7. Cubrir la aguja con apósito delgado adhesivo transparente o pegar con tela adhesiva las alas de la mariposa, formando una H, dejando visible el sitio de inserción.
8. El cambio de la mariposa (colocar una mariposa nueva en un sitio diferente) puede hacerse entre 7-10 días<sup>93</sup>; puede dejarse mas tiempo si no hay complicaciones<sup>94 95</sup>.

### Una vez colocada la vía **para hipodermocclisis o hidratación subcutánea:**

1. purgar la tubuladura (perfus) antes de conectarla en la aguja mariposa
2. colocar el frasco de la solución a una altura no inferior a 1, 5 metros sobre el nivel del paciente
3. comenzar la infusión a un ritmo entre 30 a 40 cm<sup>3</sup>/hora, y observar que no haya complicaciones. Luego aumentar el goteo hasta 100 cm<sup>3</sup>/hora
4. la velocidad de infusión oscila entre 25 a 100 cm<sup>3</sup>/hora; se puede aumentar la velocidad de infusión según la tolerancia del paciente
5. al comenzar la hidratación se puede formar un "habón o bulto subcutáneo" de solución que se irá absorbiendo lentamente, para aumentar la velocidad de absorción local se puede masajear el sitio donde está insertada la aguja
6. la infusión puede ser continua o intermitente: se puede interrumpir y reiniciar en

<sup>92</sup> Estrada S y cols. "La enfermería en procedimientos invasivos". Capítulo 6. En: Cullen C, "Infusión SC". BsAs. 1°Ed. Argentina: Fund Roemmers, 2011

<sup>93</sup> Wenk R, "Cuidados Paliativos". Monografía. Control de síntomas. "Vía SC". Programa Argentino de Medicina Paliativa - Fundación FEMEBA. 2001. Pág.60

<sup>94</sup> Marquez M, and cols. "Usos y recomendaciones de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos". Sec.3.Vía SC Recomendaciones. 1°Ed. España: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, 2008

<sup>95</sup> Doyle D and cols. Palliative Medicine handbook. In: Back, I. Nutrition & Hydration. Hypodermocclisis. 3° edition. UK: Oxford. 2007

cualquier momento; la tubuladura (perfus) se desconecta y se tapa con una aguja; el extremo de la mariposa se tapa con el tapón de rosca original

7. se puede infundir en 24 horas 1500 cm<sup>3</sup> de solución por vía/sitio de inserción; si se colocan 2 agujas mariposas en 2 sitios diferentes y se pueden infundir hasta 3000 cm<sup>3</sup>/día.

Se utiliza solución fisiológica o solución de dextrosa 5% más una ampolla de cloruro de sodio al 20%. La dextrosa en agua al 5% **no se puede infundir sola** sin la adición de algún electrolito porque se metaboliza rápidamente por ser una solución hipotónica, generando un tercer espacio y necrosis en piel. Se puede adicionar hasta 30 mEq de ClK.

Se pueden agregar fármacos en la solución a administrar en forma de infusión continua.

## Fármacos que se pueden administrar por vía subcutánea<sup>96</sup>

A continuación se detallan los fármacos que se pueden administrar por vía SC, a dosis habituales. En su mayoría a la dosis administradas por esta vía conservan la potencia de acción con respecto a la vía oral, con excepción de fármacos opioides y neurolépticos que duplican su potencia de acción si se administran por vía SC como EV, con respecto a la vía oral. Por ejemplo 5 mg de morfina administrado por vía SC o EV, equivale a 10 mg de solución de morfina por vía oral. Solo se administra por vía subcutánea soluciones en ampollas de presentación estéril, al igual que lo que sucede con los fármacos para vía endovenosa.

Tabla Nº 13: Analgésicos que se pueden administrar por vía SC

Morfina	Codeína
Tramadol	Fentanilo
Dextropropoxifeno. (diluir en fisiológico)	Hidromorfina
Diclofenac sódico (diluir en fisiológico)	Metadona
Meperidina	Ketamina
Nalbufina	Oxicodona
Ketorolac (diluir en fisiológico)	Dipirona (diluir en fisiológico)

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

Tabla Nº 14: Neurolépticos, anticonvulsivantes y benzodiazepinas que se pueden administrar por vía SC

Midazolam	Haloperidol
Levomepromazina	Fenobarbital (se administra por una vía independiente y diluido. No mezclar con otro fármaco)

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

<sup>96</sup> Bruera E, Toro R, "Hipo-dermoclisis en Pacientes con Cáncer avanzado". Rev.Ven.Anest. 1998; 3: (2): 72-77

### GLOSARIO:

**Metilnaltrexona:** antagonista opoide puro, utilizado en el tratamiento de la constipación inducida por opioides.

**Naloxona:** antagonista opoide puro utilizado en cuadros de depresión respiratoria inducida por opioides.

### Benzodicepinas y neurolépticos NO recomendados para vía subcutánea:

- > clorpromazina: droga muy irritante que puede causar necrosis grasa en el punto de infusión; excepcionalmente se puede utilizar en infusión continua para control del hipo
- > diazepam: contiene excipiente oleoso que dificulta su absorción y produce reacción dérmica local.

Tabla Nº 15: Antieméticos y antiespasmódicos que se pueden administrar por vía SC

Metoclopramida
Dexametasona
Butil-hioscina
Ondansetron
Ranitidina
Escopolamina
Omeprazol 40 mg diluido en 50 ml de sol fisiológico a pasar en 2 horas

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

Tabla Nº 16: Otros fármacos que se pueden administrar por vía SC

Sulfato de Mg	Vitamina K
Heparina	Furosemida
Hidrokortisona	Atropina
	Metilnaltrexona

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

### > Administración intermitente de medicamentos por vía SC

Se recomienda el uso de una mariposa con tapón de goma (mariposas para uso intermitente, de tubo/cola corto). Tener en cuenta que si se utiliza una mariposa con tubo/cola largo (volumen 0,5 cm<sup>3</sup>) se debe purgar luego de administrar la medicación con 0,5 cm<sup>3</sup> de solución fisiológica para que el fármaco no quede en el tubo sin ser inyectado. Las mariposas de tubo/cola corta no requieren ser purgadas.

Para no causar dolor ni reacciones locales es necesario infundir a baja velocidad, se recomienda administrar un máximo de 5 cm<sup>3</sup> en 1 a 5 minutos<sup>97</sup>.

### > Administración de medicamentos en infusión continua por vía SC

Se utiliza la infusión continua con macrogotero, para realizar tratamientos ambulatorios. Los siguientes son algunos fármacos que pueden combinarse en este tipo de infusión.

<sup>97</sup> Bruera E, Belzile M, Watanabe S, Fainsinger RL. Volume of hydration in terminal cancer patients, úlceras por presión ort Care Cancer 1996;4:147-150

Tabla N° 17: Combinación de fármacos para infusión continua por vía SC

Morfina	Midazolam	Haloperidol	Hioscina
Morfina	Midazolam	Haloperidol	Metoclopramida
Morfina	Midazolam	Hioscina	Metoclopramida
Morfina	Haloperidol	Hioscina	Metoclopramida
Morfina	Hioscina	Dexametasona	Metoclopramida
Tramadol	Midazolam	Haloperidol	Hioscina
Tramadol	Midazolam	Haloperidol	Metoclopramida
Tramadol	Midazolam	Hioscina	Metoclopramida
Tramadol	Haloperidol	Hioscina	Metoclopramida

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

Cuando se combina dexametasona, para evitar su precipitación, debe ser la última droga en colocarse en el recipiente de solución<sup>98</sup>.

#### Fármacos incompatibles – que NO se deben combinar:

- > Midazolam y dexametasona
- > Haloperidol y dexametasona

## Complicaciones y precauciones de la vía subcutánea

Son pocas las complicaciones descritas sobre la hipodermoclis. En general son trastornos que se deben a reacciones locales como:

- ▶ contusión
- ▶ mala absorción
- ▶ ocasionalmente nódulos, abscesos
- ▶ dolor
- ▶ enrojecimiento local
- ▶ sangrado o pérdida pericatéter en el sitio de punción.

Si los pacientes presentan plaquetopenia severa o están anticoagulados, se puede realizar la hipodermoclis con monitoreo estricto para evitar equimosis o sangrado local.

#### Es necesario e importante:

- ▶ analizar con el paciente y su familia las ventajas de ésta técnica. Es necesario confirmar un contexto social- familiar adecuado para facilitar el seguimiento ambulatorio
- ▶ entrenar a la familia en las técnicas de colocación de la mariposa y de administración de la medicación y corroborar la comprensión de la información brindada
- ▶ resaltar la necesidad controles permanentes, regulares del sitio de infusión, para identificar complicaciones.

<sup>98</sup> Marquez M, and colls. "Usos y recomendaciones de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos".Sec.7.Medicación utilizada.1°Ed.España: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura,2008.

Tabla N° 18: Diferencias entra la vía subcutánea y endovenosa

Hipodermocclisis (vía subcutánea)	Hidratación por vía EV
Técnica simple y segura	Técnica mas complicada que requiere identificar y luego canalizar una vena
No requiere personal entrenado para colocar la aguja mariposa	Se necesita personal entrenado en la colocación de vías intravenosas
Monitoreo menos frecuente	Monitoreo más frecuente
Facilidad de reinsertión	La reinsertión es más complicada
La flebitis, celulitis, infecciones o trombosis no son frecuentes	La flebitis, celulitis, infecciones o trombosis son frecuentes
El sitio de inserción puede durar de días a semanas	El sitio de inserción debe cambiarse cada 48 a 72 horas
Más cómodo para el paciente	Más discomfort
La movilización del paciente no se ve afectada por la aguja mariposa	Usualmente el paciente debe inmovilizar el miembro canalizado
No hay extravasación (la solución no se infunde a un vaso, sino directo al tejido subcutáneo)	Siempre hay probabilidad de extravasación
Puede iniciarse e interrumpirse sin problema	Si se deja como vía intermitente requiere de heparinización
Se puede evitar la internación; se puede educar a familiar o cuidador a reinsertar la mariposa	En general el paciente debe estar internado, o requiere de enfermería domiciliaria

Fuente: Estrada S. and colls. "La enfermería en procedimientos invasivos". Cp 6.In: CullenC, "Infusión SC".BsAs 1°Ed. Argentina: Fund Roemmers, 2011. Bruera E, Toro R, "Hipodermocclisis en Pacientes con Cáncer avanzado". Rev. Ven. Anest. 1998; 3: 2: 72-77

## ► Ejercicio 3 de Comprensión y Aplicación

Marque V (verdadero) si considera que el enunciado es correcto y F (falso) si es incorrecto.

		V	F
1	Brindar cuidados paliativos incluye el entrenamiento de la familia en las técnicas de colocación y mantenimiento de una vía subcutánea		
2	La inadecuada respuesta al tratamiento antiemético es uno de los criterios para la derivación del paciente a un nivel de atención de mayor complejidad		
3	Los problemas de la cavidad oral–boca dolorosa por mucosas y lengua inflamadas, boca seca son efectos adversos del tratamiento con quimioterapia, radioterapia y/o corticoides		
4	El baño diario, la movilización cada 2 horas y los masajes son cuidados para prevenir las úlceras por presión		
5	La constipación afecta al 95% de los pacientes que reciben opioides.		
6	Una Rx de abdomen directa de pié permite evaluar la magnitud de la constipación y establecer un plan terapéutico		
7	Se deben indicar laxantes cuando se indican medicamentos que producen constipación (diuréticos, antihipertensivos, antiácidos, antidepresivos)		
8	En las enfermedades pulmonares avanzadas, los opioides son eficaces para el alivio sintomático de la disnea		
9	La terapéutica farmacológica es el único tratamiento del dolor efectivo		
10	Los analgésicos opioides se deben administrar cada vez que lo demanda el paciente		

Responda el siguiente cuestionario referido al tema "dolor"

> **Ramón, 68 años.** Paciente con artrosis de columna cervical que refiere tener dolor leve.

1.¿Cuál es la conducta a seguir en primer lugar?

.....

.....

.....

2.¿Qué fármacos corresponde prescribir?

.....

.....

.....

3.¿Es necesario indicar algún adyuvante? En caso de respuesta afirmativa ¿qué medicamento prescribe?

.....

.....

.....

4.Si en el seguimiento del paciente identifica la necesidad de utilizar un analgésico más potente ¿qué fármaco debe indicar?

.....

.....

.....

> **Julia, 57 años.** Paciente con cáncer de pulmón con metástasis óseas. Refiere dolor moderado en tratamiento previo con opioides.

1.¿Cuál es la conducta a seguir en primer lugar?

.....

.....

.....

2.¿Qué fármacos prescribe?

.....

.....

.....

3.¿Cuál es la conducta a seguir si la paciente necesita tres o más dosis de rescate por día?

.....

.....

.....

4.¿Cuál es la conducta a seguir en caso de advertir intensos efectos indeseables?

.....

.....

.....

# Urgencias en Cuidados Paliativos

Una urgencia es una situación aguda grave que requiere de pronta resolución. Las emergencias son situaciones con riesgo de muerte.

En CP, las urgencias también se definen por los síntomas que acompañan un problema clínico concreto inesperado que pueden causar gran sufrimiento en el paciente o la familia; aún en el período de duelo.

La terapéutica apropiada y oportuna tiene como objetivo minimizar el impacto físico y psicológico en el paciente y su familia. Requiere pensar y actuar con rapidez, manteniendo la atención integral.

Es importante mantener y transmitir calma, evaluar rápidamente la situación estableciendo prioridades para controlar mejor el problema.

La elección de la conducta a seguir se basa en la respuesta a las siguientes preguntas:

- ▶ ¿cuál es el estado general del paciente, la etapa de enfermedad y su pronóstico?
- ▶ ¿el problema es reversible?
- ▶ ¿cuál es el tratamiento adecuado para este paciente en particular, en esta situación?
- ▶ ¿cuánto ayudará ese tratamiento a controlar los síntomas del paciente?
- ▶ ¿cuáles son los deseos del paciente y la familia?
- ▶ ¿cuál es el costo / beneficio del tratamiento planeado?

Las prioridades terapéuticas cambian gradualmente durante el curso de la enfermedad y hacia en final de la vida se centran en la calidad de vida, las expectativas y los deseos del paciente.

En la toma de decisiones terapéuticas se deben considerar:

- ▶ el lugar donde habita el paciente (área rural o urbano)
- ▶ el ámbito de atención (domicilio, centro de salud, guardia, internación)
- ▶ la posibilidad de reevaluaciones frecuentes
- ▶ la posibilidad de referencia a un nivel de complejidad superior.

## **En pacientes en cuidados paliativos las urgencias más comunes son:**

1. compresión medular aguda
2. síndrome de vena cava superior
3. hipercalcemia
4. hemorragias.

## Compresión medular aguda

Es la compresión del saco dural y sus contenidos (cordón espinal y/o cauda equina) por una masa en el espacio epidural. Ocurre en el 5% de los pacientes con cáncer como causa secundaria a metástasis de cáncer de pulmón, mama, próstata, linfomas y mieloma múltiple.

Suele tener significativa morbilidad con dolor y déficit neurológico que afectan adversamente la calidad de vida.

La localización de la compresión es torácica en 60-80%, lombo-sacra en 30% y cervical en menos del 10%<sup>99</sup>.

### > Manifestaciones clínicas del paciente con compresión medular

**Dolor:** es el síntoma inicial en el 90% de los pacientes. Es causado por la expansión del tumor en el hueso, colapso óseo o daño nervioso. Puede preceder al diagnóstico en días o meses. El mismo puede ser localizado en la zona de la lesión y/o radicular. Suele empeorar o desencadenarse con la palpación y/o percusión en la vértebra afectada, con maniobras de Valsalva y con el movimiento (incidental). La aparición del dolor es un signo de alarma sobre el posible diagnóstico y determina la evaluación precoz del paciente, antes de la aparición de signos y síntomas neurológicos.

**Signos y síntomas neurológicos:** parestia ó plejía, hiperreflexia, babinsky y clonus (signos piramidales). En las lesiones agudas, al principio, se puede hallar hiperreflexia. Debilidad usualmente en miembros inferiores. También se presentan síntomas secundarios a déficit:

- > sensitivo: parestias, hipoestusias, disestusias, alteración de la sensibilidad termoalgésica por debajo del nivel de la lesión medular. En los síndromes compresivos posteriores se puede hallar alteración de la sensibilidad profunda
- > autonómico: trastornos esfinterianos (constipación, retención aguda de orina, incontinencia), disfunción sexual. Los pacientes con síndrome de cola de caballo (ó cauda equina) presentan: hipoestesia en raíz de miembros inferiores y periné, disminución del tono esfinteriano, retención urinaria y orina por rebosamiento
- > motor: debilidad, usualmente en miembros inferiores.

### > Evaluación del paciente con compresión medular

Examen físico y examen neurológico completo. El diagnóstico se confirma con las imágenes: observando el compromiso del canal medular si el paciente las tuviera disponibles previamente o con la solicitud de resonancia magnética nuclear (altamente sensible 93% y específica 97%).<sup>100</sup>

### > Tratamiento del paciente con compresión medular

El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor, prevenir precozmente las complicaciones y preservar la función neurológica. Es esencial el tratamiento precoz para la recuperación del componente reversible del daño.

<sup>99</sup> Schiff D. Spinal cord compression. *Neurol Clin N Am.* 2003;21:67-86

<sup>100</sup> Abrahm J, Patchell R, Rades D. Personalized Treatment for Malignant Spinal Cord Compression: a Multi-disciplinary Approach. *American Society of Clinical Oncology* 2009.

<sup>101</sup> Schiff D. Spinal cord compression. *Neurol Clin N Am.* 2003;21:67-86. Abrahm J, Patchell R, Rades D., Personalized Treatment for Malignant Spinal Cord Compression: a Multidisciplinary Approach. American Society of Clinical Oncology 2009.

<sup>102</sup> Roth B , and colls. Pautas en oncología. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Cap.Compresión medular. 1ªed. Instituto A.Roffo.2010.

El fundamento de la importancia de la detección y tratamiento precoces es que la intensidad de presentación clínica es inversamente proporcional al pronóstico: con menos síntomas y compromiso neurológico mas posibilidades de reversión – en el contexto de la enfermedad de base.

Con la sospecha diagnóstica, una vez realizada la evaluación, se debe iniciar la **administración de dexametasona de 24 a 40 mg/día, por ejemplo. 6 a 10 mg oral o endovenoso o subcutáneo cada 6 horas**<sup>101</sup>.

En los niveles de mayor complejidad asistencial se debe evaluar la posibilidad de tratamientos como la cirugía y/o radioterapia o quimioterapia<sup>102</sup>.

En los pacientes con sobrevida estimada corta (1-2 meses) o con postración física previa o mala condición clínica o con plejía de más de 1 semana; se debe evaluar racionalmente el balance costo – beneficio de la derivación a un centro de mayor complejidad y realización de radioterapia. En la toma de decisiones de deben priorizar las intervenciones para lograr confort en el fin de la vida.

## Síndrome de vena cava superior (SVCS) de etiología maligna

Comprende un conjunto de signos y síntomas usualmente de presentación subaguda, resultantes de la obstrucción de la vena cava superior. El origen de la misma puede ser extrínseco o intrínseco.

- > Origen Extrínseco (80%): por compresión tumoral
- > Origen Intrínseco (20%): por trombosis, invasión tumoral directa del mediastino, fibrosis pos radioterapia.

Las causas malignas más frecuentes son: cáncer de pulmón de células no pequeñas (50%), cáncer de pulmón de pequeñas células (25%), linfomas y metástasis (10%).

### > Manifestaciones clínicas del SVCS

Se manifiesta con edema en esclavina, cianosis y edema en cara y extremidades superiores, ingurgitación yugular, cefalea, disnea y circulación colateral toracobraquial. El edema puede causar compromiso funcional de la laringe, faringe, manifestándose como tos, disnea, ronquera, disfagia, estridor y edema laríngeo. El edema cerebral puede dar cefalea, confusión y coma.

### > Evaluación del SVCS

Examen físico completo.

Con una Rx de tórax se puede evaluar el ensanchamiento de mediastino, pero se debe solicitar la interconsulta a una institución de tercer nivel de complejidad para realizar tomografía de tórax con contraste, que es el estudio complementario de elección.

## > Tratamiento del SVCS

Elevar la cabecera del paciente a 45°, para disminuir la presión hidrostática y el edema en la parte superior del cuerpo. Iniciar dexametasona 16 mg/día (8 mg cada 6 horas) vía O, SC ó EV<sup>103</sup>.

Tratar la disnea, según la intensidad: oxígeno con máscara o cánula (2 litros por minuto), evaluar uso de opioides o broncodilatadores.

En función de la intensidad del síntoma y el compromiso general, se debe derivar de urgencia (con las medidas iniciales de tratamiento) a un centro de mayor complejidad para continuar la evaluación y el tratamiento.

## Hipercalemia asociada a procesos malignos

Es la elevación de los niveles de calcio en sangre. Aproximadamente 20-30% de todos los pacientes con cáncer tienen hipercalemia en algún momento de su evolución, llegando al 60 % en pacientes con mieloma múltiple o cáncer de mama. La severidad de los síntomas depende de la magnitud y de la rapidez de instalación de la hipercalemia.

Es un marcador de mal pronóstico, aproximadamente 50% de los pacientes fallecen dentro de los 30 días<sup>104</sup>.

Es necesario considerar las causas posibles: enfermedad de base, consumo de calcio oral (asociado a Vitamina D3), posibilidad de metástasis óseas confirmadas por centellogramas, aumento de secreción de hormona paratiroidea, insuficiencia renal crónica, síndrome paraneoplásico.

## > Manifestaciones clínicas y evaluación de hipercalemia

Se han de evaluar las manifestaciones generales:

- ▶ neurológicas: deterioro cognitivo, delirium hiperactivo, letargia, astenia, debilidad, hiporreflexia, hipotonía, coma
- ▶ gastrointestinales: constipación, anorexia, náuseas, vómitos
- ▶ renales: poliuria y polidipsia
- ▶ cardiovasculares: arritmias.

Si es posible determinar los niveles de calcio en sangre, de acuerdo a la complejidad del laboratorio se debe solicitar:

- ▶ calcio iónico, informa niveles mas reales.  
Hipercalemia leve:<6; moderada 6-8 y severa>8.

- ▶ calcemia en sangre. El valor de calcio total sérico se debe ajustar a la concentración de albumina: *calcio sérico corregido (mg/dl)= 0,8 x (4- albúmina g/dl)* , como el calcio sérico es una fracción unida a albúmina, su concentración varía en los casos de hipoalbuminemia (muy frecuente en los pacientes con ERVEAs).

<sup>103</sup> Wilson L, Detterbeck F, Yahalom J. Superior Vena Cava Syndrome with Malignant Causes. N Engl J Med 2007;356:1862-9

<sup>104</sup> Stewart A. Hypercalcemia Associated with Cancer. N Engl J Med 2005;352:373-9.

<sup>105</sup> Hospice Palliative Care Program. Fraser Health-Hypercalcemia in Malignant Disease. Palliative Management. 2009.

<sup>106</sup> Bower M., Cox S., Oxford Textbook of Palliative Medicine .Endocrine and Metabolic Complications of Advanced Cancer, 4° Edition UK: Oxford. 2010.

<sup>107</sup> Pereira J, Pautex S, Oxford Textbook Clinical Management of Bleeding Complications.

La concentración de calcio sérico total es > 10,5 mg/dl; la de calcio iónico es > 5,2 mg/dl, con variaciones de acuerdo a los valores de referencia de cada laboratorio.

## > Tratamiento del paciente con hipercalcemia<sup>105</sup>

Con la sospecha diagnóstica confirmada o no y con el laboratorio se debe iniciar el tratamiento.

- ▶ Rehidratación endovenosa con solución fisiológica a 2 litros/día, con control de signos de sobrecarga cardíaca.
- ▶ Iniciar la derivación para internación y continuación de tratamiento específico en internación con bifosfonatos (pamidronato 60 a 90 mg EV diluido en 500 cc de solución fisiológica a pasar en 4 horas, o zoledronato EV 4 mg a pasar en 15 minutos); y /o calcitonina según la evolución.
- ▶ Tratar los síntomas:
  - > deterioro cognitivo: según la intensidad haloperidol 1 a 3 mg/día.
  - > náuseas y vómitos: metoclopramida 10 mg c/6 h EV o SC.
- ▶ Dexametasona oral o SC 4 mg c/6 hs o hidrocortisona EV 100 mg c/6 h, recomendado en pacientes con antecedentes de hipercalcemias por linfomas y mieloma múltiple<sup>106</sup>.
- ▶ No utilizar diuréticos inicialmente sin controlar el medio interno, pueden estimular la reabsorción de calcio e incrementar la hipercalcemia.

La posibilidad de revertir las manifestaciones generales es variable.

## Hemorragias

La incidencia de hemorragias en pacientes en cuidados paliativos es de aproximadamente **6 al 10%**. Pueden tratarse de episodios crónicos de sangrado repetido de baja intensidad o de sangrados catastróficos que llevan al shock hipovolémico. La naturaleza del sangrado depende de la localización del tumor (hemoptisis, hematuria, sangrado rectal o vaginal, hematemesis, melena, sangrado cutáneo). Cualquier tipo de sangrado visible y persistente puede generar angustia al paciente, a su familia y al equipo de salud.

Es importante identificar a los pacientes con riesgo hemorrágico elevado para anticipar y planificar con los cuidadores las medidas que deben implementarse durante un episodio agudo de sangrado.

Los pacientes con alto riesgo hemorrágico<sup>107</sup> incluyen a los que tienen como antecedentes:

- ▶ trombocitopenia grave: por enfermedad avanzada, efectos secundarios a quimioterapia
- ▶ tumores extensos de cabeza y cuello que comprometen vasos del cuello
- ▶ carcinoma extenso de pulmón de localización central: produce hemoptisis
- ▶ leucemia aguda o crónica refractaria al tratamiento
- ▶ hepatopatía grave: por trastornos de factores de coagulación

- ▶ pacientes con cáncer avanzado en tratamiento con anticoagulantes orales
- ▶ cualquier tumoración exofítica en piel en estadios avanzados con aumento de vascularización local.

## > Tratamiento del paciente con hemorragias

El tratamiento de los episodios debe ser individualizado y depende de diversos factores:

- ▶ sitios e intensidad de sangrado
- ▶ causas
- ▶ posibilidad de reversión, control o alivio
- ▶ episodios previos y respuestas a los tratamientos
- ▶ situación clínica y pronóstico vital del paciente
- ▶ información que tiene el paciente sobre la enfermedad y la posibilidad de complicación hemorrágica; sus valores y preferencias.

Es importante anticipar las medidas que se tomarán durante un evento hemorrágico, incluyendo la posibilidad de referencia a 2° o 3° nivel de complejidad.

## > Medidas generales

Identificar los pacientes en riesgo, especialmente con posibilidad de sangrado masivo e informar a la familia sobre acciones posibles en caso de sangrado en domicilio.

- ▶ Disponer de toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber la sangre, y disminuir el impacto visual de la sangre en caso de sangrado externo.
- ▶ Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir la disnea severa.
- ▶ No dejar solo al paciente.
- ▶ Solicitar atención de urgencia en domicilio (deben contar con los medios de comunicación y contactos para solicitar ayuda).
- ▶ Acompañar y brindar apoyo emocional a la familia y al paciente.
- ▶ Actuar con tranquilidad y seguridad para transmitir confianza y control de la situación y disminuir el grado de ansiedad.

Si el sangrado es masivo el único tratamiento adecuado puede ser la sedación paliativa, el objetivo es brindar el mayor confort posible al paciente y su familia, y disminuir el impacto físico y psicológico del sangrado para el paciente que está lúcido.

## > Medidas locales

En lesiones exofíticas sangrantes: compresión local, vendaje. Si se dispone de agentes hemostáticos (adrenalina, ácido aminocaproico) se pueden colocar en gasas y colocarlas sobre la lesión sangrante.

En casos de episodios de sangrado mayor sistémicos:

- ▶ derivación a internación según el compromiso hemodinámico

### GLOSARIO:

Sedación paliativa: es la administración deliberada de fármacos que disminuyen el nivel de conciencia, de forma superficial o profunda, transitoria o permanente, con la intención de aliviar el sufrimiento físico o psicológico no controlable con otras medidas terapéuticas implementadas en dosis y tiempos adecuados a un paciente con enfermedad avanzada; la intervención se realiza con el consentimiento implícito, explícito o delegado<sup>108</sup>.

La sedación paliativa no es eutanasia<sup>109</sup>.

<sup>108</sup> Comité Ético de la SE-CPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 .Nº9: 41-46

<sup>109</sup> Maltoni A, Pittueri C, y col. Palliative sedation therapy does not hasten death: result from a prospective multicenter study. Annals of Oncology, 2009, Vol. 20: 1163-1169

- ▶ internación con plan de hidratación EV o SC
- ▶ administrar ácido aminocaproico EV 1 amp por h las primeras 6 horas hasta el traslado. Luego continuar en infusión según respuesta
- ▶ iniciar vitamina K EV o IM 1 amp.

## Cuidados en la etapa final de la vida

Cada persona atraviesa la experiencia de morir de manera única, según su historia previa, sus características psicológicas, sociales, espirituales y el momento histórico-cultural en que transcurre.

En el último siglo la medicina moderna y las sociedades occidentales han considerado a la muerte como un fracaso y han intentado evitarla o posponerla con medidas terapéuticas muchas veces inadecuadas o fútiles, causantes de mayor sufrimiento. Los cuidados de fin de vida tienen como objetivo brindar cuidados integrales al paciente y su familia procurando el confort y bienestar del paciente.

Los conceptos "paciente terminal, agónico o muriente" muchas veces expresan de manera precisa la condición real y la etapa de final de vida. La definición es difícil, y no conocer tiempos exactos de sobrevida puede producir confusión en la familia y los profesionales sanitarios.

La evaluación integral de la situación incluye aspectos familiares y/o del entorno afectivo.

- ▶ Evaluar el grado de comprensión de la situación (gravedad y posibilidad de fallecimiento, objetivos de tratamiento y expectativas asistenciales).
- ▶ Evaluar el impacto emocional que se produce en la familia y la necesidad de intervenciones o derivación para asistencia específica. Ejemplo: Identificar familiares en riesgo de duelo complicado y anticipar posibilidad de seguimiento psicológico.
- ▶ Asesorar sobre los pasos a seguir luego del fallecimiento (certificado de defunción, pasos administrativos, rituales religiosos).
- ▶ Identificar a un miembro de la familia o entorno que pueda realizar los trámites administrativos después del fallecimiento.

Hablar de éstos dos últimos aspectos puede ser difícil, pero facilita la organización anticipada de la familia.

Es importante conocer las diferencias entre cuidados de fin de vida activo o inminente con sobrevida estimada en horas, y cuidados de fin de vida no inminente con sobrevida estimada en días o semanas, y el impacto que estos períodos pueden tener en la familia.

### > Evaluación integral

Los pacientes con Enfermedades con Riesgo de vida en Estadío Avanzado (ERVEAs)

presentan cambios físicos, fisiológicos, cognitivos, emocionales y espirituales que influyen profundamente sobre su condición de morir y su entorno afectivo<sup>110</sup>.

La valoración debe ser dinámica y tiene como objetivos:

- > considerar las necesidades del paciente
- > identificar signos de proximidad o inminencia de muerte
- > centrar el objetivo terapéutico en lograr el mejor control de síntomas y el mayor confort posible
- > identificar causas de sufrimiento emocional, espiritual o existencial (asuntos pendientes, temor a morir).
- > evitar métodos diagnósticos y terapéuticos que no aporten mejoría de la situación (intervenciones fútiles).

La evaluación incluye el análisis de múltiples factores:

- > síntomas y signos recientes
- > nivel de control o alivio de los síntomas
- > intensidad de sufrimiento del paciente y la familia
- > deseos del paciente sobre el tipo de asistencia (conocidos y referidos por familiares) y al lugar de realización (domicilio o internación)
- > disponibilidad de asistencia adecuada
- > necesidades manifestadas o detectadas hacia el paciente o la familia (práctica, económica, emocional).

El control de signos vitales se realiza en función del objetivo y la posibilidad de mejorar la situación. Ejemplos:

- > no se aconseja el control de la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca si se sabe que no se pueden modificar
- > se aconseja controlar la temperatura corporal regularmente, para detectar y tratar la fiebre (que puede generar malestar).

## > Manifestaciones clínicas

El proceso de morir implica cambios físicos y psíquicos progresivos<sup>111</sup>, con características que varían de acuerdo a la evolución de los últimos días o semanas de vida. Esta declinación se caracteriza por:

- ▶ astenia extrema
- ▶ necesidad de reposo continuo, con dependencia total en las actividades de la vida cotidiana (higiene personal, vestimenta, movilizaciones)
- ▶ escaso interés en alimentos o líquidos. Disfagia
- ▶ aumento de la somnolencia.

En las últimas 24-48 horas de vida son frecuentes los siguientes signos y síntomas<sup>112</sup>:

- ▶ frialdad cutánea progresiva: desde la periferia en sentido central
- ▶ cambios en la piel: fría y húmeda, presencia de petequias
- ▶ cianosis cutánea en extremidades y alrededor de la boca
- ▶ cambios en el nivel de conciencia: delirium irreversible

<sup>110</sup> Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Capítulo fin de vida. Argentina: Programa Argentino de Medicina Paliativa. FEMEBA, 2007

<sup>111</sup> Walsh D, and colls. Medicina Paliativa. In: O'Leary N. Asistencia durante la agonía. Sec .C.1° Ed.España:Elsevier,2011

<sup>112</sup> López Imedio E y cols. Enfermería en Cuidados Paliativos.Cap. 27, López Imedio E. La agonía. 1° Ed. España:Panamericana,1998.

- ▶ cambios respiratorios: respiración irregular, superficial (patrón de Cheyne-Stokes); quejido espiratorio (que no expresa dolor); estertores altos
- ▶ cambios faciales: aspecto céreo, ojos entornados inexpresivos, mirada fija
- ▶ relajación de músculos faciales con mayor prominencia de la nariz
- ▶ cambios del ritmo diurético: disminución, incontinencia o retención urinaria
- ▶ edemas distales de manos, pies.

## > Tratamiento

### Medidas generales<sup>113</sup>

Lugar de asistencia: la elección del domicilio, la internación general, en unidad de cuidados paliativos o en una casa de cuidados ("hospice") depende del equilibrio entre la posibilidad de disponer de éste tipo de asistencia, los deseos del paciente y las posibilidades reales de colaboración de la familia o cuidadores.

Se deben interrumpir tratamientos que no aportan mayores beneficios o que son difíciles de realizar porque están afectadas las vías de administración (ejemplo: antihipertensivos, hormonas de remplazo, suplementos vitamínicos, hierro, hipoglucemiantes, antibióticos, anti arritmicos, laxantes, diuréticos por vía oral).

Se deben continuar los tratamientos analgésicos, anticonvulsivantes, esteroides, antieméticos, antipiréticos, anticolinérgicos y/o sedantes. Es posible mantener las vías sublingual o subcutánea como vía de administración.

Si es posible se debe deliberar con el paciente y su familia sobre las intervenciones terapéuticas evitables o fútiles, que pueden ser agresivas.

Se debe informar que en muchos centros asistenciales están disponibles las *directivas anticipadas*: documento que permite registrar el deseo del paciente de no ser sometido a intervenciones que no brindan curación, ni modifican la evolución, ni proporcionan mejoría sintomática (ejemplo: reanimación cardiopulmonar, asistencia respiratoria mecánica, diálisis renal, etc.). Si el paciente o su familia manifiestan interés en este tema, se debe sugerir una consulta al posible centro de referencia para obtener detalles de como utilizar este recurso.

Intervenciones con el paciente que pueden favorecer la muerte serena:

- > optimizar el control del sufrimiento: control adecuado de síntomas
- > mantener una relación sincera, a pesar de la declinación física
- > reconocer al paciente como persona; y que puede mantener capacidad perceptiva aun con alteraciones cognitivas.
- > facilitar y permitir que intervenga en la toma de decisiones
- > promover su autonomía y auto estima: ayudarlo a hacer lo que él más desee y del mejor modo que pueda
- > averiguar si tiene asuntos no resueltos o inconclusos, deseos o legados
- > ayudar a restaurar o mantener la continuidad de sus relaciones afectivas significativas
- > brindar privacidad.

Promover todos los recursos de soporte posibles: apoyo psicológico y/o espiritual religioso.◦

Tabla Nº19: Cuidados de fin de vida - Medidas específicas

Síntomas y signos	Tratamiento integral sugerido
<p><b>Cognitivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dificultad para formar ideas y razonar; alternancia de períodos de alerta con desorientación y/o agitación (delirium). Alteración del estado de conciencia (somnia, estupor o coma)</li> <li>- Alteración de la agudeza visual (disminución, pérdida o aumento de sensibilidad al estímulo de luces intensas) y otros sentidos, a excepción de la audición y tacto</li> <li>- Ojos permanecen semi-abiertos, el reflejo de parpadeo está ausente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar a la familia que los síntomas son el resultado de la falla orgánica que ocurre en el proceso de morir</li> <li>- Facilitar la comunicación con el paciente aprovechando los períodos de lucidez. Ejemplo: estimular a familiares a expresar cariño o despedirse. Explicar la conveniencia de poder expresar: <b>"Adiós, Te quiero, Te perdono, Perdóname"</b></li> <li>- Explicar que las alteraciones de la conciencia son muy frecuentes y que el paciente puede tener alucinaciones: ver y hablar con personas ausentes</li> <li>- Animar a la familia a acompañar al paciente y a hablarle en tono bajo o suave</li> <li>- Mantener siempre un estímulo sensorial mínimo y agradable: luces, sonidos y estimulación visual</li> <li>- Acompañar con lecturas o música suave que agraden al paciente</li> <li>- Evitar la sobre-estimulación táctil en casos de delirium. Tener prudencia al hablar cerca del paciente, porque la audición se mantiene</li> <li>- Aclarar que la fiebre será tratada farmacológicamente y/o con medios físicos</li> <li>- Extremar las medidas de seguridad: uso de soportes laterales en la cama para evitar caídas</li> </ul>
<p><b>Cardio-respiratorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento o irregularidad de la frecuencia cardíaca y respiratoria.</li> <li>- Estertores respiratorios</li> <li>- Utilización de musculatura accesoria para respirar, períodos de apnea, respiración Cheyne Stokes</li> <li>- Disminución de la fuerza para toser y expectorar secreciones</li> <li>- Pulso radial disminuido o imperceptible, puede ser indicio de muerte en horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aclarar que son signos y síntomas esperados para este momento</li> <li>- Evaluar la necesidad de colocar cánula nasal para aporte de oxígeno</li> <li>- Tratar la disnea con opioides</li> <li>- Recomendar la suspensión de alimentación enteral porque es fútil</li> <li>- Colocar al paciente en posición semi-sentado o decúbito lateral(45°-90°)</li> <li>- Evaluar la necesidad de aspiración bucal de secreciones.</li> <li>- Explicar a la familia que el ruido de las secreciones es molesto para ellos, pero no para el paciente</li> <li>-Administrar agentes anticolinérgicos (<b>hioscina, escopolamina</b>); estos fármacos no disminuyen las secreciones existentes pero previenen nuevas secreciones</li> </ul>
<p><b>Función urinaria e intestinal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la diuresis</li> <li>- La incontinencia urinaria o retención son causas posibles de agitación psicomotriz</li> <li>- Deposición intestinal disminuida o nula</li> <li>- Imposibilidad de administración oral de laxantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar a la familia que la disminución en el volumen urinario indica que la muerte está próxima</li> <li>- Evaluar la colocación de sonda intermitente o definitiva (puede evitar lesiones en piel y movilizaciones que generen dolor o molestia)</li> <li>- Si hay constipación sin molestias, no se recomienda tratamiento con enemas. La realización de enemas se considerará si constipación es causa de inquietud o delirium hiperactivo</li> </ul>

Síntomas y signos	Tratamiento integral sugerido
<b>Musculo esquelético y piel</b> - Pérdida gradual de la capacidad de movilizarse, inicialmente en los miembros inferiores - Edemas (por hipoalbuminemia) - Frialdad cutánea y/o diaforesis - Cianosis periférica - Livideces en extremidades	- Cambiar las posiciones cada 2 - 3 horas, para evitar úlceras y dolores musculares, entumecimiento o dolor de los miembros - Explicar la aparición alternante de edemas y el beneficio del masaje local o posturas en declive para aliviarlos - Explicar que estos cambios son esperables y que no se modifican con las diferentes intervenciones
<b>Alimentación, hidratación</b> - Disfagia. Hiporexia -Disminución de la ingesta de líquidos	- Informar a la familia que la alimentación oral o por sonda no mejora ni determina la sobrevida del paciente y puede causar bronco-aspiración con riesgo de infección o de disnea - Iniciar o reforzar hipodermocclisis para evitar o disminuir síntomas provocados por deshidratación o acumulación de metabolitos. La hipodermocclisis no esta indicada en casos de anasarca

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

## > Intervenciones con la familia si se asiste en el momento de la muerte

Favorecer un clima de serenidad y calma.

- ▶ Permitir:
  - > las expresiones de emoción: tristeza y enojo
  - > un momento de tiempo privado y familiar necesario
  - > respetar los rituales de preparación del cuerpo según las creencias.
- ▶ Preguntar o asesorar:
  - > sobre deseos o voluntades en la preparación del cuerpo
  - > modalidad de preparación de acuerdo. Ejemplo: ¿qué vestimenta desean colocarle?

Ser cuidadoso y sensible al explicar los procedimientos necesarios luego del fallecimiento.

## ► Ejercicio integrador de comprensión y aplicación

Para el desarrollo de este ejercicio, tenga presente su ámbito habitual de trabajo en relación a los recursos disponibles y a su realidad local.

### > Adolfo de 54 años

Concorre a la consulta por dolor moderado en región costal derecha, que aumenta con los movimientos respiratorios y los esfuerzos físicos, acompañado por su esposa Elsa (50 años) y su hija Ana (21 años). Trabaja como mecánico, y nota que aumento su dificultad respiratoria en la última semana. Tiene tos habitual, pero con estrías sanguinolentas, sin episodios febriles. Tiene antecedente de asma, en tratamiento con broncodilatadores con poca respuesta sintomática en los últimos días. Dejó de fumar hace seis meses. Visitó a su neumólogo quien le indicó una placa de tórax la semana anterior. Trae la Rx Tx que aún no fue evaluada por neumonología. En la placa se observa: imagen espiculada en campo medio pulmonar derecho.

Adolfo no pide información, sólo dice que necesita sentirse más aliviado y poder seguir con su trabajo. Ana está preocupada porque Adolfo no presenta ganas de comer en las últimas dos semanas.

**1er paso:** Defina los problemas de salud que Adolfo presenta en esta consulta

.....  
.....  
.....

¿Cómo evaluaría los síntomas?

.....  
.....  
.....

¿Qué diagnósticos diferenciales se plantea?

.....  
.....  
.....

¿Qué exámenes complementarios cree convenientes solicitar? Justifique su respuesta

.....  
.....  
.....

¿Solicitaría interconsulta a algún especialista? ¿Cuál/es?

.....  
.....  
.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos en este paciente?

.....  
.....  
.....

**3er paso:** ¿Qué estrategia terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....  
.....  
.....

**4to paso:** Realice la prescripción

.....  
.....  
.....

**5to paso:** De instrucciones al paciente y su familia

.....  
.....  
.....

**6to paso:** ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....  
.....  
.....

Adolfo y Ana regresan a los diez días, luego de haber visitado a su neumólogo. Trae resultados de baciloscopia (-) e imagen de tomografía que confirma imagen pulmonar que compromete pared de pleura con adenopatías mediastinales. Tiene dolor controlado y tos sin hemoptisis. Disnea CF II. Tiene turno para fibrobroncoscopia dentro de 15 días. Ambos están preocupados por tantos estudios. Adolfo pregunta que puede estar sucediendo.

**1er paso:** Defina los problemas de salud que Adolfo presenta en esta consulta

.....  
.....  
.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos en esta consulta ambulatoria en atención primaria?

.....

.....

.....

**3er paso:** ¿Cómo manejaría la información con Adolfo y su familia?

.....

.....

.....

**4to paso:** ¿Qué estrategia terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

**5to paso:** De instrucciones al paciente y su familia

.....

.....

.....

**6to paso:** ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....

.....

.....

Adolfo y Elsa concurren a oncología en el hospital zonal, donde el oncólogo le informó su diagnóstico: cáncer de pulmón estadio IV. Comenzó con el tratamiento con quimioterapia. Adolfo pasa casi todo el día en cama, con mucha debilidad. El control oncológico con tomografía detecta aumento de tamaño de lesión pulmonar y un centellograma óseo que muestra captación a nivel de arcos costales y cadera derecha. Oncología informó a Adolfo y a su familia que la enfermedad ha progresado y que no es conveniente continuar quimioterapia.

Concurren a la semana, al centro de salud. Ana nota que está desorientado, confundido y por momentos no reconoce a miembros de la familia. Hubo noches que no descansó bien y se lo nota más agresivo. Adolfo solo ingirió poco líquido en las últimas 24hs.

Ud. identifica que Elsa y Ana están muy angustiadas y cansadas, no pudiendo continuar con los cuidados en el domicilio.

**1er paso:** Defina los problemas de salud que Adolfo y su familia presentan en esta consulta

.....

.....

.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos en esta consulta ambulatoria en atención primaria?

.....

.....

.....

**3er paso:** ¿Encuentra algún criterio de derivación a otro nivel de atención?

.....

.....

.....

**4to paso:** ¿Qué estrategia terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....

.....

.....

**5to paso:** De instrucciones al paciente y su familia

.....

.....

.....

**6to paso:** ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....

.....

.....

Recuerde: lleve sus resultados al  
encuentro presencial

# Anexo 1

## Normas para la Prescripción de Opioides

En nuestro país el uso de opioides se encuentra legislado por la ley de estupefacientes N°17.818, que detalla aspectos que incluyen desde la prescripción médica hasta el despacho al público. Esta ley (con modificaciones) regula la prescripción de opioides con el uso de recetarios oficiales (por triplicado), para evitar el uso indebido.

Existen además, opioides y derivados que pueden ser prescriptos sólo con receta archivada, sin duplicado.

¿Cómo obtener los recetarios oficiales?

El trámite es diferente en los distintos lugares del país.

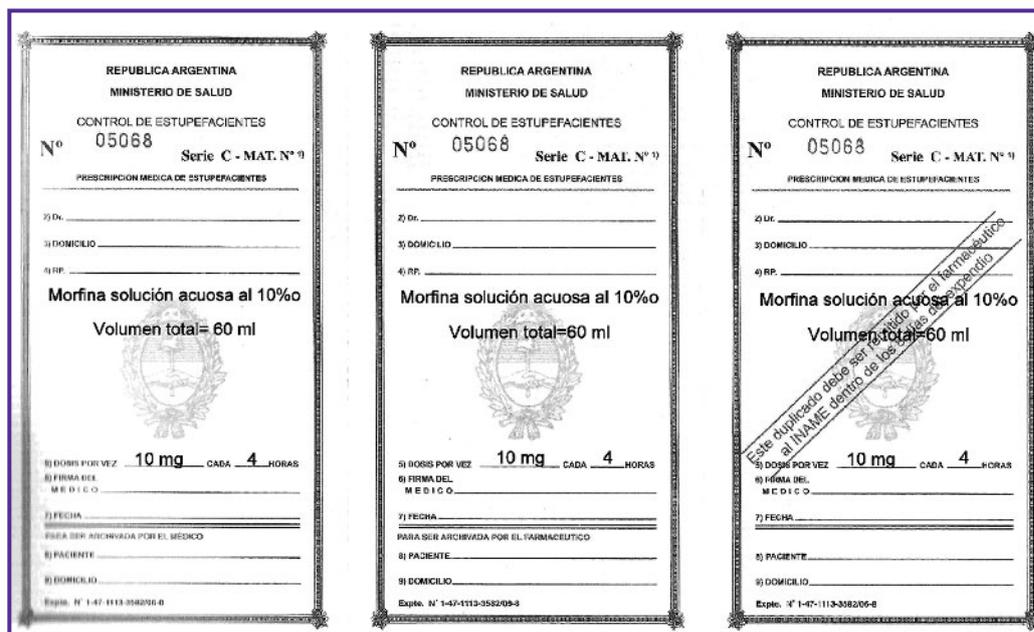
- > En la Ciudad de Buenos Aires el médico debe inscribirse en la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología). Allí deberá abonar un arancel, registrar su firma. La institución autoriza la compra de 1 recetario de 20 recetas, c/u por vez, como máximo.
- > En la Provincia de Buenos Aires el trámite se realiza completando un formulario en los Colegios de Médicos o Círculos Médicos, con el cual se entrega un recetario.
- > En otras provincias se debe realizar un trámite similar en el Ministerio de Salud Provincial o en los Colegios Médicos o Círculos Médicos de cada jurisdicción.

¿Cómo se realiza una receta de opioides en recetario oficial?

- > En formulario triplicado (una copia para el médico y dos para el paciente, las cuales serán retenidas en la farmacia)
- > La prescripción debe ser escrita con letra manuscrita y legible
- > Completando las nueve secuencias de cada formulario<sup>114</sup>:

1. Número de serie de la receta.
2. Nombre del médico
3. Domicilio del médico
4. RP/ El nombre de la droga y su forma farmacéutica o la forma magistral.  
Las cantidad total prescrita, y expresadas en números.
5. La dosis e intervalo expresado en horas
6. Firma del médico
7. Fecha de prescripción
8. Nombre del paciente
9. Domicilio del paciente

<sup>114</sup> ANMAT. Normas legales y listados de psicotrópicos y estupefacientes Disposición 4861/ 96. 2° Ed. :Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. 1999



Troquel 1 para el médico (se retiene)

Troquel 2 y 3 para la farmacia

**A tener en cuenta:**

- ▶ La dosis total que se puede ser expendida por la farmacia no puede superar la necesaria para un tratamiento de 10 días.
- ▶ Las enmiendas o errores se deben salvar en el reverso de la receta; se salvarán las mismas, con sello y firma del médico.
- ▶ Si no se aclara el tamaño del envase (escrito con números y letras) el farmacéutico entregará el de menor tamaño existente.

<sup>115</sup> ANMAT. Normas legales y listados de psicotrópicos y estupefacientes. Cap-VI. Despacho público .2° Ed.: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. 1999.

**Listas de prescripción de fármacos opioides<sup>115</sup>.** La legislación vigente determina la necesidad de utilizar distintos tipos de recetas según la lista a la que pertenece el opioide prescripto. Existen cuatro listados de estupefacientes (Lista I-II-III-IV), en los que se agrupan los diferentes opioides.

Condición de prescripción y dispensación de opioides, como Drogas Farmacéuticas recomendada por la Confederación Farmacéutica Argentina (Edición I, Abril de 2006) es la siguiente:

Opioides	Fármaco	Forma de prescripción
Lista I	- Morfina: preparaciones para uso oral o parenteral - Fentanilo: preparaciones para uso parenteral - Oxycodona: preparaciones para uso oral o parenteral - Meperidina: preparaciones para uso parenteral - Metadona: preparaciones para uso oral	Recetario oficial triplicado para estupefacientes (receta verde)
Lista II	- Codeína: preparaciones para uso oral - Dextropropoxifeno: preparaciones para uso oral	Receta común archivada (no es necesario el duplicado)
Lista III	Preparados con uno o más ingredientes asociados, de modo que no puedan separarse por métodos convencionales. Y con contenido de estupefacientes no exceda los 100 mg de posología por unidad y el contenido no exceda del 2,5 % en los preparados asociados (no divididos)  - Dextrometorfano: preparaciones para uso oral	Receta común archivada (no es necesario el duplicado)
Lista IV	- Heroína-Marihuana-Haschisch	Prohibida su prescripción

**Drogas fuera de lista:** venta con receta común archivada

- ▶ Tramadol: preparaciones para uso oral o parenteral
- ▶ Nalbufina : preparaciones para uso parenteral

**Drogas fuera de lista:** venta con receta común archivada

Morfina	Presentación	Envase
Morfina Clorhidrato	Ampolla de 1 ml	25 ampollas
	Ampolla de 1 ml	100 ampollas
	Ampolla de 1 ml	1-25-100 ampollas
	Ampolla de 1 ml	3-5-10-25-50-100 ampollas
	Ampolla de 2 ml	1-20-50 ampollas
	Comprimidos 30- 60mg	10-20-50 comprimidos
	Comprimidos 15-50-60-mg	10-20-50-100 comprimidos
Liberación controlada:	Comprimidos 10-30 mg	10-20-50-100 comprimidos
<b>Morfina sulfato</b>		
	Comprimidos 10-30-60-100 mg	20 comprimidos
	Comprimidos 10-30-60-100 mg	30 comprimidos
<b>Oxicodona</b>		
<b>Oxicodona clorhidrato</b>		
	Comprimidos 5 mg	2-20 comprimidos
Liberación controlada:	Comprimidos 10-20-40 mg	10-12-20-30-50 comprimidos
	Comprimidos 10-20-40 mg	30 comprimidos
	Comprimidos 10-20-40 mg	12-30 comprimidos
Metadona	Comprimidos 5-10-40 mg	25-100 comprimidos
	Comprimidos 5-10 mg	25 comprimidos
	Solución oral	Frasco 1000 ml (uso hospitalario)

ANMAT: Av. Caseros 2161, CABA. ANMAT Responde: 0800-333-1234  
<http://www.anmat.gov.ar> Last date Marzo 2012

Ejemplo de otros Recetarios oficiales de estupefacientes.  
 (Formulario Triplicado- Provincia de Buenos Aires)

ORIGINAL	DUPLICADO	TRIPPLICADO
Serie F	Serie F	Serie F
PROVINCIA DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE SALUD SUBSECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN DE POLÍTICAS DEL MEDICAMENTO	PROVINCIA DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE SALUD SUBSECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN DE POLÍTICAS DEL MEDICAMENTO	PROVINCIA DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE SALUD SUBSECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN DE POLÍTICAS DEL MEDICAMENTO
Nº de Control ..... Nº <u>806601</u>	Nº de Control ..... Nº <u>806601</u>	Nº de Control ..... Nº <u>806601</u>
Prescripción Médica de Estupefacientes	Prescripción Médica de Estupefacientes	Prescripción Médica de Estupefacientes
Paciente .....	Paciente .....	Paciente .....
Domicilio .....	Domicilio .....	Domicilio .....
<i>Rp./</i>	<i>Rp./</i>	<i>Rp./</i>
Morfina solución acuosa al 10% Volumen total= 30 ml.	Morfina solución acuosa al 10% Volumen total= 30 ml	Morfina solución acuosa al 10% Volumen total= 30 ml
Firma del Médico .....	Firma del Médico .....	Firma del Médico .....
Nº de Carnet .....	Nº de Carnet .....	Nº de Carnet .....
Lugar y fecha .....	Lugar y fecha .....	Lugar y fecha .....
Ratificación de Dosis <u>5 mg cada 4 hs.</u>	Ratificación de Dosis <u>5 mg cada 4 hs.</u>	Ratificación de Dosis <u>5 mg cada 4 hs.</u>
Dr. ....	Dr. ....	Dr. ....
Domicilio .....	Domicilio .....	Domicilio .....
Para el Médico	Para Farmacia	Para enviar a la Sección Alcoholes



## Anexo 2

# Escala Karnofsky

La Escala Karnofsky, también llamada KPS, es la forma típica de medir la capacidad de los pacientes para realizar tareas cotidianas.

Los puntajes de la escala de rendimiento de Karnofsky oscilan entre 0 y 100. Un puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas. La KPS se puede usar para determinar el pronóstico del paciente, medir los cambios en la capacidad funcional del paciente o decidir si un paciente puede ser incluido en un estudio clínico.

Permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas. Es un elemento predictor independiente de mortalidad tanto en patologías oncológicas y no oncológicas. Sirve para la toma de decisiones clínicas y valorar el impacto de un tratamiento y el pronóstico de la enfermedad de los pacientes. Ej. Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes.

- ▶ 100: Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad.
- ▶ 90: Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
- ▶ 80: Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
- ▶ 70: Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
- ▶ 60: Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
- ▶ 50: Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
- ▶ 40: Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
- ▶ 30: Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.
- ▶ 20: En cama por completo, paciente muy grave, o necesita hospitalización y tratamiento activo.
- ▶ 10: En fin de vida próximo.
- ▶ 0: Fallecido.

## ECOG (Eastern Cooperative Oncology Groups)

0. Actividad normal, puede cumplir con todos sus quehaceres al igual que antes de la enfermedad, sin ninguna restricción.
1. Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo independiente y capaz de llevar a cabo trabajos ligeros o sedentarios
2. Autoválido y capaz de cuidarse, pero no de llevar a cabo cualquier trabajo. Tiene que quedarse en cama durante <50% de las horas del día
3. Parcialmente autoválido, está en cama durante >50% de las hs. del día
4. Incapaz de cuidarse, en cama permanentemente
5. Fallecido

### MMT. Folstein

ORIENTACIÓN (1 punto cada respuesta correcta) ¿Cuáles el: día, fecha, mes, año, estación? ¿Dónde estamos: lugar, comuna, ciudad, región, país?	5 5	
FIJACIÓN (1 punto cada respuesta correcta) Nombre 3 objetos (PELOTA, BANDERA, ÁRBOL) y pida al paciente que los repita	3	
ATENCIÓN (1 punto cada respuesta correcta) Pida al paciente que reste: 100-7-7-7-7 (93,86, 79, 72, 65) o que deletree la palabra "MUNDO" de atrás hacia adelante (ODNUM)	5	
MEMORIA (1 punto cada respuesta correcta) Pida al paciente repetir los 3 objetos nombrados antes (en FIJACIÓN)	3	
LENGUAJE (1 punto cada tarea correcta) Denominar (señalando los objetos): reloj, lápiz. Repetición ("el flan tiene frutillas y frambuesas"). Comprensión (tome un papel con su mano derecha, dóblelo en 2 y póngalo en el suelo). Lectura (lea y ejecute una frase, por ejemplo "cierre los ojos"). Escritura (escriba una oración) Copiar el dibujo:	2 1 3 1 1 1	
Total	30	



# Anexo 3

## Clave de respuestas

### Clave de Respuesta de Ejercicio 1 de Comprensión y Aplicación

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Falso: la International Association for Study of Pain (IASP) lo define como "una experiencia emocional desagradable, asociada o no a una lesión tisular, o que se describe con las manifestaciones propias de tal lesión". Dada la complejidad del síntoma existen varias definiciones, sin embargo todas integran la participación de un componente nocivo o sensorial y un componente afectivo o reactivo.
4. Falso: la evaluación del paciente con dolor debe incluir anamnesis y examen físico además de la valoración específica del dolor.
5. Falso: la percepción y la tolerancia al dolor están condicionadas por múltiples factores psico-sociales.
6. Falso: el dolor agudo es más fácil de cuantificar por tratarse de una experiencia corta en el tiempo y, generalmente, menos afectada por condiciones psico-sociales.
7. Verdadero.
8. Verdadero.
9. Verdadero.
10. Verdadero.
11. Verdadero.
12. Verdadero.
13. Falso: El DSM IV-TR establece los siguientes criterios para llegar a su diagnóstico:
  - a) El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
  - b) El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
  - c) Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
  - d) El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio.
14. Verdadero.
15. Falso: A pesar que un 30 a 70% de los pacientes van a demostrar algún grado de respuesta a los placebos, no existe ningún fundamento ético ni científico que avale su uso en la evaluación o tratamiento del dolor.
16. Verdadero.
17. Verdadero.
18. Verdadero.
19. Verdadero.
20. Falso: no es necesario atravesar secuencialmente cada escalón; un paciente con dolor severo puede necesitar comenzar directamente en el 3º escalón, con requerimiento de opioides.

### Clave de Respuesta de Ejercicio 2 de comprensión y aplicación

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Falso: la evaluación multidimensional incluye la exploración de aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales tanto en el individuo enfermo como en la familia.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Verdadero.
8. Falso: La discordancia entre las percepciones del paciente y lo que manifiesta el entorno afectivo causa sufrimiento porque impide la comunicación de temas significativos, la expresión de las emociones y la implementación de las medidas de apoyo necesarias.
9. Falso: NO es conveniente confirmar noticias negativas de manera directa cuando el paciente:
  - explícitamente no desea ser informado
  - delega la recepción de información en un subrogante (familiar o amigo)
  - tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos no controlados
  - tiene síntomas psicológicos severos indicadores de mala adaptación, como enojo continuo e intenso, ansiedad generalizada
  - tiene ideación suicida o antecedentes de intento de suicidio.

En las últimas situaciones es imprescindible el trabajo en equipo con profesionales del área psicosocial y/o salud mental.

### Clave de Respuesta de Ejercicio 3 de comprensión y aplicación

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Verdadero.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Verdadero.
8. Verdadero.
9. Falso: la base del tratamiento analgésico recomendado es farmacológica, pero no se deben dejar de lado las medidas para resolver o aliviar los problemas psicológicos y sociales, y se debe considerar la utilización de otras opciones terapéuticas.
10. Falso: se debe mantener un nivel estable del fármaco en sangre para prevenir la ocurrencia del dolor. Los opioides deben ser indicados a intervalos regulares.

## > Bibliografía

### **Dolor**

- Bassos A, Bochs F, Baños JE. How does general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:318-28 - American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Masson. Barcelona. 2005 - Warfield CA, Fausett HJ. Diagnóstico y Tratamiento del Dolor. Barcelona. MASSON S.A: 2004
- Harkins SW, Price DD, Roy A, Itscovich W, Fei DY. Somatosensory evoked potentials associated with thermal activation of type II Adelta mechanoheat nociceptive afferents. *Int J Neurosci* 2000; Sep-oct 104 (1-4): 93-111 - Serrano Atero MS, Caballero J, Cañas A. y cols. Valoración del dolor (II), *rev Soc esp Dolor* 2002;9:109-121 - del Castillo de Comas C, Díaz Díez-Picazo L, Barquinero Canales C. Medición del dolor: Escalas de medidas. *JANO* 24-30 de oct 2008. No 1712
- Baños JE, Bosch F, Cañellas M, Bassols A, Ortega F, Bigorra J. Acceptability of visual analogue scales in the clinical settings: a comparison with verbal rating scales in postoperative pain. *Meth and Find Exp Clin Pharmacol* 1989; 11(2): 123-7 - De Andrés J, Soriano J, Monsalve V. :Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida. *Rev Soc Esp Dolor* 13 (2006);4 :216 - 229
- Formulario terapéutico para el primer nivel de atención. 1o edición 2011. Remediar+Redes. Ministerio de Salud de la Nación - Benyamin R, Buenaventura R, Glaser S. Opioid Complications and Side Effects. *Pain Physician* 2008:opioid Special issue:11:S105-S120
- Miaskowski C, Bair M, Chou R, and colls. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. 6th ed. Glenview: American Pain Society; 2008 - Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la Acupuntura. OMS. Ginebra. 2002 - Haake M, Schade-Brittinger C. German Acupuncture Trials (GERAC) for Chronic Low Back Pain Randomized, Multicenter, Blinded, Parallel-Group Trial With 3 Groups. *Arch Intern Med*. 2007;167(17):1892-1898
- Silbertsein S. Practice parameter:Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the qualitu standars subcommittee of the American Academy of neurology. *Neurology* 2000;55:754

### **Cuidados Paliativos**

- The solid facts. Palliative Care. Ed. Davies E, Higginson IE. World Health Organization Europe. 2004 - Field, J and Christine K. Approaching death: improving care at the end of life. Committee on Care at the End of Life, Division of Health Care Services., Institute of Medicine ; Cassel Editors. National Academy Press, Washington, D.C. 1997 - WHO. National Cancer Control Programs: Policies and Managerial Guidelines, 2nd Ed. Geneva: WHO, 2002 - Wenk R, Bertolino M. Palliative care development in South America: a focus on Argentina. *J Pain Symptom Manage*. 2007 May;33(5):645-50 - International Association for Hospice and Palliative Care. IAHPC List of Essential Practices in Palliative Care. Houston: IAHPC Press, 2012 - Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Evaluación en Cuidado Paliativo. <http://paliativo-femeba.org/uploads/2009/06/Evaluaci%0f3n%20en%20Cuidado%20Paliativo.%20Junio%202008.pdf> (acceso 20/03/2012) - Elsayem A, Driver L, Bruera E. The M.D.Anderson Syptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.2. Pág.11. 2°Ed: MD Anderson Cancer Center, 2002 - Bruera E, Hui D. *Journal of Clinical Oncology*. Vol 25 N° 28 2010. Pág 4016 - Pallipedia.

Decisión making capacity. <http://pallipedia.org/term.php?id=567> (acceso 10/03/2012) - Mc Daniell S, Cambell T, Orientación Familiar en Atención Primaria. Cap 2. La influencia de la familia sobre la enfermedad: nvestoigaciones sobre la incidencia de la familia en la salud. 2°Ed.España: Springer Verlag Ibérica,1998

- Clèries Xavier. La Comunicación: Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Capitulo 4. Habilidades comunicativas en el encuentro con el paciente. Ed. Masson, S.A., Barcelona, 2006 - Driver L, Bruera E. The M. D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 4.1°Ed.USA.: MD Anderson Cancer Center,1999.

- Barbero J, Barreto P. y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Ed. Just in Time S.L, Madrid, 2005. - Bruera E. Process and Content of Decision Making by Advanced Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology, Vol 24, No 7 March 1, 2006: pp 1029-1030. - Von Roenn J, Von Guten C. Setting goals to maintain hope.JCO 2003;21 (3) 570-574 - Back L. and Arnold R M. Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. JCO 2006; 24 (25) 4214-417 - Back L. and Arnold R M. Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Are Prepared for explicit information Journal of Clinical Oncology. 2006; 24 (25) 4209-4213 - Rubinstein A, Terrasa S, y cols. Medicina Familia y Práctica ambulatoria. Sec.27.Cap 286. In: Liaño E. Manejo de la comunicación en Cuidados Paliativos. 2°Ed.Argentina:Panamericana,2006. - Von Roenn J, Von Guten C. Setting goals to maintain hope.JCO 2003; 21 (3) 570-574 - Barbero J, Barreto P, y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Ed. Just in Time S.L, Madrid, 2005. - Palma A, Taboada P, Nervi F. Manual de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Cap.24..In: Del Río M.Comunicación en el final de la vida. 1° Ed.Chile : Universidad Católica de Chile, 2010 - Rauch P.K, Muriel A, Cassem, N. H. The Art Of Oncology: When The Tumor Is Not The Target: Parents With Cancer: Who's Looking After the Children? JCO 4399-4402. - Tarantino M. G., Braga ML. La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. Communication in Pediatrics: children and adolescents, subjects of right. Arch Argent Pediatr 2011;109(1):36-41/36 - Publicaciones de información para el paciente Del Centro Clínico de los Institutos Nacionales de la Salud. Cómo hablar con los niños acerca de la muerte. National Institutes of Health Clinical Center, Bethesda, Maryland 20892. 2007. - MacDonald N, Fainsinger RL. Indications and ethical considerations in the hydration of patients with advanced cancer. En: Bruera E, Higginson I, editores. Cachexia-anorexia in cancer patients. London, New York: Oxford University; 1996.p.94-109. - Bruera E, Toro R, "Hipodermocclisis en Pacientes con Cáncer avanzado". Rev. Ven. Anest. 1998; 3: 2: 72-77 - Estrada S y cols. "La enfermería en procedimientos invasivos". Capitulo 6. En: Cullen C, "Infusión SC". BsAs. 1°Ed. Argentina: Fund Roemmers, 2011 - Wenk R,"Cuidados Paliativos". Monografía. Control de síntomas."Via SC". Programa Argentino de Medicina Paliativa - Fundación FEMEBA.2001.Pág.60 - Marquez M, and colls. "Usos y recomendaciones de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos". Sec.3.Vía SC Recomendaciones.1°Ed.España:Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura,2008 - Doyle.D and colls. Palliative Medicine handbook. In: Back,I. Nutrition & Hydration. Hypodermocclisis. 3°edition.UK: Oxford.2007 - Bruera E, Belzile M, Watanabe S, Fainsinger RL. Volume of hydration in terminal cancer patients. úlceras por presión ort Care Cancer 1996;4:147-150 - Twycross R, Wilcock A. Palliative Care Formulary. Cap 4. Central Nervous System.3° Ed. UK: Palliative drougs.com.Ltd, 2009. - Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.169.Sec.8. En: Abrahm J, Fowler B. Náuseas, vómitos y siedad precoz.1°Ed. España: Elsevier, 2010. - Driver L, Bruera. E, The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 6.1°Ed. USA: MD Anderson Cancer Center,1999. - Pazdur R, y col. Cancer management: a multidisciplinary approach. Cap 38. En:Geunberg S,

Vithala M. Management of nausea and vomiting. 11ª Ed. US: CMP Healthcare Media, 2008.

- Hallenbeck J. The Causes of Nausea and Vomiting (V.O.M.I.T.), 2nd Edition. Fast Facts and Concepts. July 2005; 5 - Palma A, Taboada P, Nervi F. Medicina paliativa y cuidados continuos. Cap.23. En: Cullen C, Frascino N. Cuidados de la cavidad oral. 1ª ed. Chile. Universidad Católica de Chile, 2010 - Moreno-Pina JP, Richart-Martínez M, Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Enferm. Clin. 2007;17(4):186-97 - Patty W. Palliative Medicine Pocket Companion. Wound Care. Cap.58. Medicine. 1ª Ed. The institute for Palliative Medicine San Diego Hospice: USA, 2009 - Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. Seminars in Oncology Nursing, 2006; 22(3):185-193 - Bruera E. and colls. Textbook of Palliative Medicine. Cap.60. 1ª Ed. UK: Hodder Arnold, 2006 - Elsayem A., Driver L, Bruera E. The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.5. 2ª Ed. USA: MD Anderson Cancer Center, 2002 - Bonilla P and colls. 1º Consenso venezolano de la constipación inducida por analgésicos. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento. In: Betancourt C. Etiología clínica y diagnóstico. 1ª Ed. Venezuela: TIPS, 2008 - Driver L, Bruera. E, The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 7. 1ª Ed. USA.: MD Anderson Cancer Center, 1999 - Candy B, Jones L, and colls. Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos, Revisión sistemática. Cochrane. 2007 - Leone F. Guía para la prescripción de opioides. Cap.3. Interacción Farmacológica y efectos adversos. 1ª Ed. Argentina: Ediciones Médicas Internacionales, 2004 - Bertolino, M. Guía de manejo en cuidados paliativos Cap 10. 1ª Ed. Argentina: OMS- OPS, 2001 - Candy B, Jones L, and colls. Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos, Revisión sistemática. Cochrane. 2007 - Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Cap.12. In: Bertolino M, Bunge S, Rodríguez A. Manejo de síntomas gastrointestinales constipación, diarrea, vómitos, náuseas y oclusión intestinal. 1ª Ed. Chile : Universidad Católica de Chile, 2010. - American Thoracic Society Dyspnea. Mechanisms, assessment and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med, 1999. N° 159, 321-340. - Elsayem A., Driver L, Bruera E. The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.2. 2ª Ed. US: MD Anderson Cancer Center, 2002. - Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos en Medicina Paliativa. Cap.9. In: González M, Manejo de síntomas respiratorios 1ª Ed. Chile : Universidad Católica de Chile, 2010. - Lorenz K, y col.s. Evidence for improving Palliative Care at the End of life: a systematic review. Ann Intern Med. 2008; 148:147. - Foley, K. OMS. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario. Cancer Pain. US: OMS. Vol. 19, Núm. 1 - 2006. Pág 3-4. - Walsh D and colls. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.138. Sec.A. In: Friedemann N, Hardy J. Opiáceos. 1ª Ed. España: Elsevier, 2010. - Portenoy, R. Adjuvant analgesic agents. Portenoy R. adjuvant analgesics agents. In: Cherny N, Foley K, ed. Hematology and oncology clinics of North America: pain and palliative care. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996. Pág. 103-20. - Schiff D. Spinal cord compression. Neurol Clin N Am. 2003; 21:67-86 - Abrahm J, Patchell R, Rades D., Personalized Treatment for Malignant Spinal Cord Compression: a Multidisciplinary Approach. American Society of Clinical Oncology 2009 - Schiff D. Spinal cord compression. Neurol Clin N Am. 2003; 21:67-86. - Roth B, and colls. Pautas en oncología. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Cap. Compresión medular. 1ª ed. Instituto A.Roffo. 2010. - Wilson L, Detterbeck F, Yahalom J. Superior Vena Cava Síndrome with Malignant Causes. N Engl J Med 2007; 356:1862-9 - Stewart A. Hypercalcemia Associated with Cancer. N Engl J Med 2005; 352:373-9. - Roth B, and colls. Pautas en oncología. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Cap. Hipercalcemia Maligna. 1ª ed. Instituto A.Roffo. 2010. - Hospice Palliative Care Program. Fraser Health- Hypercalcemia in Malignant Disease. Palliative Management. 2009. - Bower M., Cox S., Oxford

Textbook of Palliative Medicine .Endocrine and Metabolic Complications of Advanced Cancer, 4° Edition UK: Oxford. 2010. - Pereira J, Pautex S, Oxford Textbook Clinical Management of Bleeding Complications. - Comité Ético de la SECPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 .N°9: 41-46 - Maltoni A, Pittueri C, y col. Palliative sedation therapy does not hasten death: result from a prospective multicenter study. Annals of Oncology, 2009, Vol. 20: 1163-1169 - Walsh D, and cols. Medicina Paliativa. .In: O Leary N. Asistencia durante la agonía. Sec .C.1°Ed. España:Elsevier,2011 - López Imedio E y cols.Enfermería en Cuidados Paliativos.Cap.27,LópezImedio E. La agonía. 1o Ed. España:Panamericana,1998.

## **Autores**

### **Dolor:**

Andrea Perrot

Médica. Especialista en Medicina Familiar y General. Instituto Universitario CEMIC.

### **Cuidados paliativos:**

Equipo asistencial y docente. Programa Argentino de Medicina Paliativa – Fundación FEMEBA:

Roberto Wenk

Médico Clínico. Director del Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Presidente de la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).

Fanny Vega

Médica de Familia. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA.

Mariela Bertolino

Médica Clínica. Cuidados Paliativos. Sub-Directora del Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinadora Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Sofía Bunge

Médica Clínica. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinadora Docente UCP – Hospital General de Agudos "E. Tornú". Clara Cullen. Lic. en Enfermería. Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Guillermo Mammana

Médico Clínico. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinador Médico . Hospital Tornú. Noemí Díaz. Lic. en Psicología. Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Clara Cullen

Licenciada en enfermería. Coordinación de enfermería. UCP. Hospital General de Agudos "E. Tornú".

**Responsable Editorial:** Lic. Mauricio Monsalvo

**Coordinación Editorial:** Médica Romina Gaglio  
Médica Analía Gil  
Lic. Silvana Iannaccio

**Procesamiento Didáctico:** Lic. Amanda Galli (AFACIMERA)

## Revisores:

### **Dolor:**

Fanny Vega

Médica de Familia. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA.

Jorge Alberto Manera

Instituto Universitario Italiano de Rosario (IUNIR). Médico especialista en Clínica Médica. Profesor Adjunto Clínica Médica de la Práctica Final Obligatoria (IUNIR). Jefe del Servicio de Clínica Médica del Sanatorio Británico de Rosario. Ex Presidente Asociación de Medicina Interna de Rosario. Ex Presidente Sociedad de Hipertensión Arterial de Rosario.

### **Cuidados paliativos:**

Equipo asistencial y docente. Programa Argentino de Medicina Paliativa – Fundación FEMEBA.

Jorge Alberto Manera

Instituto Universitario Italiano de Rosario (IUNIR). Médico especialista en Clínica Médica. Profesor Adjunto Clínica Médica de la Práctica Final Obligatoria (IUNIR). Jefe del Servicio de Clínica Médica del Sanatorio Británico de Rosario. Ex Presidente Asociación de Medicina Interna de Rosario. Ex Presidente Sociedad de Hipertensión Arterial de Rosario.

## Comisión Asesora:

**Ana María Bou Pérez. Universidad de Buenos Aires**

*Especialista en Geriatría y en Medicina Sanitaria. Jefa de Dto. del Área Programática de Salud del Hospital Ramos Mejía. Coordinadora de la Primera Cátedra Libre de Gerontología UBA (2008-2010). Docente de la Cátedra de Salud Pública II del Hospital Ramos Mejía. Coordinadora de Curso Universitario de capacitación para Médicos de Cabecera de PAMI.*

**Hugo Frances Maza. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación H. A. Barceló**

*Médico especialista en Clínica Médica. Prof. Asistente de Medicina Interna II y Terapéutica Clínica II. Prof. de Electrocardiografía Clínica de la Práctica Final Obligatoria (PFO). Prof. Asistente y a cargo de la Cátedra de Semiología General Prof. Asistente de la Cátedra de Medicina Interna. Secretario de Asuntos Universitarios. Docente Investigador Categoría IC-D. Fundación Barceló Sede La Rioja. Médico de planta del CAPS Jardín Residencial de la ciudad de La Rioja.*

**Sergio Gómez. Universidad Nacional del Comahue**

*Médico especialista en Medicina General. Médico del CAPS de 1224 viviendas, del Hospital Pedro Moguillansky de la Provincia de Río Negro, Cipolletti. Docente de APS en la Facultad de Medicina de la Universidad del Comahue.*

**Mario Sánchez Quintana. Universidad del Aconcagua**

*Médico especialista en Cirugía Vascul ar Periférica. Ex Jefe del Servicio de Cirugía Torácica y Vascul ar del Hospital Central de Mendoza. Actualmente Director de Posgrado y Extensión de la FCM de la Universidad del Aconcagua. Director del Internado Rotatorio de la carrera de medicina de la FCM de la Universidad del Aconcagua. Diplomado en Gestión de la Educación Superior.*

**Ventura Simonovich. Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires**

*Médico especialista en Clínica Médica. Profesor Adjunto. Departamento de Fisiología Humana. Investigador Adscripto. Departamento de Investigación. Instituto Universitario. Escuela de Medicina. Hospital Italiano de Buenos Aires. Coordinador del Área de Ensayos Clínicos. Sección Farmacología Clínica. Médico de planta del Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires.*

## **Revisión- Edición 2016**

Silvia Sosa. Médica. Especialista en Dolor y Cuidados Paliativos. Unidad de Cuidados Paliativos, Sanatorio Municipal Dr. "Julio Méndez".

Agradecemos el apoyo y la colaboración brindados en la elaboración y revisión de los contenidos de la presente Unidad a los consultores del Programa Remediar: Lic. Cristina Ratto, Méd. Liliana González y al Área de Comunicación del Programa Remediar.

Vega, Fanny

Terapéutica racional en atención primaria de la salud : enfermedades oncológicas, dolor y cuidados paliativos en el primer nivel de atención, unidad 2 / Fanny Vega ; contribuciones de Liliana Paula González ; coordinación general de Mauricio Monsalvo ; editado por Romina Gaglio ; Analía Fernanda Gil ; Silvina Iannaccio. - 1a ed revisada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. REMEDIAR, 2016.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-950-38-0232-8

1. Manejo del Dolor. 2. Cuidados Paliativos. I. González, Liliana Paula, colab. II. Monsalvo, Mauricio, coord. III. Gaglio, Romina, ed. IV. Gil, Analía Fernanda, ed. V. Iannaccio, Silvina, ed. VI. Título. CDD 616.029

---

Rediseño y puesta en página: Alsina María Teresa y COUVIC- Comunicación Visual. Edición 2016

