

CUIDADOS PALIATIVOS DEL ENFERMO ONCOLÓGICO

**Documentos para la gestión integrada de procesos
asistenciales relacionados con el Cáncer:
“PROYECTO ONCOGUÍAS”**

Documento de trabajo

CUIDADOS PALIATIVOS DEL ENFERMO ONCOLÓGICO

**Documentos para la gestión integrada de procesos
asistenciales relacionados con el Cáncer:
“PROYECTO ONCOGUÍAS”**

Documento de trabajo

PROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS AL ENFERMO ONCOLÓGICO

Grupo de trabajo:

Carmen Naveira Gómez (1)
M.^a Ángeles Olalla Gallo (2)
M.^a Paz Miguel Vázquez (3)
Francisco José Vara Hernando (4)
Alberto Arizcun Sánchez-Morate (5)
Javier García Izquierdo (6)
Feliciano Sánchez Domínguez (7)
Mari Sol Busto Pico (8)
Mafalda Rodríguez-Losada Allende (9)
José Carlos Arranz Sanz (9)
Félix Igea Arisqueta (9)

(1) Psicóloga. Unidad de Cuidados Paliativos. Complejo Hospitalario de León.
(2) Médico. Equipo de soporte de atención domiciliaria. Burgos.
(3) Enfermera. Equipo de soporte de atención domiciliaria. Burgos.
(4) Médico. Centro Regional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor de Castilla y León. Salamanca.
(5) Médico. Unidad de Oncología Médica. Hospital Río Carrión. Palencia.
(6) Médico. Equipo de Atención Primaria. Salamanca.
(7) Médico. Equipo de Cuidados Paliativos Domiciliarios de la AECC. Salamanca.
(8) Enfermera. Equipo de Atención Primaria. Valladolid.
(9) Dirección General de Planificación y Ordenación. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

Revisión:

Servicio de Calidad y Acreditación del Sistema Sanitario (*)
Dirección General de Planificación y Ordenación

(*) Con especial mención y agradecimiento a José Manuel Vicente Lozano.

Edita: Junta de Castilla y León

© Consejería de Sanidad
Dirección General de Planificación y Ordenación

Maquetación: dDC, Diseño y Comunicación

Printed in Spain. *Impreso en España*

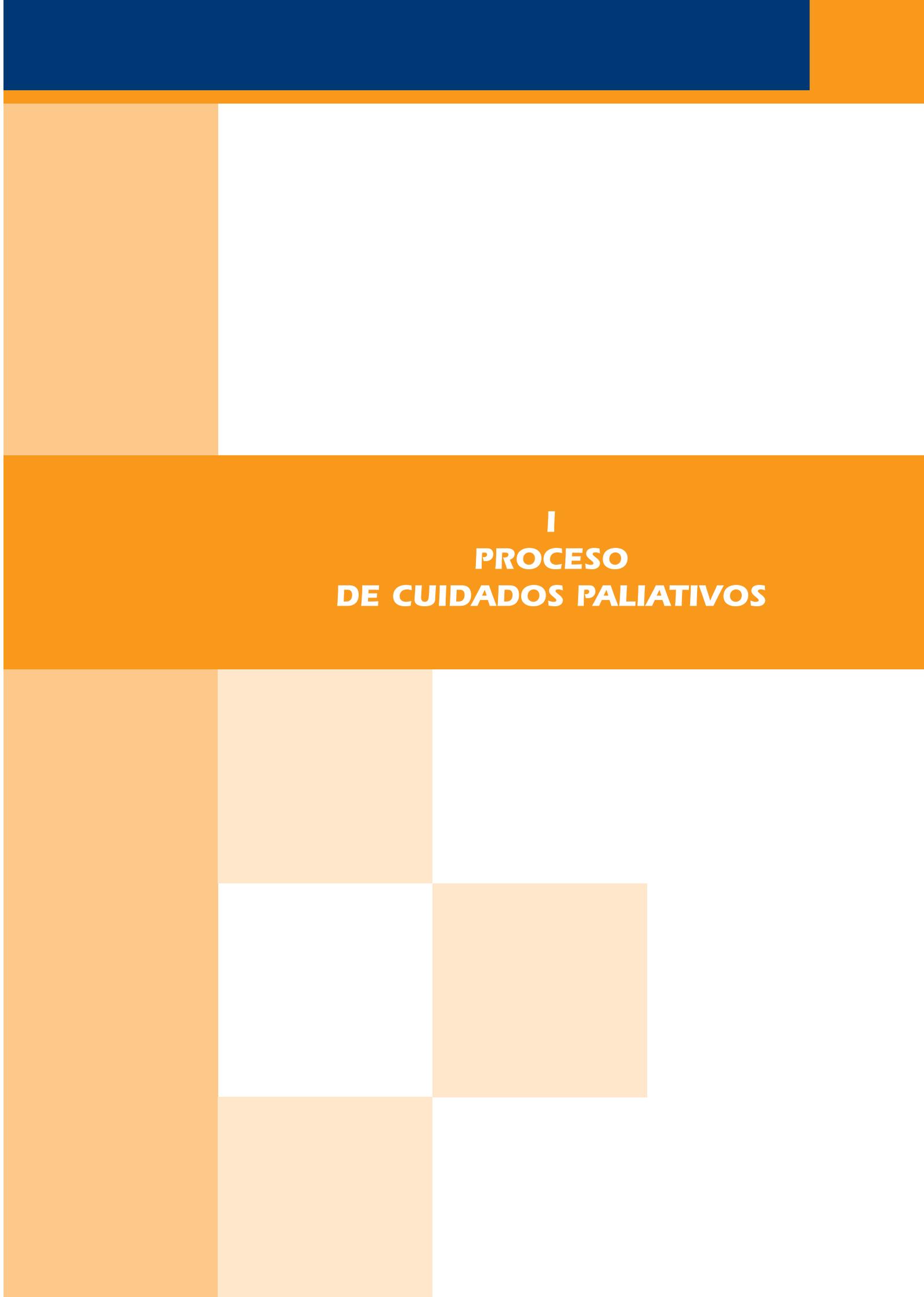
Imprime: Gráficas Andrés Martín, S.L.

Depósito Legal: VA-53/2005

ÍNDICE

Pág

I . PROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS	
■ I.1: Conceptos generales	9
■ I.2: Captación y valoración inicial del enfermo oncológico.	14
■ I.3: Establecimiento del plan individualizado de intervención en Atención Primaria.	19
■ I.4: Prestación de servicios asistenciales paliativos a los enfermos oncológicos	21
■ I.5: Evaluación del plan individualizado de Atención Primaria.	27
■ I.6: Monitorización del proceso estable.	28
II. ANEXOS: INFORMACIONES DE INTERÉS.	
■ II.1: Aportaciones específicas de la Oncología en los Cuidados Paliativos del enfermo oncológico.	33
■ II.2: Intervención psicológica en Cuidados Paliativos y Servicios y criterios de interconsulta.	40
■ II.3: Perfil y aportaciones del Profesional Médico de una Unidad de Cuidados Paliativos.	56
■ II.4: Perfil y aportaciones del Profesional de Enfermería de una Unidad de Cuidados Paliativos.	59
■ II.5: Modelo de Documento de Instrucciones Previas.	61
■ II.6: Guía para la gestión compartida de casos.	63
■ II.7: Protocolos en Medicina Paliativa.	77
■ II.8: Información.	140
III. BIBLIOGRAFÍA	
145	

The background features a dark blue horizontal bar at the top left, an orange horizontal bar at the top right, and a large orange horizontal band across the middle. The lower half of the page is composed of a grid of light orange and white squares of varying sizes.

I PROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS

I.1 CONCEPTOS GENERALES

INTRODUCCIÓN

El proceso de cuidados paliativos a pacientes oncológicos se enmarca en el proyecto “Oncoguías” de la Consejería de Sanidad de nuestra Comunidad.

El objetivo general de este proyecto es la promoción de la gestión de procesos como estrategia orientada a la consecución de la mejora de la calidad asistencial y a la satisfacción de los usuarios del sistema sanitario relacionados con este problema de salud.

Para ello se han creado grupos de trabajo formados por profesionales asistenciales y de la administración con la finalidad, en el caso de los cuidados paliativos del paciente oncológico, de definir, implantar y monitorizar un proceso de abordaje integral y coordinado que pretenda asegurar la continuidad de cuidados sanitarios y favorecer la integración de las actuaciones entre los profesionales sanitarios y de servicios sociales intervinientes.

Las ganancias esperadas con el desarrollo de este proyecto y dirigidas al logro de la misión del proceso son las siguientes:

- Potenciar el modelo asistencial normalizado, basado en la Atención Primaria de salud como eje vertebrador de la prestación de servicios sanitarios en la comunidad y apostando por la progresiva integración de todos los Equipos de Soporte Domiciliarios existentes actualmente en nuestra Comunidad Autónoma dentro de Sacyl, homogeneizando su composición, capacitación y dependencia tanto orgánica como funcional. Se pretende, además, siguiendo el principio de equidad, extender su ámbito de actuación de modo que den cobertura, como interconsultores de los Equipos de Atención Primaria, a toda la población.
- Desarrollar una red interconsultora-asistencial que de apoyo específico a los recursos normalizados en la prestación de cuidados paliativos. Esta red parte de los mencionados Equipos de Soporte de la Atención Domiciliaria y ha de completarse con el establecimiento de profesionales interconsultores también para los pacientes hospitalizados, así como una Unidad de referencia regional. Esta red de apoyo, en estrecha interrelación, debe suponer además la fuente de impulso y capacitación continuada en cuidados paliativos de nuestros profesionales sanitarios, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.
- Garantizar la integración funcional de servicios sanitarios entre sí y de éstos con los servicios sociales (esto es, la coordinación intra e interinstitucional –socio-sanitaria–).
- Definir tanto el contenido como la secuencia y flujo de las diferentes actividades-subprocesos que contiene el proceso general de cuidados paliativos. Esto permitirá la difusión del conocimiento sobre el mismo entre todos los profesionales, favoreciendo así la disminución de la variabilidad no deseada y, al dar a conocer también el valor añadido específico de cada Unidad interviniente, colaborará, en nuestra opinión, a la mejora de la equidad y de la eficiencia de forma global.
- Evaluar y mejorar continuamente el proceso. Para ello se considera necesario la formalización de una estructura con representatividad de Área de Salud, en forma de grupo de mejora vinculado como grupo de trabajo de la Comisión Paritaria (y, por tanto, coordinado

con la estructura de gestión tanto de Atención Primaria como de Especializada) incluyendo a profesionales asistenciales de las diferentes unidades intervinientes. Este grupo, mediante la monitorización y/o la evaluación periódica, podrá proponer las medidas pertinentes conducentes a la garantía de la calidad y la mejora continua del proceso. El desarrollo de este trabajo exige, a su vez, de la disposición de un sistema de información suficiente para permitir la obtención y el análisis de los indicadores clave definidos en el proceso.

MISIÓN

Garantizar la provisión y gestión coordinada de servicios sanitarios y sociales que permitan obtener el óptimo nivel de bienestar físico, emocional, social y espiritual para las personas en situación de enfermedad oncológica terminal y sus familias.

LÍMITES

LÍMITE DE ENTRADA

Captación por el recurso asistencial de una persona con enfermedad oncológica, con sospecha de necesitar tratamiento paliativo asociado a su proceso.

LÍMITE DE SALIDA

Fallecimiento de la persona con enfermedad oncológica y situación de duelo no patológico en sus familiares.

Decisión voluntaria del paciente o de la persona legalmente autorizada, de abandonar el programa.

LÍMITES MARGINALES

Personas con enfermedad terminal no oncológica y sus familias. No obstante, es de aplicación el proceso definido salvo las intervenciones del ámbito específicamente oncológico.

PRESTACIÓN COORDINADA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Se refiere al conjunto de subprocesos, actividades y tareas prestadas por diferentes equipos profesionales actuando de forma coordinada y dirigidos a obtener la respuesta más eficiente entendida como bienestar biológico, emocional y de adaptación sociofamiliar de las personas subsidiarias de cuidados paliativos y sus familias.

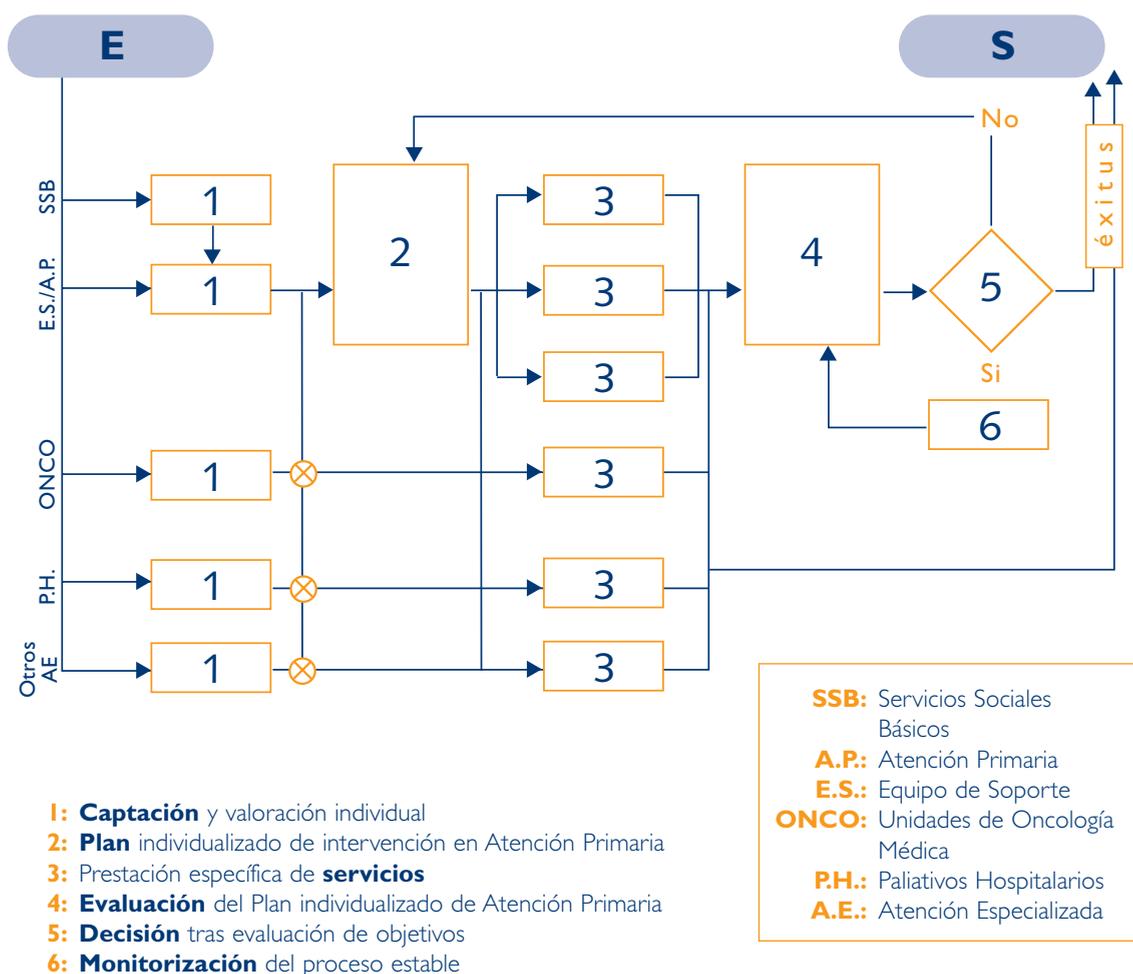
SUS PRINCIPIOS RECTORES SON:

- Orientación a la persona y su familia de forma integral, valorando y abordando las esferas biológica, emocional y social.
- Prestación de servicios profesionalizada y coordinada, evitando la reiteración de actuaciones por equipos diferentes, aportando cada equipo su valor añadido específico dentro de un plan de actuación individualizado, conocido por todos los intervinientes, con procedimientos de conexión y contenidos de información conocidos y compartidos. Se pretende, en definitiva, el equilibrio entre la prestación de servicios específicos de calidad y la orientación de todos los intervinientes al objetivo global.
- Respeto del modelo asistencial normalizado, entendiendo como tal la asunción de la corresponsabilidad dentro del modelo asistencial actual. Un primer nivel de atención

sanitaria integral que corresponde a los Equipos de Atención Primaria que pueden requerir la interconsulta de equipos especializados para optimizar la atención domiciliar o bien de equipos de atención especializada en régimen ambulatorio u hospitalario que aporten sus servicios específicos a lo largo del proceso de atención.

EL FLUJOGRAMA QUE RESUME EL PROCESO ES EL SIGUIENTE

Proceso de cuidados paliativos



DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

Definidas ya la entrada y la salida, se muestran horizontalmente los diferentes niveles de intervención tanto en la comunidad (Equipos de Atención Primaria –EAP–, Servicios Sociales Básicos –SSB– y Equipos de Soporte –ESAD–) como en el segundo nivel (Unidades de Oncología Médica –ONCO–, Paliativos Hospitalarios –PH– u otros).

Para cada nivel de intervención se establecen bloques de actividades-subprocesos que pueden ocurrir de forma simultánea, conjunta y/o sucesiva. Estos subprocesos o bloques de actividad son los siguientes:

1. Captación y valoración inicial:

- a. Tienen como misión la identificación de pacientes oncológicos que puedan ser subsidiarios de cuidados paliativos, la realización de una primera valoración por cada equipo responsable y la decisión de prestación de servicios específicos, bien directamente o bien tras el establecimiento de un plan individualizado y compartido de intervención entre varios equipos (en el caso de la atención en la comunidad).
- b. La entrada la constituyen pacientes que, bien mediante captación activa u oportunista, establecen contacto con los diferentes equipos intervinientes.
- c. La salida: pacientes y familias adecuadamente valorados.

2. Plan individualizado de intervención en Atención Primaria:

- a. La misión de este subproceso es la realización de una valoración multiprofesional conjunta (necesariamente por el miniequipo de A.P. –médico, enfermera, trabajador social– y, cuando se requiera, junto con el equipo de soporte y/o el trabajador social de CEAS)¹ junto con la información previa de otros equipos –si se dispone– y tras la cual se identificarán los problemas y se establecerá un plan de intervención consensuado.
- b. La entrada es el paciente (y su familia) que acude desde el equipo que haya realizado la captación (bien sea en el nivel primario o en el segundo nivel) y que aporta la información significativa desde el mismo.
- c. La salida es el paciente con un plan de intervención compartido, que comprende la programación de los servicios a prestar (incluyendo la gestión de las interconsultas precisas) y los procedimientos de evaluación conjunta, tanto previsibles como en caso de incidencias.

3. Prestación específica de servicios:

- a. La misión de estos subprocesos viene definida por cada equipo responsable. Como término general consiste en la prestación de los cuidados específicos de cada equipo y que aportan valor añadido al objetivo general de alcanzar el óptimo nivel de bienestar biopsicosocial.
- b. El límite de entrada lo constituyen los pacientes (y sus familias) que, bien captados y valorados por el mismo equipo prestador, o bien interconsultados por otros equipos intervinientes, son subsidiarios de beneficiarse de las intervenciones definidas en ese nivel (de su “cartera de servicios”).
- c. El límite de salida es aquella circunstancia en la que, tras la evaluación conjunta o individual de cada equipo, el paciente se encuentra estable (momento en el que es remitido, con la información precisa, a su Equipo de Atención Primaria) o se produce el éxito.

4. Evaluación del plan individualizado de Atención Primaria:

- a. Misión: se pretende realizar un análisis de la evolución de la situación y de la efectividad de las intervenciones de cada equipo asistencial de modo que se garantice la adecuación de la intervención global.
- b. El límite de entrada lo constituyen aquellos pacientes que están recibiendo servicios de atención y que, de forma programada o a demanda en situaciones no previstas, precisan una evaluación global de su plan de intervención en Atención Primaria.

¹ Centros de Acción Social

- c. El límite de salida es doble: o bien la situación es controlada y el proceso se considera estable o, si no es así se replantea un nuevo plan de intervención.

5. Monitorización del proceso:

- a. Misión: pretende definir un procedimiento de supervisión de la situación, una vez obtenidos los resultados esperados, a fin de garantizar su estabilidad.
- b. El límite de entrada lo constituyen aquellos pacientes (y sus familias) que tras el establecimiento de un plan de intervención y su verificación, se considera que su situación es estable.
- c. Límite de salida: paciente estable con un plan de monitorización definido, incluyendo los momentos de reevaluación conjunta.

DESCRIPCIÓN DE CADA BLOQUE DE ACTIVIDAD POR EQUIPOS DE INTERVENCIÓN:

Se presentan como anexos, incluyendo las tareas y los requisitos de calidad en cada una.

EVALUACIÓN GLOBAL DEL PROCESO

Comprende la evaluación de cada uno de los bloques de actividad así como la evaluación del proceso en su conjunto y sus resultados.

Para ello se propone la creación de un grupo de trabajo, que incluya profesionales asistenciales de las diferentes unidades referidas (especialistas en oncología, responsables o coordinadores del proceso de A.P, profesionales de recursos específicos de Cuidados Paliativos, etc.), vinculado a la Comisión Paritaria de Área, que disponiendo de la información cuantitativa y cualitativa sobre la prestación de los cuidados paliativos en su ámbito de actuación, verifique el cumplimiento de los requisitos de calidad del proceso de atención, analice las áreas de mejora y proponga las medidas pertinentes para su optimización.

I.2 CAPTACIÓN Y VALORACIÓN INICIAL DEL ENFERMO ONCOLÓGICO

CAPTACIÓN Y VALORACIÓN POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

MISIÓN

Captar pacientes oncológicos, probablemente subsidiarios de cuidados paliativos, y realizar una primera valoración que oriente el proceso general de atención.

ACTIVIDADES - TAREAS

- **Captación oportunista:** Consiste en la identificación de casos a partir de la actividad ordinaria de consulta (directamente por el médico o a través de la consulta de enfermería).
- **Captación activa:** Consiste en la citación programada de pacientes oncológicos a fin de evaluar su situación y considerar la necesidad de cuidados paliativos.
- **Evaluación de la necesidad de cuidados paliativos:** Mediante entrevista semiestructurada dirigida a la anamnesis de los síntomas más prevalentes.
- **Registro y programación de la valoración conjunta:** Consiste en el registro entre la lista de problemas de salud de las necesidades de cuidados y/o la situación de terminalidad (incluyendo la fecha de inclusión) así como el establecimiento de una fecha para la valoración conjunta (médico-enfermera- trabajador social del EAP con/sin equipo de soporte).

INDICADORES CLAVE

- Número de enfermos con enfermedad oncológica incluidos en el proceso de atención paliativa.
- Porcentaje de enfermos con enfermedad oncológica incluidos en el proceso de atención paliativa que tienen registrado en su historia clínica la fecha de captación, el motivo y los problemas identificados.

CAPTACIÓN Y VALORACIÓN POR LOS SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS

MISIÓN

Identificar pacientes probablemente subsidiarios de cuidados paliativos por enfermedad oncológica terminal (y a sus familias) y realizar una primera valoración específica sociofamiliar que oriente el proceso general de atención.

ACTIVIDADES - TAREAS

- **Captación oportunista:** Cuando, con motivo de la actividad ordinaria de los trabajadores de los CEAS, se tenga conocimiento de la existencia de personas con procesos oncológicos y no se tenga constancia de su seguimiento por parte del Equipo de Atención Primaria.
- **Valoración inicial:** Sospecha de necesidad de cuidados paliativos y valoración inicial del contexto sociofamiliar.

- **Derivación:** Hacia el Equipo de Atención Primaria, acompañando la información que se estime adecuada para el caso (valoración sociofamiliar, información que se haya obtenido, etc.).

INDICADORES CLAVE:

- Número de casos sospechosos derivados desde los CEAS a los EAP.
- Porcentaje de casos que, tras la evaluación, son incluidos en el proceso de atención paliativa

CAPTACIÓN Y VALORACIÓN INICIAL POR LOS EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA O UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS*

Tales unidades o equipos no debieran ser recursos captadores de enfermos susceptibles de cuidados paliativos sino que deben actuar como interconsultores a demanda de los profesionales de Atención Primaria. Sin embargo, puede darse la circunstancia de que algunos pacientes sean captados por estos dispositivos asistenciales.

MISIÓN

Identificar pacientes probablemente subsidiarios de cuidados paliativos por enfermedad oncológica terminal y realizar una primera valoración que confirme la necesidad de cuidados paliativos, que oriente el proceso general de atención y que permita la prestación de la atención sanitaria propia de estos equipos.

ACTIVIDADES - TAREAS

- **Captación:** Cuando, con motivo de la actividad ordinaria de estos equipos, se tenga conocimiento de la existencia de personas con procesos oncológicos y no se tenga constancia de su seguimiento por parte del Equipo de Atención Primaria correspondiente.
- **Valoración:** Confirmación de criterios de terminalidad y de la necesidad de cuidados paliativos.
- **Derivación:** Hacia el Equipo de Atención Primaria, acompañando la información que se estime adecuada para el caso.

INDICADORES CLAVE

- Número de casos totales en los que se ha confirmado la necesidad de cuidados paliativos y que son remitidos al EAP para ser incluidos en el programa de cuidados paliativos.
- Número de casos remitidos por los ESAD en los que se ha confirmado la necesidad de cuidados paliativos y que son remitidos al EAP para ser incluidos en el programa de cuidados paliativos.
- Número de casos remitidos por los UCPD en los que se ha confirmado la necesidad de cuidados paliativos y que son remitidos al EAP para ser incluidos en el programa de cuidados paliativos.

* Relacionados con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)

- Número de casos remitidos por los equipos de la AECC en los que se ha confirmado la necesidad de cuidados paliativos y que son remitidos al EAP para ser incluidos en el programa de cuidados paliativos.
- Porcentaje de casos incluidos en el proceso de atención paliativa que han llegado al EAP derivados por estos equipos.

CAPTACIÓN Y VALORACIÓN INICIAL POR EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA

MISIÓN

Identificar a los enfermos con enfermedad neoplásica avanzada en fase terminal, hasta el punto de presentar escasa o nula respuesta a los tratamientos oncológicos específicos, subsidiarios de cuidados paliativos.

ACTIVIDADES – TAREAS

- **Captación:** A partir de la actividad de consulta (o ingreso hospitalario) de pacientes oncológicos, se pretende identificar el momento en que son subsidiarios de recibir cuidados paliativos.
- **Valoración inicial:** Efectuar con precisión el diagnóstico de terminalidad del enfermo que padece una neoplasia, estableciendo, por acuerdo o consenso, la fase evolutiva de la enfermedad en la que existen escasas o nulas posibilidades de tratamiento oncológico específico y se precisan actividades terapéuticas y cuidados con orientación paliativa. Identificación de los problemas principales de salud del paciente. Evaluación de las posibilidades de abordaje paliativo específico (quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia paliativas).
- **Coordinación** (gestión del caso, comunicación, información, documentación, organización): Comunicación de información escrita a los responsables de la atención del paciente en el ámbito comunitario u hospitalario, especificando la necesidad de seguimiento o no por la Unidad de Oncología y, en su caso, los objetivos y periodicidad del mencionado seguimiento.

INDICADORES CLAVE

- Número de enfermos oncológicos con criterios de terminalidad subsidiarios de cuidados paliativos.
- Número de informes remitidos a Atención Primaria.
- Porcentaje de informes que cumplen los requisitos mínimos de calidad.
- Tiempo que transcurre desde que se remite el paciente a Atención Primaria hasta que se produce la evaluación conjunta.

CAPTACIÓN Y VALORACIÓN INICIAL POR LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIA

MISIÓN

Recibir, confirmar la situación de terminalidad y valorar a los enfermos oncológicos terminales con necesidades complejas, remitidos a la UCP desde otros niveles o servicios asistenciales.

ACTIVIDADES – TAREAS

- **Captación:** Paciente derivado desde otros niveles o servicios asistenciales por situaciones o clínica compleja subsidiaria de tratamiento en unidad paliativa específica y aún no incluido en el programa de cuidados paliativos.
- **Valoración inicial:** Diagnóstico o confirmación de fase neoplásica terminal. Evaluación multiaxial del paciente (necesidades o problemas desde el ámbito biológico, emocional, social y /o espiritual).
- **Coordinación** (gestión del caso, comunicación, información, documentación, organización): Comunicación de información escrita a los responsables de la atención del paciente en el ámbito comunitario u hospitalario, especificando la necesidad de seguimiento o no por la Unidad y, en su caso, los objetivos y periodicidad del mencionado seguimiento.

INDICADORES CLAVE

- Número de enfermos valorados.
- Número de enfermos captados por primera vez en la unidad de cuidados paliativos
- Porcentaje de enfermos oncológicos valorados en la unidad de paliativos en los que se indica un seguimiento específico por la UCP
- Porcentaje de informes remitidos a A.P. que cumplen los requisitos mínimos de calidad.
- Tiempo de espera hasta la evaluación conjunta en Atención Primaria.

CAPTACIÓN Y VALORACIÓN INICIAL POR OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA: CIRUGÍA, NEUROCIROLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, GERIATRÍA Y URGENCIAS

MISIÓN

Identificar pacientes con escasa o nula posibilidad de respuesta a tratamientos oncológicos curativos y que requieran atención sanitaria y social con orientación paliativa.

ACTIVIDADES – TAREAS

- **Captación:** Identificación de pacientes con sospecha o diagnóstico de enfermedad oncológica no susceptible de tratamientos específicos curativos, que acuden a consultas externas o ingresan en el hospital, derivados desde Atención Primaria o de otros servicios hospitalarios por problemas específicos de cada servicio.
- **Valoración inicial:** Juicios diagnósticos, susceptibilidad a tratamientos, sospecha o confirmación de criterios de terminalidad, orientaciones terapéuticas específicas del servicio.
- **Coordinación** (Gestión del caso, información y documentación): Registro de la información clínica del paciente. Elaboración y transmisión de información del paciente al nivel asistencial responsable de su atención y seguimiento. Derivación al Servicio de Oncología, si precisa confirmación de criterios de terminalidad y orientación diagnóstica y terapéutica; a Atención Primaria para valoración, plan de cuidados y prestación de servicios en la comunidad; a la UCP si la situación de complejidad lo requiriere.

INDICADORES CLAVE

- Número total de enfermos con diagnóstico cierto de terminalidad que se derivan directamente a Atención Primaria desde los servicios de Atención Especializada para evaluación conjunta e inclusión en el programa de cuidados paliativos.
- Número de enfermos por especialidades, con diagnóstico cierto de terminalidad que se derivan directamente a Atención Primaria desde cada uno de los servicios de Atención Especializada para evaluación conjunta e inclusión en el programa de cuidados paliativos.
- Porcentaje total de informes de remisión enviados a A.P. que cumplen los requisitos mínimos de calidad.
- Porcentaje de informes de remisión enviados a A.P. desde cada uno de los servicios de Atención Especializada que cumplen los requisitos mínimos de calidad.

I.3 ESTABLECIMIENTO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

MISIÓN

Realización de una valoración multiprofesional conjunta (necesariamente por el miniequipo de Atención Primaria –médico, enfermera, trabajador social– y, cuando se requiera, junto con el equipo de soporte y/o el trabajador social de CEAS) junto con la información previa de otros equipos –si se dispone– y tras la cual se identificarán los problemas y se establecerá un plan de intervención consensuado.

ACTIVIDADES – TAREAS

- **Valoración profesional inicial:** Tanto por parte del médico de familia como del profesional de enfermería y como del trabajador social. Incluyendo la recogida de la información pertinente disponible desde otros niveles de intervención (informes clínicos, valoraciones sociofamiliares previas):
 - Valoración clínica:
 - *Motivo de inclusión en el proceso de atención paliativa.*
 - *Diagnóstico de los problemas de salud relevantes que padece el paciente: diagnóstico oncológico y otros diagnósticos.*
 - *Valoración sintomática: dolor, estreñimiento, insomnio, anorexia, estado de conciencia, sintomatología ansiosa y depresiva, disnea, náuseas y vómitos, otros signos y síntomas.*
 - *Tratamientos previos y actuales del paciente.*
 - Valoración de necesidades de cuidados enfermeros según procedimiento establecido (patrones funcionales de Gordon).
 - Valoración psicológica, emocional, relacional, de sus valores y creencias.
 - Valoración funcional para las actividades de la vida diaria mediante cuestionarios validados (Barthel, Lawton).
 - Valoración sociofamiliar:
 - *Identificación de la(s) persona(s) cuidadora(s) principal(es) del paciente.*
 - *Situación familiar.*
 - *Situación social: condiciones de la vivienda.*
 - Valoración del grado de información y de la actitud que tienen sobre la enfermedad tanto el paciente como la familia.
- **Establecimiento de un plan de intervención conjunto:** Tras la identificación y priorización de las necesidades y problemas del paciente y su familia, definición de los objetivos terapéuticos para cada necesidad–problema y planificación consensuada de las intervenciones específicas necesarias por parte de cada profesional interviniente, incluyendo la gestión compartida con los equipos domiciliarios de soporte y/o las interconsultas con el segundo nivel asistencial.
- **Planificación del seguimiento:** Tanto en condiciones normales como ante eventualidades.
- **Coordinación** (gestión del caso, información y documentación): Se utilizará como soporte la historia clínica del paciente y, caso de precisarse la gestión compartida con los

servicios sociales, el documento “Guía para la gestión compartida de casos”¹. Se informará del plan de intervención tanto al paciente como a sus familiares, así como al resto de profesionales intervinientes (equipos domiciliarios, unidades de oncología médica).

INDICADORES CLAVE

- Registro de la valoración individual (problemas de salud, necesidades de cuidados de enfermería, situación sociofamiliar).
- Registro de objetivos terapéuticos.
- Registro de intervenciones precisas por cada profesional.
- Registro de la planificación del seguimiento.
- Registro del acuerdo del plan con el paciente (y familia en su caso).
- Identificación, y registro en la historia clínica, desde el primer momento de la atención, del cuidador principal, responsable de las actividades domiciliarias de atención, apoyo e interlocución.
- Número de pacientes remitidos a Atención Primaria con criterios para ser incluidos en el programa de cuidados paliativos:
 - Totales.
 - Desde oncología.
 - Desde las unidades de cuidados paliativos.
 - Desde otras unidades de atención especializada:
 - Totales.
 - Por unidades.
- Número de pacientes remitidos a los ECB:²
 - En cifras absolutas.
 - Como porcentaje sobre el total.
- Número de pacientes que tienen redactado un plan de intervención conjunto.
- Criterios de calidad del plan de intervención, incluyendo el que esté reflejado el calendario de seguimiento y la respuesta a posibles eventualidades.

¹ Anexo II.6

² Equipo de Coordinación de Base.

I.4 PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES PALIATIVOS A LOS ENFERMOS ONCOLÓGICOS

PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO COMUNITARIO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

MISIÓN

Proveer servicios dirigidos a obtener el mayor nivel posible de bienestar físico, emocional, social y espiritual para las personas en situación de enfermedad oncológica terminal y sus familias, así como gestionar la actuación coordinada del resto de los profesionales sanitarios intervinientes y colaborar en la gestión compartida del caso cuando se precise la intervención coordinada con los servicios sociales.

ACTIVIDADES

- **Actividades asistenciales directas:** (Estas actividades pueden ser compartidas en un plan consensuado con los profesionales de los equipos de soporte de atención domiciliaria).
 - Control sintomático según los protocolos establecidos a tal fin, tanto en el centro de salud como en el domicilio.
 - Prestación de los cuidados de enfermería precisos.
 - Apoyo emocional al paciente.
 - Atención a la familia o al entorno del cuidador (apoyo emocional, educación y capacitación en cuidados, prevención y atención del síndrome del cuidador enfermo, atención de soporte al duelo y prevención del duelo patológico, etc.).
 - Intervenciones sociofamiliares específicas (fomento de autonomía del núcleo familiar; gestión de prestaciones, promoción de la inclusión en grupos de autoayuda, gestión de apoyos no institucionales, etc.).
- **Coordinación** (gestión del caso, información y documentación): Durante el período de prestación de servicios, además de las actividades de interconsulta y seguimiento planificado ya establecidas en el plan individualizado de atención, pueden surgir necesidades puntuales de interconsulta o reevaluación no programadas. Estas actividades no programadas deberán registrarse en la historia clínica y en el documento de gestión compartida del caso con los servicios sociales, en caso de precisarse.
- **Indicadores clave:**
 - Porcentaje de pacientes incluidos en el programa que tienen una evaluación y registro evolutivo en la historia clínica de la intensidad de los síntomas prevalentes, a través de gráficos, escalas y otros instrumentos de monitorización.
 - Porcentaje de pacientes incluidos en el programa que tienen plan farmacoterapéutico, documentado por escrito, donde consten los aspectos relacionados del tratamiento farmacológico fijo y de las crisis, de las medidas generales asociadas, nutrición, hidratación y movilidad, cuidados cutáneos y otros.
 - Definición y disposición de un protocolo informativo, para el paciente y la familia, sobre abordaje de situaciones urgentes y acceso a los servicios de atención correspondientes.

- Disposición en el equipo de un conjunto de protocolos básicos de atención, en documentos escritos, sobre aspectos relacionados con la asistencia clínica (protocolos sobre sintomatología frecuente: control de síntomas, atención de situaciones de impacto), la atención familiar (duelo, claudicación familiar; educación a la familia) y la organización (acogida, atención domiciliaria, derivación del paciente a otros recursos).
- Porcentaje de pacientes incluidos en el programa a los que se les hace una reevaluación periódica, registrada en la historia clínica, de sus necesidades, fundamentalmente en situaciones críticas como empeoramiento y variaciones sintomáticas con o sin intervención del equipo específico de soporte, agonía, etc.
- Existencia y disponibilidad de un modelo de documento de instrucciones previas (Anexo II.5), que permita al enfermo expresar su voluntad sobre tratamientos, cuidados y otras circunstancias, en situaciones de deterioro de conciencia o libertad, y nombrar un representante. Este documento de instrucciones previas se incorporará a la historia clínica.
- Porcentaje de pacientes incluidos en el programa que tienen incorporada en su historia clínica el documento de instrucciones previas.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR LOS EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA O UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

MISIÓN

Prestar apoyo a los profesionales de Atención Primaria para la atención domiciliaria del enfermo oncológico en situación terminal y de su familia, con el objeto de garantizar el óptimo nivel de bienestar y la ubicación del paciente en el nivel asistencial que asegure los cuidados de la mayor calidad posible.

ACTIVIDADES

■ **Actividades asistenciales:**

Colaborar con el Equipo de Atención Primaria en la prestación de cuidados paliativos en la comunidad a pacientes que precisan:

- Manejo de síntomas de difícil control (dolor, disnea).
- Técnicas: paracentesis, manejo de ostomías, etc.
- Sedación terminal.
- Conexión con recursos hospitalarios: interconsultas, ingresos programados.
- Colaboración ante claudicación familiar.

■ **Coordinación:** Colaborar con el EAP en la gestión de casos, fundamentalmente en la facilitación de la relación con el segundo nivel (atención ágil en hospital de día, ingresos para intervenciones o técnicas soslayando el acceso a través de urgencias, etc.).

■ **Formación, docencia e investigación:** Colaborar en la capacitación científico-técnica de los EAP en cuidados paliativos, así como la promoción y difusión de la filosofía de los cuidados paliativos.

INDICADORES CLAVE

- Número de pacientes sobre los que se ha solicitado y se ha realizado intervención por el ESAD en forma de atención directa, asesoría para resolución de situaciones puntuales, orientación y/o gestión del caso, etc.
- Porcentaje de pacientes sobre los que se ha solicitado y se ha realizado intervención por el ESAD en forma de atención directa, asesoría para resolución de situaciones puntuales, orientación y/o gestión del caso, etc. sobre el total incluido en el programa.
- Porcentaje de pacientes sobre los que se ha solicitado y se ha realizado intervención por el ESAD y que lo tienen registrado en la historia clínica.
- Porcentaje de pacientes sobre los que se ha solicitado y se ha realizado intervención por el ESAD y que tienen registrado en la historia clínica la evaluación de las necesidades del enfermo y la familia y definido un plan de cuidados consensuado con el EAP.
- Número de sesiones formativas impartidas a profesionales de atención primaria o especializada, o a otros profesionales relacionados con los cuidados paliativos.
- Número de profesionales que han recibido formación.
- Número de horas impartidas.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DESDE EL ÁMBITO DEL TRABAJO SOCIAL

MISIÓN

Garantizar la prestación de servicios de apoyo social que permitan el máximo de autonomía e integración del paciente terminal y su familia.

ACTIVIDADES

- Apoyo personal - familiar (fomento de la autonomía).
- Gestión de la prestación de servicios personales y domésticos.
- Gestión de otras prestaciones (sanitarias, ayudas económicas, y de otro tipo).

INDICADORES CLAVE

- Porcentaje de casos incluidos en el proceso de atención paliativa que reciben algún tipo de prestación (económica o social).
- Porcentaje de pacientes incluidos en el proceso de atención paliativa que participan en algún programa social o sociosanitario.
- Porcentaje de pacientes incluidos en el proceso de atención paliativa de los que al menos un familiar participe en algún programa social o sociosanitario.
- Porcentaje de pacientes incluidos en el proceso de atención paliativa en cuya historia clínica aparezca un resumen de la intervención de los servicios sociales o incluya algún documento que recoja estos extremos.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PROFESIONALES PSICÓLOGOS

MISIÓN

Colaborar en el manejo de reacciones de impacto emocional en el paciente terminal y en sus familiares, bien a través de intervención directa, bien apoyando a los profesionales del EAP.

ACTIVIDADES

- Valoración psicológica del paciente con criterios paliativos y de su familia.
- Establecimiento de un plan de intervención, si procede, sobre el paciente.
- Establecimiento de un plan de intervención, si procede, sobre la familia.
- Prestación del apoyo que necesite el equipo asistencial para el manejo de las reacciones de impacto emocional, tanto del paciente como de sus familiares.

INDICADORES CLAVE

- Número de pacientes con criterios de cuidados paliativos en los que se produce una intervención directa del psicólogo.
- Porcentaje de pacientes con criterios de cuidados paliativos en los que se produce una intervención directa del psicólogo.
- Número de pacientes con criterios de cuidados paliativos en los que se produce una intervención del psicólogo a nivel familiar.
- Porcentaje de pacientes con criterios de cuidados paliativos en los que se produce una intervención del psicólogo a nivel familiar.
- Porcentaje de pacientes con criterios de cuidados paliativos en los que se produce una intervención del psicólogo como apoyo al EAP.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

MISIÓN

Proporcionar una atención integral e individualizada a los aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sociales de los enfermos oncológicos terminales y sus familias, en situaciones complejas de difícil manejo a nivel comunitario.

ACTIVIDADES

- **Actividades asistenciales:** Serían pacientes subsidiarios de atención directa por las Unidades de Cuidados Paliativos: síntomas complejos, presencia de psicopatología grave, dinámicas familiares complejas, mala adherencia a la atención primaria.
- Atención hospitalaria: Ingreso hospitalario para el abordaje de situaciones clínicas complejas, no controlables desde Atención Primaria/ESAD, (multifactoriales, complejidad de control, etc.).
- Control avanzado de síntomas.
- Tratamiento o coordinación terapéutica de urgencias en medicina paliativa como síndrome de la vena cava superior, hipercalcemia, síndrome de compresión medular, convulsiones, hemorragia masiva, fracturas patológicas, etc.
- Realización de interconsultas de cuidados paliativos en el ámbito hospitalario.
- Soporte a enfermos terminales que se encuentren en otras unidades hospitalarias.
- Atención ambulatoria, consultas externas.
- Hospital de día: para la realización de técnicas o tratamientos específicos.
- Atención telefónica a los enfermos que lo requieran.

■ **Coordinación:**

- Cobertura asistencial 24 horas diarias.
- Coordinación con los diferentes niveles asistenciales de cuidados paliativos.
- Ubicación del paciente en la comunidad tras el alta hospitalaria.
- Establecimiento, consensuado con los responsables del paciente en Atención Primaria, del plan de cuidados en el domicilio.
- Soporte y asesoramiento científico-técnico de los equipos de Atención Primaria..
- Soporte de los EAP.
- Organización de la asistencia en el tercer nivel.
- Cuidado y soporte del equipo de cuidados paliativos.

■ **Formación, docencia e investigación:**

- Promoción y difusión de la filosofía de los cuidados paliativos en el sistema sanitario.
- Docencia y promoción de la capacitación en cuidados paliativos entre todos los profesionales que desarrollan actividades en este ámbito (Atención Primaria, ESAD, otras unidades hospitalarias).
- Formación continuada sobre aspectos clínicos de cuidados paliativos.
- Investigación en cuidados paliativos.

INDICADORES CLAVE

- Número de pacientes atendidos en terminos absolutos y desagregados según el origen de la interconsulta (Atención Primaria, ESAD, Oncología, otros servicios).
- Indicadores en relación con la actividad docente de apoyo al resto de los equipos asistenciales (número de horas, número de profesionales que reciben la formación, número de actividades formativas, etc.).

PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR LAS UNIDADES / SERVICIOS DE ONCOLOGÍA MÉDICA

MISIÓN

Provisión de servicios de diagnóstico y atención paliativa orientados a proporcionar las mejores condiciones de vida y el mayor bienestar al enfermo oncológico en situación terminal.

ACTIVIDADES

■ **Actividades asistenciales:**

- Control y manejo de la sintomatología secundaria derivada de las terapias oncológicas específicas.
- Diagnóstico de terminalidad y decisión de discontinuidad de tratamiento oncológico específico, en pacientes con enfermedades neoplásicas controlados en el servicio a lo largo del tiempo o que han sido derivados de otros ámbitos asistenciales.
- Indicación, aplicación y seguimiento de tratamiento oncológico paliativo específico (quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia paliativas).
- Atención específica en urgencias oncológicas: síndrome de cava superior; compresión medular; etc.
- Canalizar el diagnóstico y tratamiento de situaciones complejas que precisen hospitalización y concurrencia de otras especialidades médico-quirúrgicas.

■ **Coordinación y gestión de casos:**

- Coordinación con la Unidad de Cuidados Paliativos, el Equipo de Atención Primaria y el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria para la evaluación de necesidades y el establecimiento del plan conjunto de actuación sobre el enfermo.
- Coordinación con otros servicios hospitalarios de apoyo.

■ **Formación, docencia e investigación.**

INDICADORES CLAVE

- Número de interconsultas de pacientes con criterios de cuidados paliativos atendidas en términos absolutos y desagregados según el origen de la interconsulta (Atención Primaria, ESAD, Oncología, otros servicios).
- Indicadores en relación con la actividad docente de apoyo al resto de los equipos asistenciales (número de horas, número de profesionales que reciben la formación, número de actividades formativas, etc.).

PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR OTRAS UNIDADES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

MISIÓN

Colaborar en la atención paliativa y en el control sintomático del enfermo oncológico terminal con las actuaciones específicas que se precisen propias de cada unidad especializada.

ACTIVIDADES (A MODO DE EJEMPLO)

- Medicina Interna:
Apoyo técnico a nivel hospitalario para la resolución de problemas específicos de su ámbito de conocimiento.
- Geriátrica:
Apoyo y orientación sobre aspectos geriátricos, cuando se precise.
- Unidades del Dolor:
Colaborar en el tratamiento del dolor en el cuarto escalón de la escalera analgésica de la OMS mediante la aplicación de técnicas específicas.
- Servicios de Urgencias hospitalarias:
Atención de sintomatología urgente. Interconsulta con las unidades hospitalarias de cuidados paliativos.
- Otras especialidades médicas y quirúrgicas:
Valoración y tratamiento específico paliativo a través de interconsulta desde las UCP.

INDICADORES CLAVE

- Para cada servicio: pacientes atendidos, origen de interconsultas y adecuación de las mismas.

I.5 EVALUACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN PRIMARIA

MISIÓN

Determinar el grado de alcance de los objetivos terapéuticos establecidos y redefinir las actividades necesarias para su obtención, si fuera preciso.

ACTIVIDADES

- Evaluación del grado de control sintomático (somático, afectivo-emocional, etc.) alcanzado sobre el previsto.
- Evaluación del alcance de los objetivos del plan de atención de enfermería.
- Evaluación de la situación sociofamiliar (objetivos alcanzados sobre los propuestos).

INDICADORES CLAVE

- Existencia de registro de la evaluación en las diferentes vertientes (incluyendo el grado de alcance de los objetivos y el establecimiento de nuevas actividades para su alcance, caso de ser preciso).
- Existencia de un sistema de evaluación periódica, documentado y protocolizado, de la opinión y la satisfacción de los pacientes y de los familiares o entorno cuidador, sobre la percepción de la asistencia recibida (trato personal, intimidad, relaciones interpersonales, información, autonomía, participación en decisiones), etc.

I.6 MONITORIZACIÓN DEL PROCESO ESTABLE

MISIÓN

Garantizar la supervisión de la situación de estabilidad del paciente, una vez obtenidos los resultados esperados.

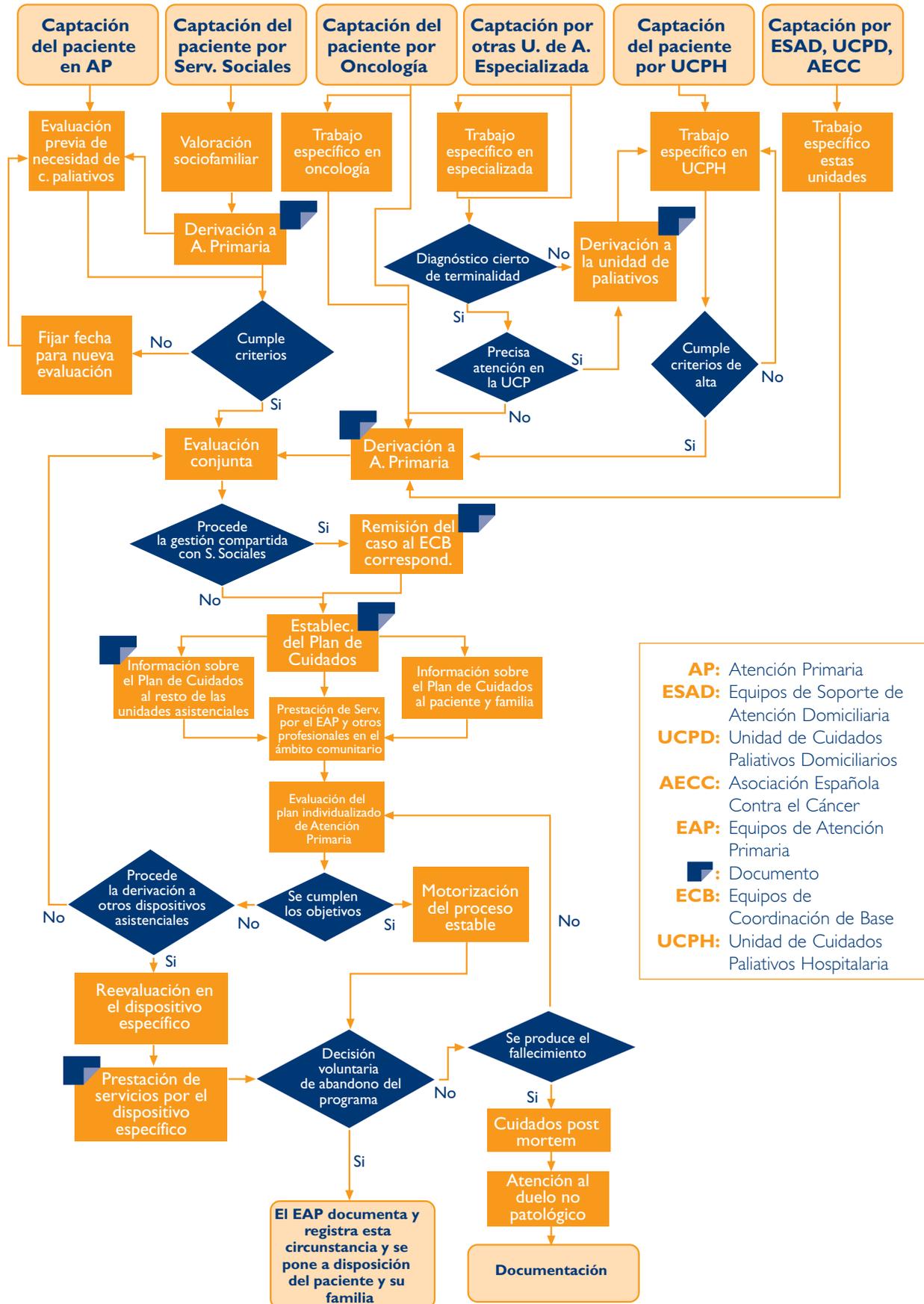
ACTIVIDADES

- Evaluación periódica del control sintomático tanto de los problemas de salud como de las necesidades de cuidados enfermeros, situación funcional, emocional y sociofamiliar.

INDICADORES CLAVE

- Existencia de un procedimiento de supervisión.
- Porcentaje de pacientes en los que las actividades realizadas corresponden con las actividades previstas.
- Porcentaje de pacientes que tienen un registro actualizado de la evaluación periódica del plan de cuidados en su historia

EL FLUJOGRAMA QUE RESUME EL PROCESO ES EL SIGUIENTE:



- AP:** Atención Primaria
- ESAD:** Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria
- UCPD:** Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios
- AECC:** Asociación Española Contra el Cáncer
- EAP:** Equipos de Atención Primaria
- Documentos:** Documento
- ECB:** Equipos de Coordinación de Base
- UCPH:** Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria

II ANEXOS

- **II.1: Aportaciones específicas de la Oncología en los Cuidados Paliativos del enfermo oncológico.**
- **II.2: Intervención psicológica en Cuidados Paliativos y Servicios y criterios de interconsulta.**
- **II.3: Perfil y aportaciones del Profesional Médico de una Unidad de Cuidados Paliativos.**
- **II.4: Perfil y aportaciones del Profesional de Enfermería de una Unidad de Cuidados Paliativos.**
- **II.5: Modelo de Documento de Instrucciones Previas.**
- **II.6: Guía para la gestión compartida de casos.**
- **II.7: Protocolos en Medicina Paliativa.**
- **II.8: Información.**

II.1 APORTACIONES ESPECÍFICAS DE LA ONCOLOGÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DEL ENFERMO ONCOLÓGICO

Alberto Arizcun Sánchez-Morate. MÉDICO.

UNIDAD DE ONCOLOGÍA MÉDICA. HOSPITAL RÍO CARRIÓN. PALENCIA.

- La Oncología efectuará con precisión el **diagnóstico de terminalidad** del enfermo que padece una neoplasia. No hay mayor error que tratar como curable algo que no lo es.
- El tratamiento de los pacientes, cualquiera que sea su patología, y especialmente en los oncológicos por los efectos indeseables de la mayor parte de la terapia específica que reciben, tiene un objetivo ideal: la curación con el menor coste posible (coste tóxico o iatrogenia); del mismo modo que se valoran el porcentaje de curaciones, índice de respuestas completas, el incremento de supervivencia o de intervalo libre de enfermedad, como variables que identificamos con el beneficio del tratamiento, la Oncología clínica también tiene planteado el objetivo de mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas, para ello hemos de medir los efectos indeseables, y recurriremos a la metodología de la medición de **Calidad de Vida**, más obligada cuanto más tóxico y/o menos eficaz sea el tratamiento.
- Una de las pocas circunstancias en las que es ineludible su valoración ha de ser en los pacientes oncológicos terminales, donde no existe una posibilidad plausible de proporcionar más tiempo de vida, entonces la salvaguardia de la Calidad de Vida se convierte en el objetivo prioritario cuando no el único. La valoración de la Calidad de Vida es una necesidad no solo ética sino también científica.
- El **tratamiento oncológico específico**, incluyendo Quimioterapia, Radioterapia, Hormonoterapia y nuevas dianas terapéuticas (anticuerpos monoclonales, antiapoptóticos, antiangiogénicos, moduladores de la tirosin-kinasa, etc.) puede incidir en el control de cualquier síntoma consiguiendo su mejoría. En la última década se ha podido evidenciar el interés creciente en registrar con mayor detalle el efecto que sobre los síntomas tienen los tratamientos específicos contra el cáncer.
- A pesar de que la sociedad sólo acepta la muerte cuando fracasan todos los medios disponibles, el enfermo pone todas sus esperanzas en el médico y se han de evitar consumir tratamientos oncológicos hasta el final respondiendo a la pregunta ¿cuándo deja de ser efectiva la terapia específica del tumor? No hay una respuesta concreta y es distinta para cada caso, ofreciendo objetivamente todas las posibilidades técnicas reales respetando la autonomía del enfermo.
- En nuestro país, la actitud de los oncólogos médicos está en general a favor de la Quimioterapia y la de los paliatólogos tiende a obviar segundas y terceras líneas con la idea de no añadir más síntomas a los presentes. La posición más beneficiosa no está en ninguno de los dos extremos.
- En gran número de casos el paciente terminal procederá de las Unidades de Oncología donde ha sido tratado y controlado a lo largo del tiempo. El contacto prolongado, conocimiento del enfermo, tanto de su situación clínica como personal (emocional y social) y una actitud colaboradora facilitará la orientación del paciente a los diversos niveles del Programa de Cuidados Paliativos, y durante las valoraciones ambulatorias en Hospital de Día o en los ingresos indicará y realizará las interconsultas que puedan precisarse a los profesionales de las distintas áreas de apoyo hospitalarias.

- Se analizarán primero las definiciones y conceptos de los tratamientos específicos oncológicos en Cuidados Paliativos, para posteriormente detallar algunas situaciones más concretas, complejas o urgencias clínicas, en las cuales la Oncología, como especialidad, aporta visión, enfoque y terapéuticas exclusivas.

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

La quimioterapia paliativa representa el uso de fármacos antitumorales cuando no es posible conseguir la curación (excluye por tanto a tumores curables aún en fase avanzada) pero sí una regresión del tumor dependiendo del tipo de cáncer, su localización y extensión, y de la quimiosensibilidad de la neoplasia.

La quimioterapia supone en muchas de las neoplasias diagnosticadas en fase avanzada la única forma de tratamiento inicial, y aunque las respuestas objetivas actualmente, aún con la introducción de nuevos fármacos desde la década de los 90, son sólo de un 20-30%, la respuesta subjetiva y la mejoría sintomática inducida llega a un 60-70% de los pacientes como se demuestra en 4 metaanálisis, con el beneficio psicológico añadido del sentimiento del enfermo de que se está controlando la enfermedad.

En cualquier caso, junto a otras terapias sintomáticas, hay que plantearse siempre la posibilidad de quimioterapia paliativa tras considerar los factores que nos induzcan a indicarla o excluirla.

Cualquier indicación debe contemplar rentabilidad, que aplicada en tratamientos paliativos no va a aumentar significativamente la supervivencia y en muchos casos no se sigue de una clara mejoría, sino que vendrá dada por su influencia en la Calidad de Vida, siendo necesario una valoración sistemática y periódica de la misma para confirmar que la quimioterapia está favoreciendo la sensación de bienestar del paciente y nunca empeñarnos en persistir en su uso si el enfermo no lo valora como positivo.

La **indicación** se realizará con los siguientes pasos:

- Valoración clínica del paciente: historia clínica exhaustiva.
- Valoración del tumor: historia natural, secuencia de tratamientos recibidos y quimiosensibilidad del mismo.
- Decisión terapéutica quimioterápica con esquemas de Monoterapia o Poliquimioterapia.

La indicación no plantea problemas en el grupo de neoplasias con respuestas bastante habituales a la quimioterapia, hoy en día se acepta que la misma mejora la calidad de vida en las siguientes neoplasias:

- Cáncer de mama.
- Cáncer de ovario.
- Cáncer avanzado de pulmón.
- Cáncer colorrectal.
- Cáncer de próstata.
- Linfomas y leucemias.
- Sarcomas de partes blandas.

Existe otro grupo en que el tratamiento citostático es de escasa o nula utilidad en fases avanzadas:

- Carcinoma no microcítico de pulmón.
- Carcinoma de vejiga.

- Carcinoma de cérvix.
- Hipernefroma.
- Carcinoide maligno.
- Melanoma.
- Tumores de la esfera ORL.
- Carcinoma de tiroides.
- Hepatocarcinoma.
- Tumores del SNC.

El momento de inicio de la quimioterapia paliativa en pacientes terminales se asocia a la presencia de síntomas de enfermedad avanzada.

Se contraindicará su uso en pacientes terminales en su última fase o moribundos, cuando no sea posible establecer un control adecuado de los efectos secundarios, cuando existan criterios por toxicidad elevada que puedan empeorar la calidad de vida del enfermo, progresión de la enfermedad tras 2- 3 ciclos, la expectativa de vida no supere los dos meses y siempre ante la negativa del paciente, capacitado para tomar decisiones, tras información veraz de su situación.

RADIOTERAPIA PALIATIVA

Busca promover mejoría sintomática local/regional. El beneficio está en relación con la intensidad de los síntomas que se intentan paliar y la tolerancia clínica de la estrategia de irradiación.

La radioterapia paliativa como única intención de tratamiento puede llegar al 50% del trabajo en Oncología Radioterápica, aunque los pacientes neoplásicos a tratar no sean más de un 30-40% de los que están bajo su responsabilidad, cifras variables según instituciones y zonas geográficas.

La **indicación** se realizará con los siguientes pasos:

- Valoración clínica del paciente: historia clínica exhaustiva.
- Valoración del tumor: historia natural, secuencia de tratamientos recibidos y radiosensibilidad del mismo.
- Decisión terapéutica radioterápica:
 - Volumen a irradiar (volumen blanco) que incluirá la totalidad de la zona anatómica detectada implicada en el dolor con un margen de seguridad de tejidos normales.
 - Planificación dosimétrica.
 - Dosis total y fraccionamiento.

Las indicaciones pueden concretarse:

- En enfermedad avanzada local/regional por su asociación a hemorragia, dolor, ulceración, destrucción anatómica y obstrucción de espacios huecos.
- En enfermedad avanzada en situación metastásica, de forma preferente:
 - Metástasis óseas.
 - Compresión medular.
 - Metástasis cerebrales.
 - Metástasis hepáticas.
 - Metástasis meníngeas.

HORMONOTERAPIA PALIATIVA

La indicación de hormonoterapia (hormonoterapia paliativa) constituye otra aportación terapéutica paliativa en el enfermo oncológico terminal, muchas veces olvidada. Tiene la ventaja sobre otras de su fácil administración y en general la ausencia de efectos secundarios graves.

Su campo preferente estará en el tratamiento paliativo de enfermedades hormonodependientes, además del uso en control de síntomas de compuestos hormonales como corticoides y progestágenos, siendo los carcinomas de mama y próstata los mejores modelos de la eficacia hormonal en paliación de síntomas y especialmente de la sintomatología dolorosa.

Tumores hormonodependientes

Cáncer de mama.	Cáncer de próstata.
Carcinoma de endometrio.	Carcinoma de ovario.
Carcinoma de riñón.	Melanomas.
Carcinoma de páncreas.	Meningiomas.

ABORDAJES ESPECÍFICOS

DOLOR ONCOLÓGICO

■ RADIOTERAPIA ANTIÁLGICA. RESULTADOS CLÍNICOS E INDICACIONES:

Metástasis óseas

- Mejoría del dolor en el 90% de pacientes.
- Los tumores primarios responsables más frecuentes son mama, próstata y pulmón.
- La tasa de mejoría del dolor es independiente del tipo de tumor primario tratado (excepto adenocarcinoma renal y c. no microcítico de pulmón con menor respuesta, y más respondedores mama, próstata y microcítico de pulmón).
- Dosis única o fraccionamientos prolongados.

Metástasis hepáticas

- Mejoría del dolor hasta en un 80% con dosis totales moderadas.
- Procedimiento paliativo con valioso alcance clínico pero poco utilizado y conocido entre los mismos oncólogos.

Cáncer de páncreas

- Dolor asociado a tumores localmente avanzados en casi el 100% de los pacientes, de difícil control.
- Antialgia con radioterapia externa convencional o intraoperatoria.

Tumores recurrentes en pelvis

- La ocupación por masas neoplásicas de la pelvis afecta al marco óseo por contigüidad, infiltran plexos nerviosos presacros y estructuras vasculonerviosas.
- Los tumores más habituales son los carcinomas de recto, cervix, vejiga, útero y próstata.
- La irradiación puede estar limitada por su uso previo preoperatorio o adyuvante de la neoplasia inicial.
- Puede combinarse con hipertermia mejorando resultados.

■ QUIMIOTERAPIA Y HORMONOTERAPIA. RESULTADOS CLÍNICOS E INDICACIONES:

Por su mecanismo de actuación sistémico, la utilidad de la indicación de quimioterapia u hormonoterapia, puede plantearse en las mismas situaciones planteadas con la radioterapia, siempre en tumores sensibles para modificar la situación de la neoplasia como fuente del dolor.

METÁSTASIS CEREBRALES

- **Radioterapia:** En situación de enfermedad oncológica terminal, salvo que exista un síndrome de hipertensión intracraneal agudo no existen estudios aleatorizados que demuestren superioridad en cuanto a calidad de vida frente a tratamiento farmacológico.
- **Quimioterapia:** Si bien está demostrado que existen citotóxicos que atraviesan la barrera hematoencefálica, su utilidad es escasa dado que los tumores que metastatizan en SNC son básicamente quimiorresistentes (pulmón no microcítico, melanoma, gastrointestinal y renal) y los quimiosensibles (pulmón microcítico y mama) cuando recidivan en SNC en general ya han sido tratados previamente con quimioterapia, coinciden con diseminación y se encuentran en fase de quimiorresistencia.

METÁSTASIS LEPTOMENÍNGEAS

Su aparición es relativamente frecuente en ciertos tumores como linfomas, leucemias, cáncer de mama, carcinoma microcítico de pulmón, asociándose a cefalea severa y dolor dorsal.

Su tratamiento, especialmente para lograr el control del dolor, será específico, dado que todos ellos son sensibles a quimioterapia y radioterapia:

Quimioterapia sistémica e intratecal.

Radioterapia de la zona afectada (craneal, vertebral o ambas).

CARCINOMATOSIS PERITONEAL

En la mayor parte de los casos los síntomas derivarán del acúmulo de ascitis, que en la mayoría de casos es índice de fase terminal, con una supervivencia media escasa de 2-3 meses, y el enfoque será paliar síntomas, sólo con tratamiento sintomático, paracentesis y derivaciones peritoneo-venosas.

Se valorará tratamiento específico, quimioterapia sistémica o intraperitoneal, si Kps > 70%, en tumores sensibles (linfomas, cáncer de ovario, cáncer de mama e incidentalmente tumores gastrointestinales).

DERRAME PLEURAL

Pleurodesis con citostáticos que actúan mediante acción irritante pleural y citotóxica.

Se han utilizado gran cantidad de quimioterápicos, a la vista de resultados y teniendo en cuenta toxicidad por absorción sistémica debida a la solubilidad de la mayoría. El más utilizado es la Bleomicina:

- Escasos efectos sistémicos incluso en neutropénicos.
- Buena tolerancia local con menos dolor y reacciones febriles que con talco o tetraciclinas.
- Logro terapéutico en un 90%.
- Tan eficaz como tetraciclinas.

DERRAME PERICÁRDICO Y TAPONAMIENTO CARDÍACO

Aparte de la realización de drenaje del líquido pericárdico mediante pericardiocentesis, pericardiostomía subxifoidea y pericardiotomía, como tratamiento específico se podría plantear:

Quimioterapia: sistémica en tumores quimiosensibles como leucemias y linfomas, o cáncer de mama, la instilación intrapericárdica de diversos agentes tiene una experiencia limitada y poco concluyente.

Radioterapia: opción si no existe deterioro hemodinámico, dosis limitadas por riesgo de pancarditis, de aplicación en neoplasias radiosensibles, especialmente leucemias y linfomas con buenos resultados también en cáncer de mama con respuestas hasta 60%.

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

Urgencia oncológica, estableciéndose conjuntamente con las medidas generales (reposo, oxigenoterapia, dieta pobre en sal, diuréticos y corticoides), trombolisis y colocación de stents, como tratamiento específico:

Quimioterapia: tratamiento de elección en cáncer microcítico de pulmón y linfomas.

- Cáncer microcítico de pulmón.
 - Tratamiento estándar asociado o no a radioterapia.
 - Obtiene 80% respuestas objetivas.
 - Alivio de síntomas en 7-10 días.
 - Poliquimioterapia.
- Linfomas no Hodgkin.
 - Tratamiento de elección al actuar local y sistémicamente.
 - Alivio de síntomas en 1-2 semanas.
 - Quimioterapia según diagnóstico anatomopatológico.

Radioterapia: tratamiento clásico del síndrome de la vena cava superior.

- De elección en carcinoma no microcítico de pulmón, fraccionamiento con dosis altas de inicio.
- En carcinoma microcítico de pulmón, si bien el eje es la quimioterapia, la radioterapia es de contrastada eficacia, en caso de compromiso importante ciclo corto de radioterapia a dosis altas seguido de quimioterapia, en caso contrario protocolo habitual y radioterapia de consolidación en enfermedad limitada a tórax.
- En Linfomas no Hodgkin de alto grado, para consolidación.

SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR

Es la segunda complicación neurológica más frecuente después de las metástasis cerebrales y constituye una urgencia.

- **Radioterapia:** tratamiento de elección que debe ser precoz, con resultados similares a laminectomía seguida de irradiación.
- **Quimioterapia:** tiene su papel en tumores quimiosensibles como linfoma, mieloma, tumores germinales y tumores infantiles.

FIEBRE ORIGEN TUMORAL

- Tratamiento sintomático con AINEs en cualquier neoplasia.

- Tratamiento específico de la neoplasia siempre que sea factible:
 - Linfomas, Quimioterapia.
 - C. mama, Quimioterapia u Hormonoterapia.

RESUMEN

La Oncología específicamente aportará al plan de cuidados paliativos:

- Generará el diagnóstico de terminalidad en el paciente oncológico.
- Evaluará el posible beneficio que un tratamiento específico podría tener en pacientes remitidos directamente a la Unidad de Cuidados Paliativos por parte de especialidades no oncológicas.
- Proporcionará Calidad de Vida al paciente oncológico terminal mediante el conocimiento y la aplicación de tratamientos específicos contra el cáncer (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, nuevas dianas terapéuticas oncológicas).
- La terapéutica oncológica contribuirá con la administración de terapias propias en las Urgencias Oncológicas, sobre todo en las más severas donde la Oncología tiene un papel notable.
- Canalizará el diagnóstico y tratamiento de situaciones complejas que precisen asistencia hospitalaria y la concurrencia de otras especialidades médico-quirúrgicas.
- Realizará actividades de formación en aspectos oncológicos del paciente terminal.
- Investigación clínica en la enfermedad oncológica tributaria de paliación para el mejor control sintomático, que indirectamente regulará los tiempos de la intervención médica y evitará decisiones compasivas y/o improvisadas, y único método para incorporar mejoras en la curación de tumores en las fases más precoces de la enfermedad.

REQUISITOS DE CALIDAD

- Medición de Calidad de Vida del paciente oncológico en los distintos niveles del programa de cuidados paliativos:
 - ECOG o Karnofsky de forma rutinaria en cualquier valoración clínica.
 - Periódicamente cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30, módulo de atención paliativa), que abarca no sólo aspectos puramente clínicos.
- Implantar progresivamente:
 - Protocolos de actuación que se adecuen a los estándares de la Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations.
 - Introducir la autoevaluación anual del proceso en las distintas áreas con el modelo EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad).

II.2 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CUIDADOS PALIATIVOS: SERVICIOS Y CRITERIOS DE INTERCONSULTA

Carmen Naveira Gómez. PSICÓLOGA.

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. COMPLEJO HOSPITALARIO DE LEÓN.

MARCO DE REFERENCIA

La enfermedad oncológica avanzada supone, tanto para el paciente como para su familia, una situación difícil, cambiante, que amenaza todas las esferas de su vida (física, sociofamiliar, emocional, relacional, espiritual...) y que, generalmente, no se había vivido con anterioridad. Por lo tanto, se aprende a afrontarla al mismo tiempo que se está viviendo, lo que supone que los esfuerzos de adaptación sean continuos y, aunque el proceso de morir de una enfermedad oncológica no tiene por qué ser un proceso psicopatológico, requiere de los profesionales de la salud atención y competencia para poder dar respuesta a las necesidades emocionales del enfermo y de su familia.

La intervención del profesional de la salud mental, en este ámbito, se plantea como **objetivo principal**: Obtener el bienestar o atenuar el sufrimiento de todos los protagonistas de la situación paliativa (enfermo, familia y equipo sanitario).

De acuerdo con Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (2003), entendemos que una persona sufre cuando:

- a) Acontece algo que percibe como una amenaza importante para su existencia personal y/u orgánica.
- b) Al mismo tiempo, siente que carece de recursos para hacerle frente.

La sensación de amenaza y la percepción de impotencia son subjetivas, y por lo tanto también el sufrimiento.

De ello se derivan los **objetivos intermedios** de la intervención del profesional de la salud mental:

- a) Identificar qué situación, síntoma, estímulo o estado percibe el paciente o su familia, como una amenaza.
- b) Compensar, eliminar o atenuar dichos síntomas.
- c) Incrementar los recursos internos y externos de todos los que intervienen en la interacción clínica, para favorecer la sensación de control sobre la situación y disminuir la sensación de impotencia.
- d) Utilizar las técnicas psicológicas específicas adecuadas para modificar o compensar las reacciones ansiosas, depresivas u hostiles que puedan surgir en el proceso de adaptación.

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA TERMINAL.

Es importante no presuponer la existencia de patología psíquica en el paciente con enfermedad oncológica terminal y saber diferenciar entre lo que pueden suponer reacciones pun-

tuales a estímulos nocivos concretos (una pérdida, la aparición de un nuevo síntoma o de un signo de progresión de la enfermedad, la toma de conciencia de que el final se acerca), las etapas de adaptación, y los posibles trastornos psicopatológicos. Para poder detectar estas cuestiones se requiere un entrenamiento específico en estrategias de evaluación e intervención psicológica, así como conocer muy bien las características del proceso de adaptación a la enfermedad terminal.

Recogemos la propuesta de Gil y Maté (2003), quienes, basándose en las recomendaciones de Holland (1997) al intentar delimitar y optimizar los recursos asistenciales, proponen un modelo de derivación de pacientes oncológicos hacia los servicios de Salud Mental en el que se pueden considerar **candidatos de interconsulta** aquellos pacientes que presenten al menos un trastorno adaptativo, acompañado de sintomatología ansiosa y/o depresiva moderada. También son candidatos de interconsulta, aquellos pacientes que presenten algún tipo de trastorno psiquiátrico o psicopatológico según los criterios diagnósticos del DSM IV ó CIE 10, (figura 1).

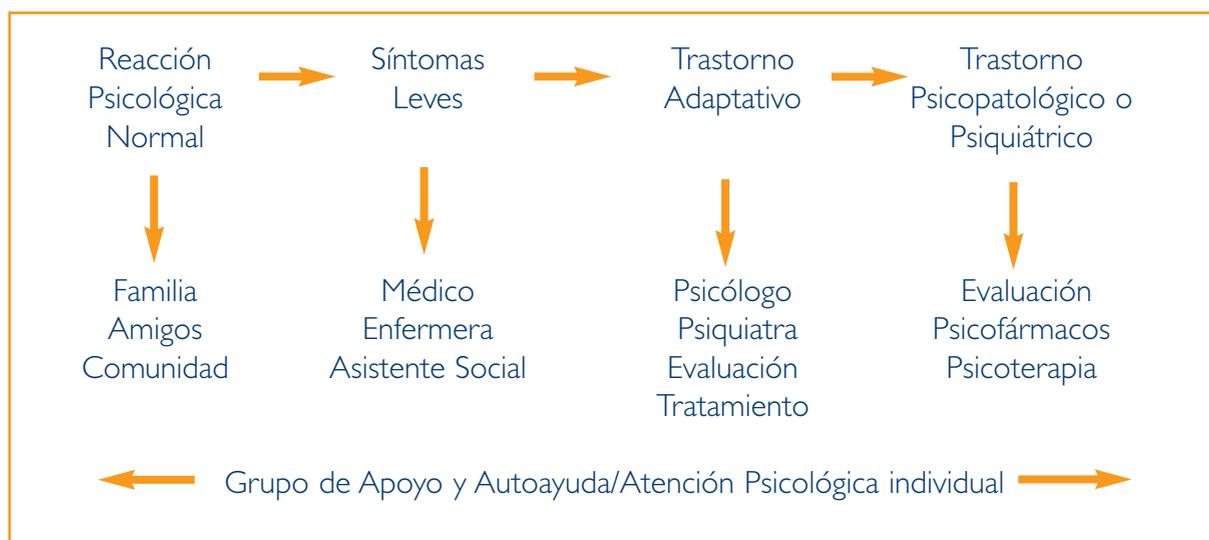


Figura 1. Recursos psicosociales para pacientes oncológicos. Gil F (2000). Manual de Psico-Oncología. Madrid: Nova Sidonia.

Es importante señalar que la figura del psicólogo también puede ser utilizada como **consultor** por parte del equipo médico en aquellos casos donde se observe un mal afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente o la familia, sin ser necesario que dicha conducta cumpla criterios suficientes de trastorno psiquiátrico o psicopatológico para poder ser atendida, como por ejemplo en el caso de cuadros de desmoralización, presencia de signos de impacto emocional, etc. (Gil, Maté, 2003).

REACCIONES DE IMPACTO EMOCIONAL

En cuidados paliativos los síntomas y signos que configuran el cuadro de distrés emocional son muy cambiantes según avanza el proceso adaptativo del enfermo a la situación. En la mayoría de los manuales diagnósticos (DSM IV, CIE 10) que nos permiten, a través de una serie de criterios, definir un síndrome como patológico o no, uno de estos criterios es, precisamente, la estabilidad y permanencia, durante un tiempo determinado, de unos determinados síntomas, cosa que no siempre ocurre en el caso de distrés emocional frente a la situación terminal. Por ello, resulta muy eficaz tener en cuenta la información acerca del enfermo en diferentes momentos del proceso, y

comprobar si se detectan factores de riesgo o signos de impacto emocional (IE) que sugieran la conveniencia de una valoración más exhaustiva y la intervención profesionalizada por parte de un especialista de Salud Mental (psicólogo y/o psiquiatra de equipo de salud mental de área, de equipo de soporte de atención domiciliaria o de unidad hospitalaria de cuidados paliativos).

FACTORES DE RIESGO DE IMPACTO EMOCIONAL:

- Rol familiar de alta responsabilidad /presencia de hijos pequeños.
- Efecto de la enfermedad sobre la autonomía funcional.
- Efecto de la enfermedad sobre la apariencia personal (alteración de la autoimagen).
- Existencia de síntomas físicos distresantes.
- Trastornos psicopatológicos premórbidos.
- Trastorno de la información: ausencia, engaño, exceso o información brutal.
- Dificultades de comunicación por patología orgánica.
- Presencia de actuaciones familiares distresantes (sobrepotección, conspiración del silencio).
- Experiencias personales difíciles relacionadas con la enfermedad o el morir.
- Duelos recientes o procesados con dificultad.

MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES DE IMPACTO EMOCIONAL EN EL PACIENTE:

- Desesperanza.
- Pasividad, desinterés, ausencia de contacto ocular.
- Incongruencia entre expresión verbal y expresión conductual.
- Negación de las reacciones emocionales básicas (“aquí no pasa nada”).
- Bloqueo emocional (expresión emocional plana).
- Traslado del estado emocional a un solo punto de atención, normalmente físico.
- Abismarse en la enfermedad.
- Irritabilidad, enfado, hostilidad.
- Dificultad de concentración, lentitud del pensamiento, dificultad para distraerse.
- Percepción nula de mejoría sintomática a pesar del tratamiento.
- Presencia de sentimientos intensos de auto-reproche, amargura o autocompasión.
- Euforia.
- Aburrimiento.
- Agotamiento emocional (“ya no puedo sufrir más”).
- Deseos de morir.
- Ideación suicida.
- Sensación de pérdida de control.
- Desinterés por las cosas.
- Recogimiento en la cama sin motivo.
- Pensamientos irracionales, especialmente acerca de la causa de la enfermedad.
- Llanto.
- Mutismo, silencio obstinado.
- Quejas o demandas desproporcionadas.

- Tensión, inquietud.
- Valoraciones negativas actuales.
- Valoraciones negativas de la vida.

En la **familia**, el impacto emocional se suele manifestar con miedos (Shröder, 2003).

Miedo a la agonía, al sufrimiento, a padecer la misma enfermedad, al momento de la muerte, a estar solos. Identificación con síntomas del enfermo, actitudes de sobreprotección que lo infantilizan (asumiendo todas las tareas, incluso las que el enfermo puede hacer, tanto en relación con la toma de decisiones como con los cuidados físicos). La conspiración del silencio también es producto del miedo: a no saber qué decir, a perder el control emocional, a afrontar la propia muerte, a tener sentimientos de culpa por estar sanos.

Aunque las reacciones de Impacto Emocional sean respuestas psicológicas “normales” a la enfermedad paliativa de los enfermos y sus familias, no quiere decir que no requieran una atención emocional específica. Conviene abordarlas lo más tempranamente posible, porque devalúan la calidad de vida, merman la capacidad de disfrutar y vivir el presente y potencian el dolor y otros síntomas.

La respuesta afirmativa a alguna de las siguientes preguntas pueden guiar de cara a solicitar una valoración o consulta psicológica:

- 1) El paciente o la familia ¿presentan signos de malestar emocional? (Angustiados, tensos, espantados, depresivos, amargados, inquietos, enfadados).
- 2) El paciente o la familia ¿tienen conductas que reflejen problemas para adaptarse a su realidad? (Aislamiento, insomnio, demandas excesivas).
- 3) ¿Hay dificultades para el soporte familiar adecuado a las necesidades del enfermo? (Sobreprotección, claudicación emocional, familia muy impactada).

Criterios para iniciar un abordaje emocional (Shröder, 2003):

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Los trastornos adaptativos, según el Manual de Diagnóstico y Estadística para los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (DSM-IV), se definen como reacciones a un factor de estrés psicosocial identificable (por ejemplo, el diagnóstico del cáncer; la percepción de paso a una situación paliativa o de la cercanía del fin de la vida) con un grado de psicopatología menos grave que los trastornos mentales diagnosticables como trastornos del estado de ánimo o de ansiedad.

En general, las personas que padecen cáncer se enfrentan al riesgo potencial de padecer un trastorno de adaptación por estar expuestos a una secuencia de múltiples factores de estrés: el diagnóstico, el comienzo del tratamiento, los efectos secundarios del tratamiento, la finalización del mismo y el avance de la enfermedad. En este proceso resulta difícil determinar cuándo desaparece un estresante y comienza otro, por lo que es frecuente observar un trastorno de adaptación crónico. También puede avanzar hasta convertirse en un trastorno mental más grave (por ejemplo, depresión mayor).

Los trastornos de adaptación son los trastornos mentales diagnosticados con mayor frecuencia en el entorno oncológico. El **Trastorno de Adaptación, con alteración mixta de las emociones**, es decir, con presencia de síntomas ansiosos y depresivos, constituye el cuadro psicopatológico que más exhiben los enfermos en situación paliativa. Al manejar este hecho hay que tener en cuenta las dificultades que entraña el diagnóstico de estos trastornos, dado que muchos de los términos utilizados para el diagnóstico son demasiado vagos para ser válidos o confiables, por lo que existe una variación considerable en el uso de la categoría de trastornos adaptativos.

Problemas en el diagnóstico de los trastornos de adaptación:

- Ausencia de un listado específico de síntomas.
- Falta de una definición operativa de los factores de estrés psicosocial.

A pesar de estos problemas, la categoría de trastorno de adaptación nos ofrece un medio para identificar una respuesta emocional o conductual que necesita de tratamiento adicional.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La situación terminal puede originar estados de ansiedad experimentados como miedos (específicos o difusos) a la pérdida de la vida, en primer lugar, y a otras vivencias de pérdida. También puede exacerbar los rasgos de personalidad característicos de cada individuo, llevando a una persona con un alto rasgo de neuroticismo a desbordarse o descompensarse en la situación final, requiriendo una intervención psicoterapéutica. También puede retraumatizar o hacer reemerger aquellos trastornos previos que el paciente sufriera, de manera que aparezca formando parte de un síndrome preexistente:

- Crisis de ansiedad: Aparición de sintomatología ansiosa de forma aguda y virulenta.
- Ansiedad generalizada.
- Fobias.
- Trastorno por estrés postraumático.

Las manifestaciones de la ansiedad, en el contexto de la enfermedad avanzada y terminal, van desde irritabilidad, hasta dificultades para conciliar o mantener el sueño y la atención concentrada, la evocación recurrente del peligro o incluso la muerte ante situaciones cotidianas y neutras, la aprensión duradera, la afectación del rendimiento intelectual, perceptivo y motor, la inquietud, el estado incontrolado de preocupación y alerta, etc.

La ansiedad no es desadaptativa en sí misma. Se sospecha desadaptación cuando (Arranz, Barbero, Barreto, Bayés, 2003):

- a) Se produce un incremento anómalo de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas.
- b) Existe desproporción en la respuesta frente a la amenaza.
- c) Si el origen de la misma es biológico:
 - Como primer signo de un estado metabólico alterado o un evento catastrófico inminente.
 - Ansiedad debido a tumores que segregan hormonas.
 - Efectos secundarios de administración o retirada de medicación.

ANSIEDAD ADAPTATIVA

- Proporcional a la amenaza real
- Se presenta de modo transitorio
- Sólo dura mientras persiste la amenaza
- Permite la puesta en marcha de recursos, personales o de otro tipo, para hacerle frente

ANSIEDAD DESADAPTATIVA

- Desproporcionada
- Se mantiene en el tiempo de forma constante o intermitente, a pesar de ser funcionalmente inútil
- Impide la puesta en marcha de recursos

Tomado de Arranz, Barbero, Barreto, Bayés (2003)

En el diagnóstico de episodios de ansiedad hay que tener en cuenta que éstos originen un malestar significativo en el paciente, dificulten una adecuada adaptación a su situación y/o interfieran con los tratamientos pautados por el equipo de cuidados.

No se debe diagnosticar una situación como trastorno de ansiedad hasta que no se controle adecuadamente el dolor.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Las incidencias de depresión descritas durante la fase terminal fluctúan entre un 10% y un 50%. Esta gran variabilidad se debe, entre otros factores, a que el diagnóstico de la depresión mayor y los trastornos del estado de ánimo en la población oncológica en situación terminal es complejo, dado que la angustia y la tristeza son el resultado de una interacción también compleja de factores médicos, psicológicos y sociales.

Dificultades para el diagnóstico:

- Dificultad de diagnóstico diferencial Depresión Mayor /Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido.
- Deficiencias metodológicas de instrumentos de medida.
- Tendencia a considerar reacciones depresivas como “normales”, ante una situación de amenaza de la vida (falsos negativos).
- Tendencia a atribuir a factores emocionales determinados estados de ánimo que en realidad son secundarios a procesos biológicos (falsos positivos).
- Determinados síntomas incluidos en los criterios diagnósticos de la depresión (cansancio, cambios en el apetito, peso, alteración del ritmo de sueño- vigilia) pueden estar causados por el avance de la enfermedad y no por la depresión.

Así pues, el diagnóstico de una depresión en la población terminal requiere que nos centremos en los síntomas psicológicos o emocionales, excluyendo los síntomas que pueden estar causados por la enfermedad o por sus tratamientos. Para ser completo debe incorporar, además de los síntomas clínicos, una valoración multidimensional que incluya (Die, 2003):

- Historia personal de episodios depresivos.
- Respuesta previa a los tratamientos antidepressivos (psicológicos y/o farmacológicos).
- Historia familiar de depresión.
- Valoración de factores del entorno personal y familiar.

Es de gran importancia identificar posibles factores orgánicos que puedan causar o intensificar la sintomatología depresiva (tumores pancreáticos y cerebrales, administración de corticoesteroides).

Criterios DSM-IV episodio depresivo mayor

Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, durante dos semanas, uno de los cuales debe ser 1 ó 2:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi a diario.
3. Pérdida o aumento significativo de peso o apetito.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
6. Cansancio o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (casi delirantes) casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, o indecisión casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.

¿Cuándo tratar la tristeza en enfermos en fase terminal? (Die, 2000)

Es necesario tratar la amplia gama de reacciones depresivas que pueda presentar el paciente, desde una depresión mayor hasta síntomas leves de tristeza que puedan no cumplir los criterios diagnósticos de un trastorno afectivo, porque dichos síntomas, o la combinación de unos con otros, pueden alterar significativamente la calidad de vida y pueden, si no se interviene al principio, desembocar en un trastorno más grave.

No solo recibirán atención especializada aquellos pacientes que presentan lloros frecuentes y una alteración grave del estado de ánimo. También deberán recibir atención:

- Si se aíslan socialmente.
- Si se muestran desinteresados en su cuidado.
- Si no cooperan con los tratamientos recomendados.
- Si se vuelven hostiles o irritables.
- Si parecen funcionar a un nivel menor de lo que podrían según su estado físico.

De acuerdo con Massie y Holland (1984), sobre todo si estos síntomas:

- Duran más de una semana.
- Se acentúan en lugar de reducirse.
- Interfieren en la capacidad del paciente para funcionar o cooperar con el tratamiento.

SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN

Kissane, Clarke y Street (2001) han identificado el síndrome de desmoralización, una nueva categoría diagnóstica en el marco de los cuidados paliativos, con validez predictiva, descriptiva, de constructo y divergente, que le confieren utilidad para identificar alteraciones emocionales en el enfermo terminal distintas a una Depresión Mayor.

Los criterios para su diagnóstico son:

- 1) Síntomas afectivos de angustia existencial que incluyen desesperanza o pérdida de significado y propósito en la vida.
- 2) Actitudes cognitivas de pesimismo, indefensión, sensación de estar atrapado, fracaso personal o ausencia de un futuro que merezca la pena.
- 3) Ausencia de impulso o motivación para actuar de un modo diferente.
- 4) Características asociadas de alienación social o aislamiento y ausencia de apoyo.
- 5) Persiste durante más de dos semanas, aunque son permitidas fluctuaciones en la intensidad emocional.
- 6) Ausencia de una depresión mayor o de otro trastorno psiquiátrico.

EL SUICIDIO

Se ha identificado un deseo serio y persistente de morir en un 8.5% de pacientes en fase terminal. Se correlaciona con dolor físico, falta de apoyo familiar y depresión.

El número de suicidios en enfermos oncológicos es escaso, aunque la incidencia real puede estar enmascarada por casos de suicidio pasivo y falta de adhesión terapéutica que constituyan un intento deliberado de acabar con la vida.

El suicidio en este ámbito suele ocurrir en el contexto de una depresión mayor, un trastorno adaptativo o una encefalopatía (Die, 2003).

Factores que aumentan el riesgo de suicidio (Massie, Holland, 1984):

- Historia familiar de suicidio.
- Intentos previos.
- Historia de alcoholismo.
- Actitud de rechazo de cualquier ayuda.
- Grado de letalidad del método que se piensa emplear.
- Circunstancias del posible rescate tras el intento.
- Actitud ante la enfermedad.
- Baja tolerancia al dolor.
- Falta de apoyo familiar y social.

La ideación autolítica siempre requiere una evaluación cuidadosa para determinar hasta qué punto es el prelude de un intento autolítico. Una evaluación completa incluye conocer la presencia de la ideación suicida, la intención y el plan para llevarla a cabo.

LAS REACCIONES DE DUELO

El duelo (dolus: dolor) es la respuesta emotiva a la pérdida de algo o de alguien. La intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido sino del valor que se le atribuye, es decir, de la magnitud afectiva invertida en la pérdida. Es un proceso, no un estado. Para restablecer el equilibrio y completar el proceso de duelo hay que realizar ciertas tareas –“trabajo de duelo”– (Worden, 1997):

- Aceptar la realidad de la pérdida: Asumir que el reencuentro es imposible.
- Experimentar el dolor.
- Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente: Desarrollar nuevas habilidades y asumir roles que antes desempeñaba el fallecido.
- Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

El duelo constituye una crisis existencial, que puede servir para crecer o para debilitarnos y enfermar dependiendo de cómo se afronte.

Es muy difícil determinar cuándo ha finalizado realmente el duelo, aunque se considera como momento clave cuando la persona es capaz de mirar al pasado y recordar con pena pero sin dolor al fallecido y la historia compartida. Generalmente entre uno y dos años.

PROCESO NORMAL DE DUELO

- La pena se expresa.
- Duración limitada en el tiempo (1 ó 2 años).
- Después de los primeros días, el doliente realiza las actividades con "normalidad" aunque con ánimo triste y con ansiedad.

DUELO COMPLICADO

- No se expresa la pena (duelo reprimido).
- Se expresa la pena con la misma intensidad durante un largo periodo de tiempo (duelo crónico).
- Incapacidad para desvincularse del fallecido (culpa excesiva o autoreproches).
- Incapacidad para empezar de nuevo la vida en un marco en el que el fallecido no está.
- Cualquier alteración mental diagnosticada a partir de los seis meses del fallecimiento debe ser explorada por su posible conexión con la pérdida (depresión, trastornos de ansiedad, adicciones...).

(Adaptado de Arranz P, Barbero JJ, Barreto y Bayés R: *Intervención emocional en cuidados paliativos*. Ed. Ciencias Médicas. Barcelona 2003)

- Considera normales síntomas depresivos tras la pérdida de un ser querido.
- Únicamente se diagnostica TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR cuando se cumplen los criterios para el diagnóstico de éste y se mantengan dos meses después de la pérdida.

La presencia de cualquiera de los siguientes síntomas (que no se consideran característicos de una reacción de duelo "normal") puede ayudar a diferenciar el duelo del "episodio depresivo mayor":

1. Culpa por las cosas más que por las acciones recibidas o no por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir; con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. Preocupaciones mórbidas con sentimiento de inutilidad.
4. Enlentecimiento motor.
5. Deterioro funcional acusado y prolongado.
6. Experiencias alucinatorias distintas de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Criterios DSM-IV de duelo

Predictores de Duelo Complicado: (Arranz, Barbero, Barreto, Bayés, 2003)

- En relación con la persona doliente:
 - Edad muy joven o muy anciana.
 - Mecanismos de afrontamiento previo pasivo o con connotaciones depresivas.
 - Enfermedad física o psíquica anterior.

- En relación con el fallecido:
 - Edad joven.
 - Nivel de apego (de mayor a menor riesgo: ser padre-madre, esposa, hijo).
 - Rol que desempeñaba el fallecido en la familia.
 - Participación en el cuidado del paciente (como factor protector).
 - Relación ambivalente o dependiente con el difunto (mayor riesgo cuanto mayor es la dependencia).

- Características de la Enfermedad o de la Muerte:
 - Muerte repentina o imprevista (se incluye suicidio).
 - Duración de la enfermedad: excesivamente largas o cortas.
 - Muerte incierta o no-visualización de la pérdida.
 - Enfermedad con síntomas mal controlados, o con expresión de gran sufrimiento por parte de la persona querida.

- Aspectos relacionales:
 - Falta de disponibilidad de apoyo familiar y social.
 - Bajo nivel de comunicación con familiares y amigos.
 - Poca posibilidad de expresar la pena o incapacidad para hacerlo.
 - Pérdida inaceptable socialmente (relación secreta, enfermedad con estigma, asesinato).

- Otros factores influyentes:
 - Duelos previos complicados.
 - Pérdidas múltiples o acumulación de pérdidas: cuando se pierden a la vez varios seres queridos o varias cosas además del ser querido.
 - Crisis concurrentes con la pérdida.
 - Obligaciones múltiples: niños pequeños, personas minusválidas.

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DE LAS DIFICULTADES DE ADAPTACIÓN

Como las sensaciones de amenaza y la percepción de impotencia son subjetivas, el sufrimiento, por lo tanto, lo es también. Por eso, es muy importante conocer cómo la persona vive la situación, y esto sólo lo podemos conocer preguntándole, de tal manera que no presupongamos nada y que no incrementemos ese sufrimiento. Es importante identificar en cada momento qué aspectos son percibidos por el paciente y/o la familia como una amenaza significativa y establecer su grado de priorización desde su propio punto de vista.

En el ámbito de los cuidados paliativos es difícil hacer una distinción entre evaluación y tratamiento. La evaluación forma parte de las sesiones terapéuticas. Por ello, además del conocimiento de las técnicas e instrumentos de evaluación y los sistemas de clasificación de trastornos mentales, es necesario manejar adecuadamente estrategias de comunicación. En este contexto, el counselling se convierte en un instrumento de gran utilidad.

Los objetivos de la evaluación consisten en diferenciar las respuestas psicológicas adaptativas de las que pueden (por su duración, comportamiento o intensidad) interferir en la calidad de vida

y capacidad para tomar decisiones, y en identificar las necesidades emocionales. Para ello, se utilizan una serie de instrumentos, técnicas y procedimientos de evaluación:

- Entrevistas (libres, estructuradas y semiestructuradas): la entrevista semiestructurada es el instrumento evaluativo imprescindible en Cuidados Paliativos, ya que supone un diálogo abierto con el paciente, donde se le ofrece la posibilidad de exponer todo lo que quiera en un marco de comprensión empática, y además, nos permite valorar el comportamiento no verbal.
- Observación conductual.
- Técnicas y procedimientos de auto-observación y registro.
- Tests.
- Autoinformes (escalas, inventarios y cuestionarios).
- Registros psicofisiológicos.
- Juegos de roles y otros procedimientos de apoyo a la observación de la conducta.

En este ámbito, debido a la vulnerabilidad de las personas y la gran variabilidad de los síntomas, adquiere especial relevancia que los instrumentos de evaluación que se utilicen sean:

- Cortos.
- Comprensibles.
- Capaces de detectar cambios relevantes tan pequeños como sea posible a lo largo del tiempo.
- Que favorezcan la comunicación.
- Que aporten información clínicamente útil.

En los últimos años se están llevando a cabo múltiples intentos para encontrar sistemas de evaluación que respondan a la especificidad de los enfermos en situación paliativa, pero todavía no contamos con instrumentos de evaluación específicos adaptados a esta población. Algunos estudios sugieren que preguntar directamente al enfermo sobre su estado emocional (¿se siente triste y desanimado?, ¿está cansado, inquieto?) es tan fiable como el resultado de un cuestionario estandarizado. Una línea de investigación muy interesante es la propuesta por el profesor Ramón Bayés (2001) sobre la percepción subjetiva del paso del tiempo como un indicador del posible sufrimiento emocional. Se basa en que, en una situación de enfermedad, cuando una persona tiene la sensación de que el tiempo se dilata con respecto al tiempo cronológico, este hecho se relaciona con malestar, mientras que cuando percibe que el tiempo se acorta y pasa con rapidez, suele traducir un estado de bienestar (Bayés, Limonero, Barreto, Comas, 1997).

Esta formulación presenta algunas ventajas: cumple los requisitos esperables de los instrumentos de evaluación antes mencionados, es fácil de introducir en un contexto clínico normal, ofrece la posibilidad de iniciar un episodio de ventilación emocional y no plantea problemas éticos.

Otros instrumentos de evaluación psicológica frecuentemente utilizados en el contexto de los cuidados paliativos son:

- Índice de depresión de Beck, que mide la severidad de la depresión evaluando 21 síntomas.
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Una escala de autoinforme que contiene subescalas para depresión y ansiedad. Tiene el inconveniente de que sólo puede administrarse aproximadamente en un tercio de los pacientes ya que el resto presentan problemas de confusión, falta de concentración, problemas de memoria, lenguaje y bajos niveles de conciencia.

- POMS (Profile of Mood States). Diseñado por Lorr y MacNair (1984) compuesto por seis subescalas: ansiedad, depresión, hostilidad, activación, cansancio y desorientación o confusión.
- Mini-Mental State Examination (MMS) de Folstein (1975): Evalúa seis capacidades cognitivas: Orientación temporo-espacial, registro de información nueva, atención y cálculo, memoria diferida, lenguaje y praxia constructiva.
- The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): Cuestionario de Edmonton para valoración de síntomas físicos y psicológicos, que consiste en unas sencillas escalas visuales. Está validado en inglés (Chang, Hwang, Feuerman, 2000), pero todavía no se dispone de traducciones validadas en castellano.
- Inventario de Experiencias en Duelo (IED), de Sanders CM, Mauger & Paschal PA, Strong Jr. N (1985). Compuesto por 9 escalas clínicas: desesperanza, enfado-hostilidad, culpa, aislamiento social, pérdida de control emocional, rumiación, despersonalización, somatización y ansiedad ante la muerte. Existe una versión adaptada al castellano de García-García, Landa, Trigueros, Calvo, Gaminde (1995).
- Cuestionario de Bienestar Psicosocial (BPS). (Centeno, 1998).

La fase diagnóstica se realiza a partir de los datos obtenidos en la evaluación utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV o el CIE-10.

Dada la gran variabilidad de las situaciones en el proceso de adaptación a la enfermedad avanzada, es conveniente realizar, además de una evaluación inicial, la monitorización a lo largo de todo el proceso de las necesidades del paciente y la familia y la presencia o no de determinada sintomatología que pueda interferir con el objetivo de confort y bienestar que nos hemos marcado. A continuación aparece una propuesta que puede guiar dicha monitorización:

MONITORIZACIÓN DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

Necesidades del paciente:

- a. Necesidades de información: qué información posee respecto a su situación clínica, qué quiere saber y qué puede asimilar.
- b. Necesidades emocionales: cuáles son sus principales preocupaciones, ayudarle a definir las y priorizarlas.
- c. Estrategias de afrontamiento: activo, pasivo con indefensión, negación.
- d. Recursos: identificar recursos y modos en los que han afrontado situaciones difíciles con anterioridad.
- e. Redes de apoyo personal: soporte familiar y social.
- f. Sensación de control: Grado en que percibe que puede controlar la situación.
- g. Problemática emocional: detectada utilizando criterios psicopatológicos específicos.
- h. Posibles acontecimientos críticos: Evaluar el nivel de aversión acumulado, hechos traumáticos de su historia, nuevas pérdidas recientes.

Necesidades de la familia:

- a. Grado de afectación emocional de los distintos miembros.
- b. Necesidades de información.
- c. Necesidades de recursos: Cómo hablar con el paciente de temas delicados, cómo reaccionar a sus manifestaciones emocionales, cómo cuidarle.

MONITORIZACIÓN PSICOLÓGICA BREVE DEL PACIENTE:

Utilizando un indicador del posible sufrimiento:

¿Cómo de largo se le hizo el día de ayer? EVA (Escala Visual Analógica).

¿Por qué? Dependiendo de la respuesta se profundiza a través de una entrevista y de los análisis o pruebas complementarias que se consideren oportunos.

MONITORIZACIÓN PSICOLÓGICA COMPLETA DEL PACIENTE:

PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (Valorar intensidad y frecuencia): Baja autoestima, sensación de ineficacia, tristeza, apatía, desesperanza, indefensión, ideas de culpa, sentimientos de inutilidad, pensamientos suicidas, insomnio, aislamiento, llanto, irritabilidad.

PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

Respuestas fisiológicas: Tensión muscular, palpitaciones, alteraciones respiratorias, presión en el pecho, alteraciones del sueño, dolor de cabeza, angustia.

Respuestas cognitivas: Miedo, preocupación, inseguridad, sentimientos de aprensión, dificultad para concentrarse, para tomar decisiones, sensación de pérdida de memoria, de falta de control.

Respuestas motoras: Conductas de escape, de evitación, hiperactividad, paralización motora, movimientos repetitivos, movimientos torpes y desorganizados, dificultades de expresión verbal.

FASES DE ADAPTACIÓN (INICIAL- EVOLUCIÓN):

Negación, ira, negociación, depresión, ambivalencia y aceptación.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO (INICIAL- EVOLUCIÓN):

Espíritu de lucha, negación, evitación, aceptación estoica, indefensión, preocupación ansiosa, crisis de conocimiento.

PREOCUPACIONES:

Dependencia de otros, sufrimiento familiar, dolor, futuro familiar, cambio de imagen, sobrecarga familiar, autoestima, medicación, muerte, sexualidad, problemas económicos, hospitalización.

RECURSOS DE AFRONTAMIENTO:

Distracción, respiración, discusión racional, desahogo emocional...

AFICIONES Y ESTIMULACION REFORZANTE EN ACTIVO (DE CARA A POTENCIAR SU GAMA DE SATISFACCIÓN).

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA

Los pacientes en situación terminal y sus familias presentan unas particularidades que condicionan la tipología y la práctica de los procedimientos psicoterapéuticos utilizados:

- El tiempo asistencial es muy corto, lo que exige que las intervenciones tengan que ser eficaces a corto plazo.

- La gran variabilidad de los síntomas hace que haya muchos momentos en los que un trabajo psicológico que requiera atención mental sea difícil de realizar; por lo que las técnicas psicológicas tienen que requerir poco aprendizaje por parte del paciente, con predominio en el ámbito cognitivo, y ser fáciles de aplicar.
- El estado emocional del paciente y la familia suele ser de máxima vulnerabilidad, por lo que las intervenciones tienen que estar presididas por la delicadeza y la empatía y ser facilitadoras de las relaciones que el paciente pueda establecer con su entorno.
- La mayoría de las personas objeto de nuestra atención no presentan problemas psicopatológicos y no siempre tienen una motivación previa para el trabajo emocional.

El abordaje terapéutico en el enfermo avanzado / terminal y su familia abarca desde una aproximación psicológica de apoyo emocional hasta la intervención psicológica específica, dependiendo de la gravedad del estado emocional. Se distinguen las **medidas generales de apoyo emocional** (regular el proceso de información, motivar actividad, proporcionar o facilitar distracción, prestar atención anticipada, contención emocional, clarificar objetivos), en cuyo manejo deberían ser competentes los profesionales que trabajan con esta población, de aquellas **medidas más propias del rol del psicólogo** (Schroeder, 2003):

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO:

Su objetivo se dirige al alivio o desaparición de los síntomas físicos (dolor, disnea) y psicológicos (miedo, crisis de ansiedad). Las modalidades terapéuticas más utilizadas para el tratamiento coadyuvante de síntomas concretos son la psicoeducación y algunas técnicas cognitivo conductuales, entre las que podemos citar:

- Relajación.
- Imaginación guiada.
- Hipnosis.
- Reestructuración cognitiva.
- Relajación autogénica.
- Visualización.
- Distracción.
- Resolución de problemas.

CUIDADOS EMOCIONALES:

Tienen como objetivo apoyar el proceso de aceptación y adaptación a la situación terminal, proporcionando un espacio psicológico donde elaborar aquellos temas que producen sufrimiento al paciente o la familia a través de diferentes modalidades terapéuticas. Entre las más utilizadas se encuentran:

Soporte emocional:

Grupo de técnicas específicas que suponen la creación de una comunicación abierta y de confianza basada en el respeto mutuo, con los objetivos de reducir la soledad del paciente y su familia, normalizar sus reacciones emocionales y reducir la tensión a través de la facilitación de la expresión emocional. El método terapéutico es la escucha activa: atender para posteriormente entender sus sentimientos, con un estilo no intervencionista (el profesional no aconseja, ni “trata”).

Counselling:

Proceso interactivo basado en la mayéutica socrática en el que, rescatando el principio de la autonomía de la persona, se ayuda a ésta a tomar las decisiones que considere más adecuadas para ella, en función de sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional.

Es el arte de hacer reflexionar a una persona preguntando, empatizando y confrontando, por medio de distintas estrategias comunicativas, de tal modo que pueda llegar a tomar las decisiones que considere más adecuadas. Se trata de una herramienta que vuelve eficaz la comunicación con el paciente y su familia, que le ayuda a decidir y a la búsqueda de nuevas opciones. Confía en la persona y sus recursos como el mejor elemento de cambio, no por la imposición sino por la elección.

Es un elemento de persuasión racional no coactivo que utiliza la pregunta y la confrontación para que el paciente reflexione y decida lo más adecuado para él mismo ante una situación determinada.

Se sustenta en cuatro pilares:

- Habilidades de comunicación asertiva.
- Soporte emocional.
- Modelo de solución de problemas.
- Entrenamiento en autocontrol.

Los objetivos son que el paciente experimente aspectos de sí mismo que antes estaban distorsionados o negados, facilitando la apertura y potenciando su autoestima y autoconfianza a través de la aceptación incondicional. Se contempla a la persona con sus valores propios, sean cuales sean. Su condición, su conducta o sus sentimientos son respetados y aceptados. Se centra en el presente.

Tanto el soporte emocional como las estrategias de counselling pueden ser impartidos por miembros del equipo de cuidados paliativos, si tienen la formación específica para ello.

Psicoterapias:

Se suelen complementar con técnicas de counselling cuando la alteración emocional imposibilita a la persona para utilizar sus propios recursos para resolver las dificultades. Entre las más utilizadas en el contexto de los cuidados paliativos se encuentran:

- Psicoterapias psicodinámicas breves.
- Terapia cognitiva.
- Hipnosis ericksoniana.
- Psicoterapias breves (intervención en crisis).
- Terapia racional-emotiva.
- Terapia familiar.

La selección de la modalidad terapéutica a aplicar depende de la naturaleza de los problemas, de los objetivos clínicos, de las características y preferencia de los pacientes, del lugar del tratamiento, de la situación médica y del nivel de experiencia del profesional, ya que ninguna es mejor que otras.

En general, el paquete psicoterapéutico que se utiliza en el contexto de la enfermedad oncológica avanzada se compone de una serie de estrategias comunicativas que intentan favorecer la situación tanto en el enfermo como en la familia (Comas, Schröder, Villalba, 2003).

Ventilación emocional:

- Identificar y confrontar pensamientos irracionales.
- Desensibilización emocional (hablar de aspectos estresantes y conflictivos en un contexto de tranquilidad).
- Animar a expresar miedos, sentimientos.
- Explicar la relación entre sentimientos, cogniciones y síntomas.
- Explorar con el enfermo y la familia la intensidad de sus reacciones emocionales.

Potenciar recursos de afrontamiento:

- Examinar formas de afrontamiento.
- Entrenar recursos nuevos (visualización, relajación).
- Reafirmar / corregir patrones adaptativos / desadaptativos de afrontamiento.
- Historia de vida: recoger recursos que ha utilizado en el pasado, elaborar significados positivos, revivir situaciones placenteras.

Elaboración de la información:

- Formular preguntas directas sobre significados de la vida y de la muerte, cuando el paciente hace explícito que está viviendo sus últimos días.
- Favorecer pensamientos reconfortantes sobre el morir (reforzar lo que se suele llamar la muerte dulce).
- Elaboración de temas pendientes, despedidas.
- Adecuar la esperanza. Regular las expectativas.

4. Acercamiento sociofamiliar:

- Desbloquear la comunicación entre paciente y familia.
- Favorecer la comprensión de las reacciones del enfermo y/o la familia.
- Educar en formas de cuidar (servir de modelo sobre formas cuidar-estar o a perder el miedo de hablar de determinados temas).

II. 3 PERFIL Y APORTACIONES DEL PROFESIONAL MÉDICO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

M.^a Ángeles Olalla Gallo. MÉDICO.

EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. BURGOS.

Existe ya suficiente evidencia científica que demuestra la efectividad de los Cuidados Paliativos en el control de síntomas y en la satisfacción de usuarios de servicios/unidades de Cuidados Paliativos (Higginson et al).

Los Cuidados Paliativos se constituyen, más que en una especialidad, en un área específica de conocimientos, por su relevancia a lo largo de la enfermedad y en distintas situaciones clínicas. Su conocimiento y práctica, por tanto, no debe ser exclusivo de ninguna especialidad médica, sino que debe entenderse como un enfoque del sistema sanitario (OMS-2002) y extenderse en la práctica habitual de todos los profesionales sanitarios, independientemente de su especialidad y del nivel asistencial en el que desarrollen su actividad.

Existen, sin embargo, situaciones de especial complejidad (bien clínica o por dificultades y limitaciones añadidas de los equipos convencionales) donde se requiere la intervención de profesionales con formación y vocación específica en Cuidados Paliativos, y así lo reconocen distintas sociedades científicas (SECPAL, SEMFYC, etc.). Se trata de equipos especializados de apoyo a lo largo de todo el proceso (principio de transversalidad).

Los profesionales médicos de las Unidades específicas de Cuidados Paliativos deberían cumplir una serie de requerimientos, referidos a conocimientos, habilidades y actitudes para el desarrollo óptimo de su misión como apoyo a otros profesionales en la atención a enfermos en situación terminal. Además de formación y experiencia específicas, la dedicación exclusiva a enfermos en situación avanzada y/o terminal permite la realización de valoraciones más exhaustivas y completas, con el establecimiento de necesidades, objetivos y plan de intervención. Es esencial la capacidad resolutoria, tanto profesional como en términos de organización y administrativos (posibilidad de gestión de ingresos, consultas con otros profesionales, pruebas complementarias, etc.). El profesional ofrece, además, una disponibilidad de tiempo para la atención a estos enfermos que pocas veces se puede alcanzar desde la organización actual de la Atención Primaria de Salud.

Es necesaria una formación avanzada específica (Plan Nacional de Cuidados Paliativos; Ministerio de Sanidad y Consumo 2001, p. 24 y 28). Esta formación no debe ser sólo teórica, sino que debe consolidarse con estancias en centros con experiencia reconocida en Cuidados Paliativos. La SECPAL trabaja sobre programas de formación avanzada para los distintos profesionales implicados en los Cuidados Paliativos (Med Pal 2000;7:23-25).

El principio básico es la valoración integral de enfermo y unidad familiar en su conjunto, detección de sus necesidades y planificación del tratamiento. Orientación a sus necesidades y respeto a sus deseos y decisiones.

CONOCIMIENTOS

Formación específica en resolución de problemas y situaciones clínicas (especialmente complejas):

- Valoración y tratamiento del dolor: clasificación del tipo de dolor; evaluación de sus características e intensidad mediante uso de escala (ej.: EVA). Manejo y control del dolor siguiendo las recomendaciones de la OMS. Su valor añadido estará en aquellos casos de dolor difícil, bien por sus características (neuropático, incidental, etc.), por su intensidad, o por los efectos adversos que provoque su tratamiento, y que precisen del uso de medicación de uso poco habitual, rotación de opioide o vías alternativas para la administración de fármacos (subcutánea, etc.).
- Manejo de otras situaciones de difícil control clínico o que precisen del uso de medicación poco habitual o vías alternativas de administración (disnea, hemoptisis, delirio, obstrucción intestinal, vómitos de difícil control, agonía, etc.).
- Conocimientos y experiencia en comunicación y manejo de las reacciones psicológicas más frecuentes: técnicas y actitudes de escucha, habilidades y estrategias de acogida y comunicación para mejorar la interacción con los enfermos y sus familias. Especialmente cuando existen dificultades de adaptación emocional y otras situaciones psicoemocionales complejas. Capacitación para detectar situaciones de necesidad de apoyo psicológico o social específico.
- Intervención en familias. Especialmente en situaciones complejas en el entorno familiar; bien por lo que supone la adaptación a la enfermedad, riesgo de claudicación o de duelo patológico. Manejo del duelo.
- Experiencia en toma de decisiones en situaciones al final de la vida y otras con implicaciones bioéticas, con objeto de apoyar y colaborar en la toma de decisión compartida entre enfermo-familia y equipo.
- Conocimientos y experiencia en indicación y aplicación de técnicas de sedación en sus distintos grados.
- Conocimientos específicos en Oncología Médica y Radioterápica (historia natural de los tumores, clasificación TNM, tratamientos específicos y respuestas, supervivencia, etc.). Conocimientos y experiencia en Geriátría y en procesos asistenciales relacionados con enfermedades crónicas que alcanzan situaciones avanzadas y de terminalidad (enfermedades degenerativas del SNC, insuficiencias de órganos, SIDA, etc.). Valoración en la forma de valoración geriátrica integral o en la forma clásica aprendida de la Medicina Interna (visión global de la persona y su entorno).
- Conocimiento y experiencia en la realización de técnicas que habitualmente no se realizan en el domicilio (evacuación de derrames, paracentesis, uso de vía subcutánea, manejo de vías venosas periféricas, cambios de gastrostomías, etc.). Experiencia amplia en heridas cutáneas (úlceras por presión, vasculares, etc.) complejas y de evolución tórpida.
- Conocimientos de especialidades médicas relacionadas, con criterios de derivación claros (ej.: indicaciones de radioterapia paliativa, cirugía paliativa, etc.), valoración de técnicas diagnósticas y exploraciones complementarias no accesibles desde Atención Primaria.

Conocimientos de la organización de la Atención Primaria de Salud (distribución de ZBS, trabajo en equipo, programas de la Cartera de Servicios de Atención Primaria) y de su funcionamiento práctico (distribución del horario, demanda asistencial, necesidades de los miembros de los equipos), de la Atención Especializada (ámbitos de actuación, criterios de intervención, Cartera de Servicios, etc.) y del Sistema de Acción Social (servicios y dependencias, formas de acceso, etc.).

Conocimientos y experiencia en metodología de investigación, medicina basada en la evidencia, gestión por procesos, planificación estratégica y calidad.

Habilidades para el trabajo en equipo sin que el EAP pierda su papel como responsable y protagonista de la Atención Domiciliaria, desde el respeto a su bien hacer y aportando aquellas recomendaciones que, valorada la situación de forma integral, se consensuen con el equipo.

Capacidad de relación interpersonal y para el trabajo en equipo, desde la óptica de ser una Unidad de apoyo específica, con el objetivo común de contribuir a garantizar los Cuidados Paliativos.

Actitudes docentes y disposición para elaborar y exponer seminarios, sesiones clínicas, participación en cursos, etc., así como guías y protocolos clínicos consensuados.

Capacidad de coordinación y participación activa en todas aquellas medidas que faciliten la comunicación interdisciplinar y el trabajo en equipo así como la relación y comunicación fluidas entre los distintos niveles asistenciales.

ACTITUDES

Orientación hacia la integralidad biopsicosocial de la persona. Visión integradora de la atención haciendo partícipes a todos los actores de distintos escenarios a la unidad familiar. Respeto y valoración del trabajo de los demás.

Talante positivo, entusiasmo, capacidad para motivar y estimular el compromiso. Honestidad.

Orientación a los resultados, con flexibilidad y versatilidad. Actitud de aprendizaje y mejora continua.

II. 4 PERFIL Y APORTACIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

M.^a Paz Miguel Vázquez. ENFERMERA.
EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. BURGOS.

A NIVEL ASISTENCIAL

- Experiencia y conocimientos prácticos de Atención Primaria, sobre todo en lo referente a tener capacidad para el trabajo en equipo y para implicar a otros profesionales en los cuidados paliativos.
- Capacitación para realizar técnicas de enfermería tanto diagnósticas como terapéuticas en los domicilios que sirvan de apoyo a los profesionales del área:
 - Vías venosas periféricas y centrales, reservorios venosos subcutáneos y otros dispositivos de infusión.
 - Vías alternativas de alimentación: enterales como gastrostomías, yeyunostomías, sondas nasointerales y parenterales.
 - Curas, drenajes y ostomías.
 - Colaboración en la realización de evacuación de derrames, etc.
- Gusto personal por el tipo de trabajo y de pacientes (actitud y motivación).
- Capacidad de manejo de sintomatología cambiante, así como conocimiento y uso de escalas y otros sistemas de registros que favorezcan los cuidados, como escalas de dolor; Barthel, Karnosky, Pfeiffer, Yesavage, Norton, Arnett, Zarit, etc.
- Capacidad para realizar valoración integral de necesidades (físicas, psíquicas emocionales, sociales y espirituales), del enfermo y familia, según los patrones funcionales de M. Gordon. así como el establecimiento de los diagnósticos enfermeros y la planificación de los cuidados. Promocionar ésta metodología entre los profesionales del área.
- Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, y sensibilidad), así como de comunicación y de apoyo emocional a enfermos, familiares y profesionales, sobre todo cuando existan situaciones de gran impacto, dificultades de adaptación, riesgo de claudicación, duelo, etc.
- Capacidad para realizar educación para la salud e informar a pacientes, cuidadores y profesionales en todo lo necesario para conseguir cuidados de calidad: medicación, higiene, alimentación, complicaciones del encamamiento, prevención, etc.

A NIVEL DE FORMACIÓN

- Capacitación y formación específica “avanzada” en cuidados paliativos.
- Capacidad para impartir docencia (formación) a los profesionales de Atención Primaria, con el fin de darles autonomía en las actuaciones paliativas.

- Realizar labores de tutorización en las visitas conjuntas con los profesionales del área.
- Elaboración y/o divulgación de protocolos y/o guías clínicas de actuación.
- Disposición para la elaboración y exposiciones de seminarios y sesiones, así como la participación en cursos y congresos.
- Ser motores y apoyo en la investigación sobre aspectos relacionados con los cuidados paliativos.
- Tener conocimiento sobre técnicas de comunicación con pacientes familiares y profesionales, así como sobre la detección del síndrome de burn-out derivado del contacto con la patología y el difícil camino de acompañar a alguien en el proceso de morir. Colaborar con el equipo para reducir el desgaste físico y aumentar la tolerancia mutua en situaciones difíciles.

A NIVEL DE COORDINACIÓN

- Capacidad de coordinación con los Servicios Sociales, con Atención Especializada y con todos los profesionales necesarios para asegurar una adecuada continuidad de cuidados.
- Coordinación con Atención Primaria mediante apoyo, asesoría y actuaciones conjuntas en el proceso de atención a las personas en situación de terminalidad.

II.5 MODELO DE DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

D./D.^a....., D.N.I. n.º,
con domicilio en, mayor de edad, capaz, en
plenitud de facultades para expresar mi voluntad y libremente, declaro:

Que si me encontrara en una situación en la que no pudiera tomar decisiones sobre los cuidados y los tratamientos médicos que se me pudieran aplicar como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, mi voluntad es la siguiente:

.....
.....
.....
.....

Así mismo, designo como representante para que sirva de interlocutor con el médico o equipo sanitario y vele por el cumplimiento de mi voluntad expresada en este documento, a D./D.^a.....,
DNI n.º....., con domicilio en,
y en sustitución de éste, en su caso, a D./D.^a.....,
DNI n.º, con domicilio en⁽¹⁾

Fecha y firma del declarante

(1) La designación de representante es voluntaria.

Los testigos, mayores de edad y con plena capacidad de obrar, manifestamos que lo recogido en este documento es la voluntad expresada en nuestra presencia por D./D.^a, mayor de edad, a quien consideramos con capacidad suficiente, en plenitud de facultades y libre en la toma de su decisión. Asimismo, los firmantes como testigos en primer y segundo lugar declaramos no tener relación de parentesco en primer ni en segundo grado ni ningún tipo de vínculo patrimonial u obligacional con el otorgante de estas instrucciones previas.

D./D.^a, D.N.I. nº,
con domicilio en..... Fecha y firma

D./D.^a, D.N.I. nº,
con domicilio en..... Fecha y firma

D./D.^a, D.N.I. nº,
con domicilio en..... Fecha y firma

El representante, D./D.^a, D.N.I. nº,
con domicilio en, y el representante
sustituto D./D.^a, D.N.I. nº, con domicilio
en, aceptan, llegado el caso, actuar como interlocutor con
el médico o equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas que en
este documento se recogen.⁽²⁾

Fecha y firma

(2) El o los representantes pueden coincidir con los testigos

II.6 GUÍA PARA LA GESTIÓN COMPARTIDA DE CASOS

En las páginas siguientes se reproduce este documento que ha sido elaborado por el Servicio de Coordinación Sociosanitario dependiente de la D.G. de Planificación y Ordenación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León





Índice

Presentación	3
Marco de referencia	4
1. Captación	5
2. Valoración y Plan de Cuidados	6
2.1. Valoración Multidimensional	6
2.1.1. Profesionales que intervienen	6
2.1.2. Problemas - necesidades detectadas	7
2.2. Plan de cuidados	8
2.2.1. Planificación del seguimiento	9
3. Desarrollo de los servicios prestados y evaluación del Plan de Seguimiento	10
3.1. Evolución de los problemas abordados	10
3.2. Evaluación del Plan de Cuidados y modificaciones establecidas	11
Valoración global y observaciones	12
Notas	14

Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social.
Garantizar la calidad en la gestión de casos.



Presentación

Uno de los componentes clave para la calidad de la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios es eliminar –o al menos paliar– factores que obstaculizan la comunicación entre los profesionales de ambos sistemas. Entre estos factores se encuentran el **uso de diferente metodología, terminología y forma de analizar y presentar los problemas**.

Por ese motivo se ha optado por la metodología de **GESTIÓN DE PROCESOS** como herramienta fundamental para la **mejora de los procesos de coordinación socio-sanitaria**.

La guía para la **GESTIÓN DE CASOS** es una aplicación de esa metodología que tiene como finalidad **asegurar que los profesionales de la Salud y de los SS. Sociales compartan efectivamente la responsabilidad de prestar el mejor servicio posible** a la persona y la familia concreta que necesitan prestaciones sanitarias y sociales simultánea o sucesivamente.

El compromiso de los profesionales se verificará a través de:

- a) La **Valoración conjunta y el establecimiento de un Plan de Cuidados compartido**, al que cada profesional aporta las prestaciones y apoyos que le corresponde movilizar y ejecutar.
- b) El seguimiento y **Evaluación del Plan de Cuidados**, efectuando las adaptaciones que sean necesarias.
- c) La **Detección de las oportunidades de mejora** de la atención que se presta, incluidas las relacionadas con la adaptación de recursos.

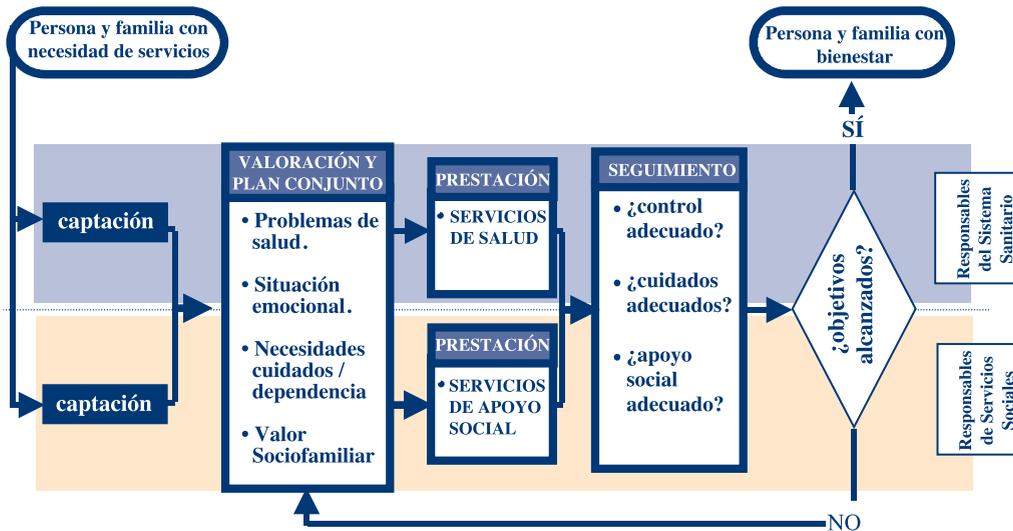
La Guía para la Gestión de Casos servirá para que los profesionales identifiquen los errores o defectos que se producen en la coordinación y en la prestación concreta de cuidados, de forma que puedan adoptar decisiones conjuntas para ser más eficaces en su trabajo y para tener claras las dimensiones de los problemas cuya resolución corresponde a otros niveles de organización y coordinación socio-sanitaria.

Misión: *Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social. Garantizar la calidad en la gestión de casos.*



Marco de referencia

- **VALORES:** INTEGRALIDAD, PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE, IMPLICACIÓN PROFESIONAL.
- **METODOLOGÍA:** DEFINICIÓN DEL PROCESO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS, ANÁLISIS DEL PROCESO – IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA, INTRODUCCIÓN DE MEJORAS.



Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social.
Garantizar la calidad en la gestión de casos.



I. Captación

- Profesional que la realiza:
- Datos de identificación del usuario:

* Motivo por el que llega y datos del cliente que justifican la prestación de servicios de forma conjunta:

* Procedimiento de contacto establecido para valoración multiprofesional.

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿La información inicial ha sido suficiente?
2. ¿El procedimiento de conexión es adecuado?
3. ¿El tiempo que transcurre entre la conexión y la valoración multidisciplinar es el adecuado a la necesidad de rapidez en la intervención?

Misión: *Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social. Garantizar la calidad en la gestión de casos.*



2. Valoración y Plan de Cuidados

2.1. VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL

2.1.1. Profesionales que intervienen:

Profesionales que intervienen	Desde el ámbito sanitario

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿La Valoración y el Plan de Cuidados son realizadas por los profesionales que intervendrán en la prestación de servicios?
2. ¿Si se ha realizado por otros profesionales ¿Se han consensuado con los profesionales que intervienen directamente con el usuario?

Misión: *Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social. Garantizar la calidad en la gestión de casos.*



2.1.2. Problemas - necesidades detectadas:

Problemas de salud:

Necesidad de cuidados de enfermería:

Situación de dependencia:

Valoración sociofamiliar:

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿La información disponible es suficiente?
2. ¿La definición de la situación y necesidades es precisa y comprensible?
3. ¿Se ha incorporado la percepción, las demandas y la colaboración del usuario y de su familia?

Misión: *Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social. Garantizar la calidad en la gestión de casos.*



2. Valoración y Plan de Cuidados (continuación)

2.2. PLAN DE CUIDADOS

Servicios propuestos como idóneos:

Servicios que efectivamente se pondrán en marcha:	Responsable:

Motivos de la no posibilidad de prestación de los servicios idóneos (en su caso):

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿Hay posibilidades de puesta en funcionamiento de los servicios idóneos?
2. ¿Se han organizado los cuidados de forma que se que minimice la carencia de servicios idóneos?
3. ¿El usuario y su familia están de acuerdo con el Plan de Cuidados?
4. ¿Se ha transmitido a la Comisión de Coordinación información precisa sobre la carencia de los servicios considerados idóneos?

Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social.
Garantizar la calidad en la gestión de casos.



2.2.1. Planificación del seguimiento:

Responsables, procedimientos de contacto-comunicación acordados, momentos de reevaluación pactados...:

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿Cada profesional conoce el Plan de Cuidados y sabe como contribuye su tarea al cumplimiento global?
2. ¿Cada profesional sabe con quién debe ponerse en contacto ante imprevistos, dudas o variaciones en su tarea?
3. ¿Se ha acordado en que fechas y momentos se realizarán revisiones del Plan?

Misión: *Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social. Garantizar la calidad en la gestión de casos.*



3. Desarrollo de los servicios prestados y Evaluación del Plan de Seguimiento

3.1. EVOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS ABORDADOS

En los problemas de salud:

En la necesidad de cuidados de enfermería:

En la situación de dependencia:

En la situación sociofamiliar:

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿Se revisa la situación en el plazo acordado?
2. ¿Las variaciones en la situación (resultados de mantenimiento / mejora de la situación inicial) son los previstos?
3. ¿Qué factores no previstos están influyendo?

Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social.
Garantizar la calidad en la gestión de casos.



3.2. EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS Y MODIFICACIONES ESTABLECIDAS

Momentos de evaluación (tanto programados como a demanda):

Variaciones sobre el plan inicial que se han llevado a cabo (Nuevos servicios o actividades y responsables de los mismos. - Planificación del seguimiento):

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿Se ha detectado necesidades de refuerzo o modificación de cuidados?
2. ¿Se ha actuado sobre ellas con prontitud?
3. ¿Se han comunicado a los profesionales que intervienen en el caso?
4. ¿Se ha pactado con el usuario y su familia?
5. ¿Se han reajustado el Plan de Cuidados?

Misión: *Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social. Garantizar la calidad en la gestión de casos.*



Valoración global y observaciones

1. ¿Se han cumplido los requisitos de cada actividad? (Captación, valoración multidisciplinar y plan de cuidados, seguimiento,...).
2. ¿Cuáles han podido ser las causas de los incumplimientos? (metodología de análisis)
3. ¿Se han alcanzado los objetivos propuestos?
4. ¿Cuáles han podido ser las causas de su no consecución?

Misión: *Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social. Garantizar la calidad en la gestión de casos.*



5. ¿La información aportada es suficiente?

6. ¿La información aportada es relevante?

7. ¿Qué otros aspectos merece la pena comentar?

Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social.
Garantizar la calidad en la gestión de casos.



Notas

Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social.
Garantizar la calidad en la gestión de casos.

II.7 PROTOCOLOS EN MEDICINA PALIATIVA

Autores:

Francisco José Vara Hernando. COORDINADOR.
(CENTRO REGIONAL DE MEDICINA PALIATIVA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR)

Mercedes Ceña Tutor
Inmaculada García Martín
Manuel del Cañizo Gómez
Teodoro Carmona Sáez
Elvira Fernández Fernández
Emilio J. García Ortega
M.^a Natividad Garzón Vázquez
Raúl Sánchez Posada
Carlos Centeno Cortés
Federico González González
Teresa Martínez González
M.^a Ángeles Cambero Rodríguez

La aprobación por parte de las Cortes Regionales de la Ley 1/1993 de Ordenación del Sistema Sanitario dotó a la Administración Regional de un instrumento efectivo destinado a la planificación y ordenación de los recursos Sociosanitarios de la Comunidad Autónoma. Esta ley se constituye en el marco dentro del cual se encuadra el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León, aprobado por Decreto el 29 de Enero de 1998. Entre los objetivos del mismo se encuentra la elaboración de un "Programa de enfermedades crónicas en fase terminal", que se desarrollará en varias etapas hasta su culminación en el año 2000.

En 1998 se constituyó en la Unidad del Dolor del Hospital Martínez Anido de Salamanca el Centro Regional de Referencia para Cuidados Paliativos y se definieron, en las Áreas de Salud, Unidades Hospitalarias de Medicina Paliativa.

Desde entonces han tenido lugar múltiples reuniones de trabajo entre los profesionales que integran el núcleo constitutivo de las distintas Unidades, contando en todas ellas con la activa participación de la Gerencia Regional de Salud. Fruto de este trabajo conjunto ha sido la puesta en marcha de diversas iniciativas, que irán viendo la luz a lo largo de los próximos meses, entre las cuales se encuentra la elaboración de este manual, que cumple ya su segunda edición (la primera publicada en 1999 se agotó en unos meses); en él se recogen las últimas novedades que han surgido en el campo de la Medicina Paliativa y se incluye por primera vez un capítulo dedicado a la comunicación, tema tan fundamental en la relación con nuestros enfermos. Con estos protocolos no se ha pretendido otra cosa que el de dotar a los profesionales sanitarios de un instrumento útil que les permita enfrentarse a los problemas específicos que plantea el enfermo terminal.

¿Qué es la Medicina Paliativa?

Cuando todos los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia) encaminados a conseguir la curación de la enfermedad fracasan, todo nuestro esfuerzo debe polarizarse a controlar tanto

los síntomas físicos como psicoemocionales del enfermo mediante la utilización de una terapia de soporte, cuyo objetivo es el de mejorar la calidad de vida del paciente en estado terminal.

Principios de Medicina Paliativa

- 1.** El objetivo fundamental es mejorar el bienestar del paciente. Los esfuerzos diagnósticos sólo deben ir encaminados a determinar el origen de los síntomas que queremos tratar para intentar instaurar una terapia lo más específica posible.
- 2.** Al abordar el tratamiento del paciente no debemos considerarlo como un elemento aislado sino como parte integrante de una amplia unidad constituida por la familia, los amigos, el trabajo, etc.
- 3.** Los cuidados deben extenderse no sólo a las necesidades físicas sino también a los aspectos emocionales, espirituales y laborales del paciente y su familia.
- 4.** Los cuidados paliativos se administrarán a lo largo de toda la fase terminal de la enfermedad, y debe extenderse al periodo del duelo.
- 5.** Habitualmente los síntomas de un paciente en fase terminal son múltiples, intensos y cambiantes, por ello es necesaria una evaluación continuada de la situación del paciente para comprobar la eficacia terapéutica.
- 6.** Los cuidados paliativos deben administrarse en el seno de un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, voluntarios, etc. La coordinación de todas estas figuras debe ser un objetivo fundamental en la organización de un programa de medicina paliativa.

TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLÓGICO

Más del 50% de los pacientes con cáncer presentan dolor entre moderado y severo en algún momento de su enfermedad, ascendiendo la prevalencia en estadios terminales a un 80% - 90%, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida del paciente. Junto a la prevención primaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento curativo, el tratamiento eficaz del dolor constituye uno de los objetivos prioritarios del programa global de la OMS en materia del cáncer.

El dolor en el cáncer responde al concepto de “dolor total”, ya que engloba no solo el aspecto nociceptivo sino también aspectos psicológicos, sociales, espirituales y laborales. Es por tanto un fenómeno multidimensional en el que el abordaje cuidadoso de cada uno de estos aspectos va a ser la clave para su control.

PRINCIPIOS BÁSICOS PARA EL USO DE ANALGÉSICOS

- **Debemos creer siempre el dolor que nos refiere el paciente.**
- **El tratamiento farmacológico no es más que una parte del control multidimensional del dolor.**
- **Las dosis se titularán individualmente.**
- **La administración de fármacos debe hacerse a horas fijas después de la titulación inicial de la dosis.**
- **En caso de necesidad se administrarán dosis de rescate.**
- **Utilizar la vía oral siempre que sea posible.**
- **Intentar utilizar fórmulas monomedicamentosas.**
- **La utilización conjunta de analgésicos periféricos (AINES) con analgésicos centrales (opioides) potencia los efectos antiálgicos de ambos.**
- **En ningún caso debemos mezclar dos analgésicos opioides.**
- **Seguir el tratamiento escalonado y progresivo recomendado por la OMS.**
- **Se debe tener en cuenta que existen tipos de dolor resistentes a los opioides y a los analgésicos no opioides.**
- **Los fármacos psicótrópos no deben ser utilizados por rutina.**
- **Evitar los retrasos en el tratamiento con fármacos potentes.**
- **Tratar adecuadamente el insomnio.**
- **Anticiparse a la aparición de efectos colaterales.**
- **Utilizar fármacos coadyuvantes cuando sea preciso.**
- **Nunca usar placebo.**
- **Realizar evaluaciones continuas del estado del paciente y la eficacia del tratamiento.**

Un abordaje completo y eficaz del dolor canceroso debe comprender los siguientes apartados: **evaluación del dolor, estrategia terapéutica y asistencia continuada.**

EVALUACIÓN DEL DOLOR

El conocimiento de las características del dolor como paso previo al inicio del tratamiento del mismo es fundamental para obtener unos resultados satisfactorios. Requiere 4 pasos:

DETERMINAR LA CAUSA DEL DOLOR

Dolor causado por el propio cáncer (78%)

- Invasión ósea, primaria o metastásica.
- Compresión o infiltración nerviosa.
- Extensión a los tejidos blandos.
- Afectación visceral.
- Hipertensión intracraneal.

Dolor relacionado con el tratamiento (19%)

- Postquirúrgico.
- Postradioterapia.
- Postquimioterapia.

Dolor no relacionado con el cáncer (3%)

- Neuralgia postherpética.
- Artrosis.

CARACTERIZAR EL TIPO DE DOLOR

El dolor puede presentarse clínicamente de distintas formas:

Nociceptivo

■ **Somático** (Metástasis óseas, infiltración de tejidos blandos).

Mecanismo: Activación de los receptores nociceptivos.

Características	Afectación
Constante	Piel, Huesos
Bien localizado	Músculos
Circunscrito a la zona dañada	Articulaciones
Sensaciones claras y precisas	Ligamentos

■ **Visceral** (Cáncer de páncreas, metástasis intraabdominales).

Mecanismos:

- Espasmo de la fibra lisa, distensión o contracción anormal de la pared muscular hueca.
- Isquemia e inflamación.
- Estímulo químico (esófago, estómago).
- Distensión brusca de la cápsula de un órgano sólido. (hígado, bazo, páncreas).
- Tracción, compresión y torsión de mesos.
- Formación y acumulación de sustancias algógenas.

Características

Constante, cólico
No es evocado por todas las vísceras
No se relaciona con lesión tisular
Es difuso y mal localizado
Acompañado de reflejos motores y vegetativos

Afectación

Vísceras

El dolor visceral se diferencia del somático en que estímulos como el corte, el pinzamiento, o la quemadura no inducen dolor. En este caso, el estímulo nocivo no es el que produce lesión, sino el que evoca dolor. No todos los estímulos viscerales que provocan lesión son nocivos, ya que no todas las lesiones viscerales son dolorosas.

Neuropático. (Plexopatía, neuralgia postherpética, neuralgia del trigémino)

Mecanismo: Destrucción, infiltración o compresión del tejido nervioso.

■ **Disestésico.** (Neuralgia postherpética).

Características

Continuo
Quemante
A veces irradiado

Afectación

Nervios

■ **Neurálgico.** (Neuralgia del trigémino)

Características

Paroxístico
Lancinante
Agudo

Afectación

Nervios

■ **Mediado por el simpático.** (Distrofia simpático refleja)

Características

Quemante
Urente
Constrictivo
Opresivo
Alteraciones tróficas y vasomotoras

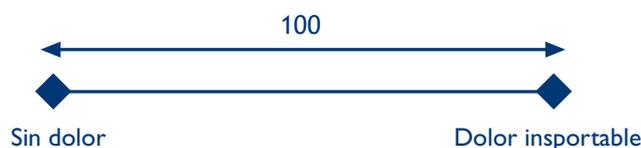
Afectación

Nervios

Estos dos tipos de dolor (Nociceptivo y Neuropático) tienen características diferentes y responden a tratamientos distintos. En particular el dolor nociceptivo responde generalmente a la analgesia convencional (AINE y Opioides); el dolor neuropático puede ser reducido también con opioides pero requiere otros fármacos que actúen estabilizando la membrana y operando sobre los neurotransmisores (como los antidepresivos y los antiepilépticos).

EVALUAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR

Para evaluar la intensidad del dolor hay que averiguar si limita la actividad del paciente, el número de horas de sueño y la medida en que la medicación o los métodos analgésicos alivian el dolor. La Escala Analógica Visual (EAV) es la más usada para medir la intensidad del dolor.



Pueden utilizarse también Escalas de Valoración Verbal o Escalas numéricas.

En los niños puede emplearse las escalas de figuras.

REALIZAR UNA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL DOLOR

Aunque la mayoría de los pacientes (70% a 90%) muestran un alivio satisfactorio de su cuadro álgico con un tratamiento farmacológico pautado correctamente, en un pequeño grupo de pacientes esta terapia fracasa. En el 25% de los pacientes que muestran una respuesta limitada o nula a los analgésicos administrados de manera regular, debemos preocuparnos más por la influencia de las diferentes dimensiones de la expresión del dolor y es cuando debemos plantearnos la reevaluación de otros factores que puedan influir en el mal control del dolor (familia, trabajo, relaciones sociales, dinero, etc.).

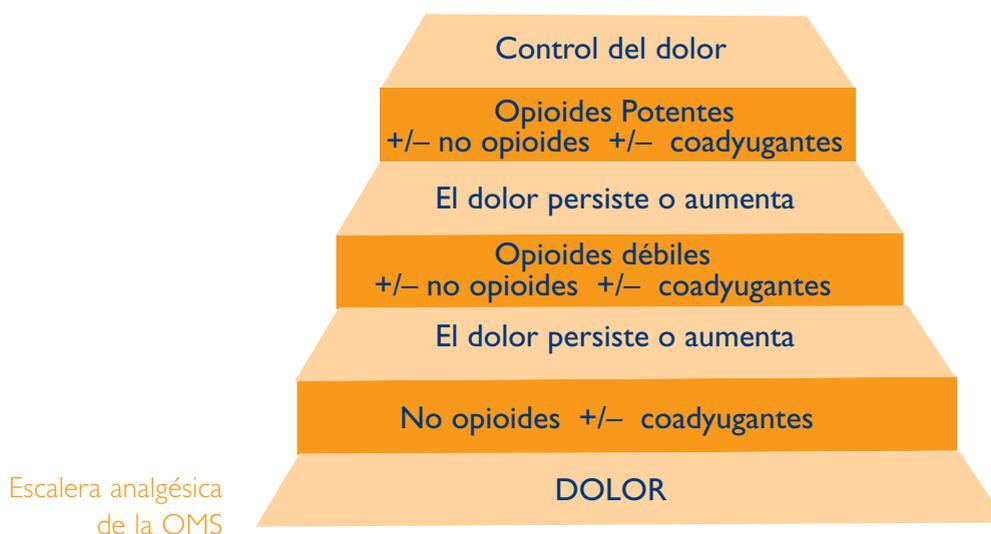
Son factores de **mal pronóstico** en el control del dolor:

- Dolor neuropático.
- Dolor episódico*.
- Disminución de la capacidad de conciencia.
- Alteraciones psicológicas.
- Historia previa de alcoholismo o drogadicción.

* **El dolor episódico se define como un dolor transitorio que se presenta en forma de crisis sobre un dolor basal generalmente bien controlado. Puede ser espontáneo, o asociarse a determinadas acciones como: comer, toser, defecar, moverse denominándose entonces dolor incidental.**

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto una escalera analgésica secuencial para implementar el uso correcto de los fármacos analgésicos en particular de los opioides. La escalera está constituida por tres analgésicos de uso común: no opioides (aspirina), opioides débiles (codeína) y opioides potentes (morfina). Si fuera necesario podrían reemplazarse por otros del mismo grupo.



En un primer momento utilizaremos medicamentos no opioides como la **Aspirina**, el **Paracetamol** o algún otro **Antiinflamatorio no esteroideo**, que constituyen los medicamentos del primer escalón. Si el dolor persiste o aumenta, a pesar de una correcta administración del fármaco del primer escalón, añadiremos a este un opioide débil del tipo de la **Codeína** (no olvidemos que esta combinación potencia el efecto analgésico de ambos medicamentos). Si el dolor no se alivia o aumenta se administrarán opioides potentes como la morfina asociados a los analgésicos del primer escalón. En cualquiera de los tres peldaños se podrán utilizar, si fueran necesarios, fármacos **coadyuvantes**.

Antes de iniciar el tratamiento farmacológico del dolor canceroso debemos tener en cuenta las siguientes **consideraciones**:

- Usar siempre que sea posible el analgésico oral más simple y con menores efectos secundarios.
- La administración debe realizarse a intervalos prefijados (reloj en mano).
- El tipo de dolor determinará la selección inicial del fármaco. Si el dolor es de moderado a grave podremos plantearnos la utilización inicial de un opioide potente.
- Junto con los opioides utilizaremos antieméticos y laxantes.
- En caso de dolor óseo utilizaremos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).
- Pautaremos esteroides para la invasión del tejido nervioso.
- La depresión el insomnio y la ansiedad interfieren el efecto analgésico.
- Debemos pensar siempre en la existencia de otras posibilidades terapéuticas que nos puedan ayudar a paliar el dolor: radioterapia, cirugía.

■ ANALGÉSICOS DEL PRIMER ESCALÓN

Aunque la Aspirina y el Paracetamol constituyen los fármacos más usados, a veces es preciso recurrir a otros medicamentos de su mismo grupo. A continuación se muestran algunos de los más utilizados.

Ácido acetil salicílico y derivados

Efecto: Antiinflamatorio.

Dosis: 500 – 1250 mg. cada 4/6 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 6000 mg.

Efectos secundarios: Dispepsia Gastrointestinal +++
Hemorragia ++
Alteraciones de la coagulación ++
Reacciones alérgicas

Nombres comerciales: Aspirina[®] 500 mg.
Inyesprin[®] 1800 mg. (Acetil salicilato de Lisina).

Comentarios: El Acetil Salicilato de Lisina es un profármaco del Ácido Acetil Salicílico (1800 mg. de Acetil Salicilato de Lisina = 1000 mg. de Ácido Acetil Salicílico).

Otros salicilatos: Diflunisal, Benorilato, Fosfosal, Salsalato.

Paracetamol y similares

Efecto: Analgésico, antitérmico

Dosis: 500 - 1000 mg. cada 4/6 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 6000 mg.

Efectos secundarios: Dispepsia +
Toxicidad hepática (Dosis > 10 – 15 g).

Nombres comerciales: Termalgin[®] (500 mg.).
Febrectal[®] (650 mg.).
Efferalgan[®] (1000 mg.).

Otros Paraaminofenoles: Fenazopiridina (Micturol sedante[®] (200 mg. / 8 h.).

Comentarios: La fenazopiridina se utiliza para aliviar el dolor de las cistitis, prostatitis y uretritis. Contraindicado en caso de Insuficiencia renal.

Metamizol y similares

Efecto: Analgésico, antipirético.

Dosis: 500 – 2000 mg. cada 6/8 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 8 gr.

Efectos secundarios: Agranulocitosis +.
Anemia aplásica.

Nombres comerciales: Nolotil[®] Caps. 575 mg.
Sup. 1gr.
Amp. 2 gr

Otros compuestos: Propifenazona (Cibalgina[®]).

Oxicanes

Piroxicam

Efecto: Antiinflamatorio.

Dosis: 20 mg. cada 24 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 40 mg.

Efectos secundarios: Dispepsia Gastrointestinal +++.
Hemorragia ++.

Nombres comerciales: Salvacam[®], Brexinil[®].

Meloxicam

Efecto: Antiinflamatorio.

Dosis: 7.5 - 15 mg. cada 24 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 15 mg.

Efectos secundarios: Dispepsia Gastrointestinal +.
Hemorragia +.

Nombres comerciales: Movalis[®] Comp. 7.5 – 15 mg.
Sup. 15 mg.

Comentarios: El meloxicam inhibe en mayor medida la Ciclooxigenasa II (COX II) que la COX I lo que se traduce en la aparición de un menor número de efectos secundarios.

Otros: Lornoxicam (Acabel).

Derivados del ácido acético

Indometacina

Efecto: Antiinflamatorio.

Dosis: 50 - 100 mg. cada 6/12 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 200 mg.

Efectos secundarios: Dispepsia Gastrointestinal +++.
Hemorragia +++.
Confusión mental ++, Cefalea ++.

Nombres comerciales: Inacid[®] Cap. 25 mg.
Sup. 25 - 50 mg.
Iny. 50 mg.

Comentarios: La indometacina está contraindicada en la cefalea.

Ketorolaco

Efecto: Antiinflamatorio.

Dosis: 10 - 20 mg. cada 6/8 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 60 mg.

Efectos secundarios: Dispepsia Gastrointestinal ++.
Hemorragia ++.
Confusión mental ++.

Nombres comerciales: Droal[®] Comp. 10 mg.
Iny. 10 y 30 mg.

Diclofenac

Efecto: Antiinflamatorio.

Dosis: 50 mg. cada 6/8 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 200 mg. v.o., 150 mg. i.m.

Efectos secundarios: Dispepsia Gastrointestinal +++.
Hemorragia ++.

Nombre comercial: Voltaren[®] Comp. 50 mg.
Retard 75 mg.
Sup. 100 mg.
Iny. 75 mg.

DoloVoltaren[®], dispersable y de rápida acción,
por lo que es muy interesante en medicina paliativa.

Otros: Aceclofenaco 100 mg. (Airtal[®]), Sulindaco 200 mg. (Sulindac[®]).

Derivados del ácido propiónico

Naproxeno

Efecto: Antiinflamatorio.

Dosis: 250 - 500 mg. cada 12 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 1500 mg.

Efectos secundarios: Dispepsia Gastrointestinal +.
Hemorragia ++.

Nombres comerciales: Naprosyn[®] Comp. y sob. 500 mg.
Sup. 500 mg.

Dexketoprofeno

Efecto: Antiinflamatorio, Analgésico.

Dosis: 12.5 - 25 mg. 6/8 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 100 mg.

Efectos secundarios: Dispepsia Gastrointestinal. +.
Cefalea. +.
Mareo. +.

Nombres comerciales: Enantyum[®] Comp.12.5 - 25 mg.

Ibuprofeno

Efecto: Antiinflamatorio.

Dosis: 400 - 600 mg. cada 12 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 2400 mg.

Efectos secundarios: Dispepsia Gastrointestinal +.
Hemorragia +.

Nombres comerciales: Neobufren[®] Comp. 400 - 600 mg.
Sup. 500 mg.

Comentario: Existe una variedad del ibuprofeno, el Ibuprofeno Arginina, que se caracteriza por su rápida absorción y la casi inmediata aparición de sus efectos farmacológicos cuando se toma en ayunas (Espidifen[®] 400 – 600 mg.)

Otros: Ketoprofeno, Flurbiprofeno.

■ ANALGÉSICOS DE SEGUNDO ESCALÓN

Si tras la administración del medicamento del primer escalón, el dolor persiste o empeora añadiremos al mismo un opioide débil del tipo de la codeína o del tramadol.

Codeína

Efecto: Analgésico.

Dosis: 30 – 60 mg. cada 4 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 360 mg.

Efectos secundarios: Estreñimiento.
Náuseas y vómitos.

Nombres comerciales: Codeisan[®] 30 mg. Comp. y Sup.

Comentario: Se dispone en el mercado de una codeína de liberación controlada, el Tartrato de Dihidrocodeína (Contugesic[®]), disponible en comprimidos de 60 mg. que deben administrarse cada 12 h. La dosis máxima diaria y los efectos secundarios son los mismos que los de la codeína.

Tramadol

Efecto: Analgésico.

Dosis: 50 – 100 mg. cada 6 h.

Dosis máxima diaria (DMD): 400 mg.

Efectos secundarios: Náuseas y vómitos.
Sequedad de boca.
Estreñimiento.

Nombre comercial: Adolonta[®], Tradonal[®] Caps. 50 mg.
Iny. y sup. 100 mg.

Comentario: Podemos utilizar comprimidos de liberación prolongada de tramadol (Adolonta o Tradonal retard[®]), disponible en comprimidos de 50, 100, 150 y 200 mg. La administración se realizará cada 12 horas. También se encuentra disponible en solución y en gotas.

■ ANALGÉSICOS DE TERCER ESCALÓN

Pasaremos al tercer escalón analgésico en el caso de que con las medidas anteriores no se controle el dolor. Cuando el dolor sea de moderado a grave podemos comenzar el tratamiento directamente con opioides mayores.

Al instaurar un tratamiento con opioides deberemos tener en cuenta que:

- La morfina constituye el opioide de elección. Se pueden utilizar también otros agonistas totales como el fentanilo o la metadona.
- Se debe evitar el uso crónico de la meperidina, ya que su metabolito, la norperidina, se acumula y provoca delirio y convulsiones.
- No utilizar agonistas parciales como la buprenorfina ya que:
 - Tienen efecto techo (por encima de una determinada dosis no aumentan la analgesia pero sí provocan más efectos secundarios).
 - Pueden aparecer fenómenos de abstinencia cuando se pasa de un agonista total (morfina) a un agonista parcial (buprenorfina).
- No utilizar opioides con efecto agonista – antagonista como la pentazocina ya que además de los problemas anteriores tienen efectos secundarios psicomiméticos.
- Cambiaremos a un opioide diferente del que estábamos usando, cuando no logremos controlar el dolor; o aparezca toxicidad al mismo.
- En ocasiones será necesario reducir la dosis de opioides:
 - Cuando el dolor disminuya como consecuencia de la utilización de otra técnica.
 - Cuando el paciente presente una sedación excesiva y el control de su dolor sea adecuado.
 - Cuando aparezca insuficiencia renal.
- Siempre que sea posible intentaremos evitar la polifarmacia.

Morfina

- **Efectos:** Analgésico.
Antitusígeno.
Antidiarreico.
Antidisnéico.
- **Efectos secundarios:** Náuseas y vómitos.
Somnolencia.
Estreñimiento.
Confusión y alucinaciones (al inicio del tratamiento).
Sudoración (sobre todo nocturna).

Los **vómitos**, las **náuseas** y la **somnolencia** aumentan durante los 3 ó 4 primeros días de la administración, desapareciendo habitualmente con el uso continuado del fármaco.

Para el **estreñimiento**, en cambio, no se desarrolla tolerancia por lo que tendremos que prescribir laxantes habitualmente.

■ **Presentación:**

- **Forma oral:**

Solución acuosa de morfina.

Sulfato de morfina de liberación inmediata. Sevredol®

Comp. 10 y 20 mg. **Dosis** cada 4 h.

Sulfato de morfina de liberación controlada. MST Continus®.

Comp. 10, 30, 60 , 100 y 200 mg. **Dosis** cada 12 h.

- **Forma parenteral:**

Cloruro mórfico. Amp. de 0,01 gr (10mg).

Amp. de 0,02 gr (20 mg.).

Amp. al 2% de 2 ml. (40 mg.) y 20 ml. (400 mg).

Dosificación: Cada 4 horas.

■ **Pauta terapéutica.**

Para instaurar un tratamiento con morfina seguiremos los siguientes pasos:

1. **Dosificar la morfina.**

En primer lugar procederemos a titular la dosis de morfina para lograr un buen control del dolor. Para ello emplearemos morfina de liberación inmediata. Un comprimido de 10 o 20 mg. cada 4 horas.

2. **Pautar dosis de rescate.**

Se emplean cuando el paciente experimenta dolor entre las dosis programadas y, sobre todo, para el control del **Dolor Episódico**.

Se recomienda utilizar opiodes de vida media corta y un inicio de acción rápido.

La dosis de rescate debe ser de un **5 a 10%** de la dosis diaria total. Si el paciente requiere más de tres dosis de rescate al día será necesario efectuar una nueva valoración.

3. **Tratamiento de los efectos secundarios.**

Todos los pacientes que inician un tratamiento con opiodes deben ser advertidos de la aparición de efectos secundarios, que deben ser prevenidos con:

Antieméticos: Metoclopramida (Primperan®) 10 mg. / 4 –6 h.

Laxantes: Utilizar al mismo tiempo un estimulante y uno o dos ablandadores de las heces, por ejemplo: **Senósidos** (X-PREP® solución) 10 cc., **Lactulosa** (Duphalac®) 10 cc. o

Polietilen – Glicoles (Movicol®) 13 g. y **Parafina** (Hodernal®) 10 cc. dos o tres veces al día.

4. **Tratamiento con morfina de liberación controlada.**

Una vez ajustada la dosis con morfina de liberación rápida se pasará a morfina de liberación retardada. Para su administración se calcula la dosis total diaria de la fórmula de liberación inmediata y se divide en **dos tomas**.

Si la duración de la analgesia es inferior a las 12 horas se podrá reducir el intervalo entre dosis a **1 comprimido cada 8 horas**.

La primera dosis se proporcionará **cuatro horas después** de la última dosis de liberación rápida.

Se prescribirán **dosis de rescate** con fórmulas de liberación rápida, a ser posible del mismo opiode que el de liberación retardada.

Con el paso del tiempo será necesario **incrementar la dosis** para controlar el aumento del dolor. Este aumento se debe por un lado a la progresión del tumor y por

otro a la aparición de fenómenos de tolerancia. El incremento de la dosis dependerá de la respuesta del paciente aunque en general puede aumentarse de un 20% a un 30%. Cada vez que ajustemos la dosis habrá que hacerlo también con las dosis de rescate. El tratamiento con morfina de liberación lenta debe **interrumpirse** en las siguientes situaciones:

- *En caso de un síndrome de dolor inestable.*
- *Cuando aparezca toxicidad por opioides.*
- *En caso de insuficiencia renal.*

5. Tratamiento con morfina por vía parenteral.

La vía parenteral representa una alternativa cuando no es posible utilizar la vía oral. Si es necesario recurrir a la analgesia parenteral, la **vía subcutánea** es la de elección presentando la misma eficacia que la i.v.

En el enfermo oncológico la analgesia por esta vía está indicada en numerosos casos:

- *Intolerancia a opioides orales (náuseas y vómitos persistentes).*
- *Ineficacia de opioides orales.*
- *Imposibilidad de utilizar la vía oral.*
- *En caso de dolor agudo, para obtener efecto rápido.*
- *Mala absorción de la morfina oral.*
- *En los últimos días u horas de vida.*

Cuando se decide pasar a la vía parenteral desde la vía oral debemos tener en cuenta los índices de potencia relativa de la morfina oral con respecto a otras vías de administración:

- *Morfina oral / Morfina rectal: 1 / 1.*
- *Morfina oral / Morfina subcutánea: 2 / 1.*
- *Morfina oral / Morfina intravenosa: 3 / 1.*

La administración subcutánea de morfina puede realizarse en forma de **bolus** o en **perfusión continua**. Aunque ambas parecen tener la misma eficacia analgésica, es preferible la administración continua por ser más cómoda y presentar una menor incidencia de efectos secundarios.

Para este tipo de administración se dispone de varios tipos de bombas. Las diferencias fundamentales entre los **infusores** son: posibilidad de administración de bolus por parte del paciente, la capacidad del reservorio y el tiempo de autonomía, la posibilidad de programar la infusión, etc.

Los que más se usan son los microinfusores portátiles, porque permiten la movilidad del paciente, y dentro de estos los de tipo Baxter®, que están formados por un cilindro transparente que contiene en su interior un reservorio elástico, que una vez cargado con la medicación la van eliminando lentamente.

Existen tres tipos con capacidades de 48, 60 y 275 ml. Y una duración de 1, 5 y 7 días.

Modalidad de infusión:

- La infusión puede efectuarse en cualquier parte del organismo aunque las más utilizadas son la región pectoral o el cuadrante abdominal superior.
- El sitio de infusión debe ser vigilado cotidianamente prestando especial atención a la formación de reacciones inflamatorias o infecciones locales.

- Se deben utilizar agujas de 21 a 25 G en general en forma de palomita.
- Cambiar el sitio de infusión como mínimo cada semana.
- La utilización de hialuronidasa, aunque infrecuente, facilita la absorción del fármaco vía subcutánea.

Fármacos utilizados en infusión subcutánea:

- Haloperidol.
- Cloruro mórfico (fotosensible).
- Dexametasona (ocasionalmente).
- Escopolamina.
- Metoclopramida (ocasionalmente).
- Midazolan.
- Levomepromacina.

■ FENTANILO TRANSDÉRMICO

La vía transdérmica no resulta adecuada para un cambio rápido de la dosis por lo que, a pesar de su comodidad, sólo debe ser utilizada en el dolor relativamente estable.

Para saber la dosis de Fentanilo que debemos prescribir, se calcula la dosis diaria total de morfina que estamos administrando al paciente convirtiéndolas a Fentanilo mediante la utilización de las tablas de conversión facilitadas por el fabricante, aunque la experiencia diaria nos indica que se aproximan más a la realidad las publicadas por Zech, que transcribimos a continuación:

Dosis de morfina oral (mg. / día)	Dosis de fentanilo Transdérmico (µg. / h.)
0 - 88	25
89 - 148	50
149 - 208	75
209 - 268	100
269 - 328	125
329 - 388	150
389 - 448	175
449 - 508	200

- Al iniciar un tratamiento con los parches se debe **superponer** el opioide que estábamos utilizando al parche de fentanilo durante las primeras 12 horas.
- La dosis de fentanilo sólo debe incrementarse cada **3 días**, debido a su larga duración.
- Las **dosis de rescate** (el 10% de la dosis diaria total de fentanilo) se prescribirán utilizando las tablas del fabricante. Se administrará una formula de liberación rápida de otro opioide.
- El parche se reemplazará cada **3 días**.
- Al interrumpir el tratamiento con parches de fentanilo, se deben esperar 12 horas antes de comenzar con la dosis de mantenimiento del nuevo opioide. Mientras tanto utilizar dosis de rescate para controlar el dolor.
- Una elevación de la temperatura en el lugar de aplicación del parche (**fiebre**) condicionará un aumento de absorción del fármaco, pudiendo inducir efectos secundarios.

Los **efectos secundarios** en general son comparables a los que se aprecian con la morfina, aunque parece observarse menor frecuencia de **estreñimiento** cuando se usan parches de fentanilo.

■ FENTANILO ORAL TRANSMUCOSO

Indicado en el dolor episódico en pacientes en tratamiento con opioides bien tolerado y dolor crónico de origen canceroso.

Presentaciones: 200, 400, 600, 800, 1200 y 1600 µgr.

Es importante señalar que la eficacia clínica del fentanilo oral transmucoso varía de un paciente a otro y no puede predecirse a partir de las dosis del opioide de acción prolongada que se esté utilizando. Debe por tanto efectuarse una titulación individual al inicio del tratamiento.

Toxicidad de opioides

Es un cuadro caracterizado por la aparición de mioclonias, delirio, hiperalgesia, alucinaciones y náuseas intratables en personas que toman dosis elevadas de opioides, o durante periodos de tiempo prolongados, o que desarrollan deterioro renal.

La mayoría de los efectos se deben a la acumulación de los metabolitos activos de los opiáceos.

Tratamiento:

- **Hidratación.** Puede utilizarse la vía subcutánea con suero fisiológico (hasta 2 l. /24 h.).
- **Rotación de opioides.**
- **Control de los factores etiológicos agravantes.** Hipercalcemia, uremia.
- **Tratamiento sintomático.**

ROTACIÓN DE OPIODES.

En determinadas circunstancias nos veremos obligados a cambiar a un opioide distinto al que se estaba utilizando, es lo que se conoce como **Rotación de opioides**. Las razones para cambiar de opioides son dos:

- Aparición de toxicidad a los opioides (mioclonias, delirio, hiperalgesia, alucinaciones y náuseas intratables).
- Utilización de dosis excesivamente elevadas de un determinado opioide que determinan que su administración oral o parenteral sea impracticable.

A continuación se recogen las equivalencias analgésicas entre los diferentes opiodes disponibles en España en este momento:

Fármaco	Dosis por vía oral	Dosis por vía parenteral
Morfina	10 mg.	5 mg.
Codeína	130 mg.	
Dihidrocodeína	100 mg.	
Tramadol	60 mg.	50 mg.
Buprenorfina	0,6 – 0,8 mg.	0,2 mg.
Meperidina		40mg
Metadona	1 mg.*	Muy irritante
Parche de fentanilo	Utilizar gráfica	

* Aunque la equivalencia analgésica entre la morfina y la metadona es de 1 mg. de morfina = a 1 mg. de metadona, esto sólo es válido para su administración aguda. En tratamientos crónicos debido a su efecto acumulativo la proporción se aproxima más a 10 mg. de morfina oral = a 1 mg. de metadona.

El fármaco disponible en España para poder realizar la rotación de opiodes es la **metadona**, y debe reservarse para uso hospitalario en Unidades especializadas.

Dosis Inicial: Se pautará entre 1/5 y 1/10 de la dosis de morfina previa. Esta operación se realizará en el transcurso de tres días durante los cuales se irá reduciendo la dosis de morfina previa en 1/3 diario a la vez que aumentamos la de metadona en 1/3 de la dosis diaria total calculada, según el siguiente esquema:

1^{er} día: 2/3 de morfina previa, 1/3 de metadona calculada.

2^o día: 1/3 de morfina previa, 2/3 de metadona calculada.

3^{er} día: Dosis total de metadona calculada.

Frecuencia de administración: Cada 8 horas.

Dosis de mantenimiento: Para calcular la dosis de mantenimiento deberemos esperar entre **3 y 6 días** desde el comienzo de la rotación, ya que este es el tiempo necesario para que se establezca la dosis inicial.

Con la administración de metadona existe un riesgo real de **depresión respiratoria**, que dura entre 1 y 2 semanas desde el inicio del tratamiento, lo que obliga a establecer una estrecha vigilancia durante ese tiempo. Hay que recordar que la vida media de la metadona es muy superior a la de la naloxona por lo que si aparece depresión respiratoria se procederá a instaurar una perfusión continua.

Existen evidencias clínicas, aún no demostradas experimentalmente, que la metadona pudiera tener en el futuro un importante papel en el control del dolor oncológico con componente neuropático. Su actuación sobre los receptores NMDA parece ser la responsable de este efecto.

Si dispusiéramos de otro opioide distinto de la metadona, al cambiar de un opioide a otro deberemos disminuir la dosis del nuevo fármaco en un 20-30% con respecto a las cifras obtenidas al realizar la conversión de un opioide a otro.

■ MEDICAMENTOS COADYUVANTES

Son una serie de medicamentos que, aunque han sido diseñados para otras aplicaciones, utilizados conjuntamente con los fármacos analgésicos potencian la acción de los mismos. Su prescripción no debe ser rutinaria, debiendo reservarse para aumentar la analgesia o para disminuir la presencia efectos secundarios.

En la siguiente tabla se muestran los fármacos coadyuvantes más utilizados:

FÁRMACO	DOSIS (mg./día)	INDICACIONES	E. SECUNDARIOS
FÁRMACO CORTICOIDES			
Metil prednisolona (Solumoderín®), Urbason®)	125 i.v.	Edema perineuronal Anorexia Linfedema	Hemorragia digestiva Insomnio Infecciones oportunistas
Prednisona (Dacortín®)	5 –15 v.o. 50 v.o.	Compresión nerviosa. Hipert. intracraneal	Hipertensión arterial
Dexametasona (Fortecortín®)	4 – 12 v.o, v.s.c. 16 – 24 i.v. 80 – 100 i.v.	Compresión medular	
NEUROLEPTICOS			
Clorpromacina (Largactil®)	10 – 25 v.o.	Tenesmo rectal, Vómito, Hipo, Agitación nocturna.	Síntomas anticolinérgicos (palpitaciones, sequedad de boca), Síntomas motores extrapiramidales, Somnolencia
Haloperidol (Haloperidol®)	2.5 – 5 v.o., s.c.		
ANTIDEPRESIVOS			
Amitriptilina (Tryptizol®)	25 – 150 v.o.	Dolor neuropático disestésico (N. postherpética)	Reacciones anticolinérgicas, Hipotensión, Taquicardia, Palpitaciones, Somnolencia
Clorimipramina (Tofranil®)	25 –100 v.o.		
ANTIIEPILÉPTICOS			
Carbamazepina(Tegretol®)	400 – 600 v.o.	Compresión nerviosa. Infiltración nerviosa	Náuseas, Cefalea, Mareo, Diplopia, Sequedad de boca, Retención urinaria, Visión borrosa, Vértigo, Somnolencia.
Valproato sódico (Depakine®)	400 – 600 v.o.	Dolor neuropático tipo neurálgico.	
Gabapentina (Neurontin®)	300 – 1200 v.o.		
Topiramato (Topamax®)	75 - 200 mg.		
ANSIOLÍTICOS			
Alprazolán (Trankimacín®)	0,5 – 1 v.o.	Ansiedad Contractura muscular.	Sedación, Somnolencia
Midazolán (Dormicum®)	7,5 – 15 v.o. s.c.	Sedación. Insomnio	
Diazepan (Valium®)	10 v.o.		
Loracepan (Orfidal®)	1 – 3 v.o.		
Brotizolan (Sintonal®)	0,125 – 0,5 v.o.		
Clormetiazol (Distraneurine®)			
OTROS FÁRMACOS			
Calcitonina (Tonocaltin®)	100 U.I. i.m.	Dolor óseo.	Hipocalcemia
Clodronato (Mebonat®)	1500 mg. i.v. o s.c.	Dolor óseo, Hipercalcemia	Hipofosfatemia
Pamidronato (Aredia®)	90 mg. i.v.	Hipercalcemia, dolor óseo.	

i.v. = intravenoso, v.o. = vía oral, i.m. = intramuscular, s.c.= subcutáneo.

Antes de iniciar un tratamiento con estos medicamentos se debe mejorar la pauta de opiodes, aumentando la dosis para de esta manera evitar en lo posible el uso de adyuvantes.

Como norma general no se prescribirá de forma simultánea más de un adyuvante.

El objetivo será obtener el máximo alivio del dolor con el mínimo de efectos secundarios.

ANOREXIA

La disminución o ausencia del deseo de comer (pérdida de apetito) está presente en un 86% de los pacientes con cáncer avanzado, representando la principal causa de la caquexia neoplásica. Es más frecuente en pacientes con cáncer gástrico, intestinal y pancreático.

ETIOLOGÍA

Puede deberse a diversas causas como: Dolor; ansiedad, depresión, dificultad de deglución, náusea y vómitos, hipo crónico, diarrea, somnolencia, sequedad de boca, retardo de vaciamiento gástrico, dificultad en la masticación, alteraciones en el sentido del gusto y el olfato, sensación de plenitud gástrica, disturbios metabólicos inmovilidad, liberación de citoquinas inducidas por el tumor (factor de necrosis tumoral, Interleucina 1), inmovilidad, situación ambiental.

CLÍNICA

La pérdida de peso y de apetito es percibida por el paciente y la familia como un empeoramiento de las condiciones de salud y como un momento de dificultad en el transcurso de la enfermedad.

TRATAMIENTO

Es necesario tranquilizar a la familia y al paciente, haciéndoles ver que la reducción del apetito es una situación normal cuando ocurre en el contexto de reducción de la actividad física.

Los **ejes básicos** del tratamiento son:

1. Eliminar la causa. Habitualmente es imposible.

2. Mejorar la calidad de vida.

- Comidas apetecibles.
- Buena presentación.
- No horarios.

3. Recordar siempre:

- No forzar la ingesta.
- Informar y explicar.

4. Fármacos:

- Dexametasona 4 mg./día por vía oral.
- Acetato de Megestrol (Maygace Altas Dosis®) de 400 mg. cada día por vía oral.
- La nutrición enteral y la nutrición parenteral no son adecuadas en la mayoría de los pacientes en fase avanzada.

ANSIEDAD

■ DEFINICIÓN

Sentimiento de aprensión causado por la anticipación del peligro inminente e inevitable que puede ser externo o interno. También se define como miedo intenso a una situación u objeto no definido.

■ CAUSAS

1. **Enfermedad avanzada terminal.** Este trastorno ocurre más frecuentemente en quien han estado enfermos periodos más prolongados.
2. **Factores psicológicos** relacionados con la muerte y el proceso de morir y los planteamientos existenciales típicos principalmente en aquellos que no presentan síntomas de confusión.
3. **Incertidumbre** hacia su futuro y el de su familia.
4. **Síntomas mal controlados** sobre todo el dolor y la disnea. El miedo al sufrimiento físico es el factor desencadenante más común.
5. La más frecuente es causa **orgánica** que generalmente surge de:
 - Alguna complicación médica de la enfermedad.
 - Puede ser secundaria al empleo de fármacos (corticoides).
 - Síndrome de abstinencia (opioides, alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos).
 - Enfermedades endocrinas (hipertiroidismo, feocromocitoma, hiperadrenocorticismos).
 - Enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, arritmias, embolismo pulmonar).
 - Enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hiperventilación).
 - Enfermedades neurológicas (encefalitis, síndrome vestibular).
 - Enfermedades metabólicas (déficit de vit. B12, porfirias).
 - Tumor primitivo o metastásico cerebral.

Los trastornos de ansiedad previos al diagnóstico de cáncer más frecuentes son crisis de pánico y trastornos fóbicos.

■ TIPOS DE ANSIEDAD

1. **Ansiedad reactiva:**

- Trastorno adaptativo con reacción ansiosa.
- Trastorno adaptativo con emociones mixtas.

2. **Ansiedad preexistente:**

- Ataque de pánico.
- Fobias.
- Trastornos por ansiedad generalizada.
- Trastorno postraumático.

3. **Ansiedad orgánica:**

- Dolor o disnea no controlado.
- Efectos secundarios de medicación.
- Tumores productores de hormonas.

- Síndrome de abstinencia.
- Causas metabólicas.

■ SÍNTOMAS

Combinación compleja de síntomas físicos y psíquicos. Los pacientes pueden aquejar de tensión o inquietud, hiperactividad, insomnio, incapacidad para mantener la atención, fatiga, aprensión y preocupación excesiva, sudoración, palpitaciones, cefalea tensional, náuseas, diarreas.

■ CONSECUENCIAS

Se va a traducir en:

- Disminución del apetito.
- Pérdida de peso.
- Cansancio físico y mental.
- Tensión muscular.
- Fatiga constante.
- Dolor.
- Percepción negativa del entorno y de sí mismo que puede acabar en depresión.

■ TRATAMIENTO

Medidas no farmacológicas

1. Psicoterapia de apoyo

- Escuchar al paciente y permitirle expresar sus sentimientos, miedos, ira.
- Disponer de una persona de apoyo que acompañe al paciente siempre que sea posible.
- Los apoyos sociales proporcionados por la familia, los amigos, la comunidad y los grupos religiosos son importantes. Valorarlos y, si es necesario recurrir a ellos.
- Clarificar la situación médica y sus implicaciones.
- Las noticias tranquilizadoras deben de ser realistas.
- Asegurar al paciente que va a recibir una asistencia continuada.
- La educación del paciente es fundamental. Corregir las ideas erróneas relativas a la enfermedad, el tratamiento o el proceso de la muerte.

2. Técnicas conductuales

- Relajación.
- Imaginación guiada.

La presencia de confusión limita seriamente la posibilidad del enfermo de beneficiarse de estos procedimientos. Los fármacos han demostrado ser más eficaces que la relajación en pacientes cancerosos no terminales con niveles de ansiedad elevados.

Medidas farmacológicas:

1. Ansiolíticos:

Benzodiacepinas: Son los fármacos de elección por ser los más seguros y eficaces. Están indicadas en aquellos procesos en los que la sensación de ansiedad o sus manifestaciones corporales pueden llegar a ser incapacitantes.

Sería preciso desterrar el concepto de vida media para la utilización de las benzodiacepinas. Actualmente el uso de estos ansiolíticos viene marcado por dos nuevos conceptos farmacodinámicos que son:

- Coeficiente de afinidad: que es la afinidad de las benzodiazepinas por el receptor GABA.
- Factor de acumulación: que es la capacidad acumulativa del producto en el organismo, que es inversamente proporcional a su coeficiente de eliminación.

Con estos dos conceptos definiríamos la benzodiazepina ideal tanto para uso en ancianos como en pacientes terminales de la siguiente manera:

- **En ancianos:** Una benzodiazepina con alto coeficiente de afinidad y bajo factor de acumulación para disminuir el riesgo de confusión, amnesia, o torpeza psicomotora. Para estos pacientes los fármacos recomendados son:
 - Clonazepam (Rivotril) a dosis de 0.5- 2 mg./ día. v.o.
 - Oxazepam (Suxidina) a dosis de 10- 30 mg./ día v.o.
- **En los enfermos terminales:** que es recomendable evitar discontinuidad y que los efectos secundarios de las benzodiazepinas son menos importantes son útiles:
 - Lorazepam (Orfidal®) a dosis de 0,5 -1 mg./ 8 h. v.o. o sublingual.
 - Clorazepato (Tranxilium®) a dosis de 5 -10 mg./ 8h. v.o.
 - Alprazolam (Trankimazin®) 0,25-1 mg./8 h. v.o.
 - Midazolam (Dormicum®) 7,5 mg. v.o. ó 15-60 mg. en perfusión de 24 horas subcutánea.

Sería preciso desmitificar una benzodiazepinas de uso común como es el Bromazepam (Lexatin®) que por su toxicidad hepática (radical bromo) se desaconsejaría su uso en ancianos y enfermos terminales.

Beta-Bloqueantes:

- Sactal a dosis de 100- 400 mg. Sólo útil en síntomas físicos de ansiedad (“Track del orador”).
- Propranolol (Sumial®) sobre todo para controlar palpitaciones o molestias gástricas, a dosis bajas.

2. Antidepresivos:

- Los tricíclicos a dosis menores que en la depresión son útiles sobre todo si hay trastornos de angustia. Pueden tomarse conjuntamente con las benzodiazepinas en el caso de existir comorbilidad con depresión mayor. Además estos fármacos tienen efecto antiálgico especialmente la Clomipramina (Anafranil®) y Amitriptilina (Tryptizol®).
- Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Se deberán utilizar ansiolíticos prácticamente siempre, y antidepresivos en muchas ocasiones.

3. Otros

- Antihistamínicos sedantes: Hidroxicina (Atarax®) 50 mg./ 8 h.
- Barbitúricos.
- Clometiazol (Distraneurine®). Desprovisto de efectos adversos de las benzodiazepinas.
 - Anastomosis peritoneo-venosas.
 - Cirugía radical.

ASCITIS MALIGNA

■ CONCEPTO

Líquido libre en cavidad peritoneal.

■ ETIOLOGÍA

- **Carcinomatosis peritoneal.**
 - Tumores intraabdominales.
 - Tumores digestivos.
 - Tumores ováricos.
 - Carcinoma peritoneo primario.
 - Tumores extraabdominales.
 - Mama y pulmón fundamentalmente.
- **Ascitis quilosa: Linfoma.**

■ CLÍNICA

Precoces.

- Distensión abdominal con aumento del perímetro abdominal.
- Saciedad precoz.
- Molestias abdominales vagas.

Tardíos.

- Dificultad para deambular.
- Disnea progresiva.
- Caquexia.

■ TRATAMIENTO

Medidas dietéticas

- Disminuir la ingesta de sal.

Fármacos

- Diuréticos inhibidores de la aldosterona y de asa.
 - **Aldactone®** 50 mg. cada 12 horas.
 - **Seguril®**, 20 mg. cada 6 horas.
 - Aumentar dosis, pudiendo llegar a 200 mg./día de **Espironolactona** y 120 mg. /día de **furosemida**.

Paracentesis evacuadora.

Drenaje Abdominal Externo permanente.

Otros procedimientos.

Se utilizan en casos muy concretos, dependiendo siempre del pronóstico e intentando defender por encima de todo, la calidad y el confort del paciente.

- Quimioterapia intraperitoneal.

DELIRIUM (ESTADO CONFUSIONAL AGUDO)

■ DEFINICIÓN

Es un cuadro mental agudo o subagudo que afecta a la cognición y la atención con una disminución del nivel de conciencia, una actividad psicomotriz anormalmente aumentada o reducida, y un trastorno del ciclo sueño-vigilia.

Se desarrolla a lo largo de un breve periodo de tiempo, habitualmente horas o días y tiende a fluctuar a lo largo del día. Un 80 % de los pacientes terminales con cáncer desarrollan delirio en las últimas semanas de la vida.

■ CAUSAS

Suele ser multifactorial y ocasionalmente no se identifica ninguna causa específica. Pero esto no debe impedir la búsqueda de las causas subyacentes ya que un número importante de casos son reversibles.

Hay que distinguir entre los factores que predisponen al paciente y los que lo desencadenan, aunque alguno de ellos, como el uso de medicamentos psicoactivos, pueden tanto predisponer como precipitar o mantener un delirium.

Factores predisponentes

- Edad avanzada.
- Demencia, otras enfermedades del SNC.
- Alteraciones metabólicas y electrolíticas.
- Medicamentos psicoactivos, alcohol.
- Infecciones.
- Pérdida de visión.
- Tasa de uremia/ creatinina elevada.

Factores precipitantes

- Malnutrición.
- Sondajes vesicales.
- Medicaciones.

Las causas más frecuentes son:

- Farmacológicas (opioides, benzodiazepinas, antidepresivos, AINES, digital, diuréticos, anticolinérgicos y antiparkinsonianos, cimetidina, antihipertensivos).
- Infecciones: especialmente respiratorias y urinarias.
- Enfermedades que cursan con hipoxemia (insuficiencia cardíaca, patología pulmonar).
- Metabólicas: trastornos electrolíticos, malnutrición, deshidratación, hiper/hipotiroidismo, hiper/hipoglucemia.
- Procesos compresivos cerebrales: tumores, hematoma subdural, abscesos cerebrales, metástasis cerebrales.
- Retención urinaria, impactación fecal.

■ CLÍNICA

- Alteración del nivel de conciencia y de la atención.
- Trastornos en la esfera cognitiva (memoria, lenguaje, orientación).
- Trastornos del comportamiento psicomotor (agitación, somnolencia, perplejidad).
- Alteraciones perceptivas (ilusiones, alucinaciones, falsos reconocimientos).
- Alteraciones emocionales (ansiedad, depresión, euforia, irritabilidad, miedo).
- Trastornos del ciclo sueño-vigilia.
- Síntomas somáticos (incontinencia, alteración de la marcha, afasia, trastornos del lenguaje, temblor, taquicardia, HTA, sudoración).

Subtipos clínicos de delirio:

Hiperactivo: confusión + agitación ± alucinaciones ± mioclonias ± hiperalgias.

Hipoactivo: confusión + somnolencia ± retirada.

Mixto: características de los dos anteriores.

■ CONSECUENCIAS

- Pueden dificultar la valoración del dolor y de otros síntomas provocando un uso excesivo de opiodes que agravarían la situación.
- Es una causa común de malestar para los pacientes, familias y los cuidadores.
- La retención urinaria y el estreñimiento frecuente en estos pacientes puede confundir con un delirio agitado.
- Es frecuente que el delirio cause una prolongación de la estancia hospitalaria y se asocie con una mayor mortalidad.

■ TRATAMIENTO

Medidas no farmacológicas:

Mejorar el ambiente:

- Ventana en la habitación.
- Luz nocturna.
- Objetos familiares cerca.
- Evitar sobreestímulos o deprivación sensorial.
- No juntar nunca dos pacientes delirantes en la misma habitación.

Proporcionar **confort**:

- Control del dolor.
- No interrumpir el sueño nocturno.
- Nutrición adecuada.

Soporte **psicosocial**:

- Continuidad del equipo que la atiende.
- Soporte familiar suficiente.
- Explicar a la familia la naturaleza transitoria y las características del delirium, ya que supone una experiencia principalmente estresante.

Medidas farmacológicas:

Tratar las causas subyacentes:

- Sepsis: tratamiento antibiótico si es adecuado y tras comentar la opción del tratamiento con el paciente y la familia.
- Fármacos. Dejar de administrar los posiblemente causantes. "Wash out" (lavado medicamentoso máximo posible).
- Deshidratación.
- Hipercalcemia.
- Hipoxia.
- Retención urinaria y estreñimiento.
- Toxicidad por opioide: rotar a otro opioide.

Tratamiento de los síntomas del delirio:

Agitación/ alucinaciones: el fármaco de elección es el **Haloperidol**[®] a dosis de 5 mg. v.o. por la noche, si no cede se aumentará la dosis a 10-20 mg./ día repar-

tido en 2-3 tomas ya sea por v.o. o por **vía subcutánea**. Hay que tener en cuenta que en el paciente anciano la dosis debe de ser inferior.

Actualmente se recomienda por su bajo perfil de efectos secundarios la **Risperidona** (Risperdal[®]) a dosis de 1-3 mg. cada día en solución oral.

Si se quiere conseguir un efecto sedativo se utilizará la **Clorpromacina** (Largactil[®]) a dosis de 10- 25 mg./ v.o. cada 6 horas hasta alcanzar una dosis de 150 mg./ v.o./ 24 horas.

Algunos estudios experimentales han demostrado la eficacia del **Metilfenidato** (Rubifen[®]) a dosis de 15 a 30 mg. cada día repartidos en tres tomas, en el tratamiento del delirio hipoactivo.

En muy pocas ocasiones es necesaria la sedación por agitación incontrolada con **Midazolán**. Cuando así sea, iniciar el tratamiento con **infusión subcutánea** continua a 1mg./hora y dosificar hasta un máximo de 4 mg./hora.

DEPRESIÓN

Podemos definir la depresión como un sentimiento patológico de tristeza, inaccesible al razonamiento lógico. Se caracteriza por una baja en estado de ánimo o por pérdida de interés por el placer en casi todo lo que antes se lo producía al paciente.

Puede ser una reacción contra lo que la enfermedad ha podido provocar en su vida (ej.: la pérdida del trabajo, apuros económicos, falta de ayuda, soledad y aislamiento de amigos y familia) o bien puede ser la anticipación de la pérdida de la vida que se producirá al final.

■ CAUSAS

La mayoría de los trastornos de la afectividad en pacientes terminales pueden encuadrarse:

- Trastorno adaptativo con reacción depresiva.
- Episodio depresivo mayor.
- Trastorno depresivo orgánico. Existen múltiples causas:
 - Metabólicas: hipercalcemia.
 - Endocrinas: hipotiroidismo.
 - Farmacológicas:
 - *Citostáticos.*
 - *Beta-bloqueantes.*
 - *Tamoxifeno*
 - *Benzodiazepinas.*
 - *AINES*
 - *Esteroides.*
 - *Interferón*
 - *Metoclopramida.*
 - *Metronidazol*
 - *Quinolonas.*
 - *Algunos antibióticos.*
 - Metástasis cerebrales.
 - Radioterapia holocraneal.
 - Síndrome paraneoplásico.

■ CLÍNICA

En los pacientes con cáncer, los síntomas **somáticos** (anorexia, astenia, insomnio, pérdida de peso) son de escaso interés como criterio diagnóstico ya que son una consecuencia frecuente en el cáncer avanzado.

Los síntomas **psicológicos** son más característicos como:

- Sentimientos de inutilidad.
- Sentimientos de culpa.
- Anhedonia profunda.
- Pensamientos de “deseo de muerte”.
- Sentimientos de desesperación.
- Ideas suicidas: la presencia de dolor no controlado, desesperanza y pérdida de control puede ser la causa.

■ CONSECUENCIAS

- Disminución de peso.
- Disminución del apetito.
- Pérdida de la íbido.
- Trastornos del sueño (insomnio inicial y tardío, despertares múltiples, hipersomnía)
- Cansancio físico y mental.

■ TRATAMIENTO

Medidas no farmacológicas

- **Psicoterapia de apoyo.**
 - Explorar los temores sobre la enfermedad y el pronóstico.
 - Fomentar los apoyos familiares y sociales.
 - Asegurar un cuidado continuado.

Medidas farmacológicas

Buscar las condiciones clínicas que pueden simular la depresión y tratarlas: metabólicas, endocrinas, farmacológicas.

Antidepresivos: hay que monitorizar los posibles efectos secundarios ya que estos son comunes y puedan resultar problemáticos especialmente en los pacientes de más edad o en los pacientes débiles.

Los fármacos más utilizados son:

- **Antidepresivos tricíclicos:** provocan diferentes grados de sedación, efectos secundarios anticolinérgicos y cardiovasculares.

Los pacientes con ansiedad y/o insomnio son tratados con un antidepresivo sedante, por ejemplo la **Amitriptilina** (Tryptizol®) a dosis bajas 10-25 mg. por vía oral en el momento de acostarse e incrementarse lentamente durante varias semanas. Los pacientes deprimidos con cáncer responden terapéuticamente a dosis mucho más bajas que las necesarias habitualmente para los pacientes físicamente sanos y presentan un efecto analgésico añadido.

Los pacientes con problemas de retención urinaria, disminución de la motilidad intestinal necesitan fármacos con menos efectos anticolinérgicos, por ejemplo la Nortriptilina o Maprotilina.

- **Inhibidores selectivos de recaptación postsináptica de serotonina (SSRI).** Estos fármacos tienen menos efectos secundarios y sedantes que los antidepresivos tricíclicos. Las náuseas son un efecto colateral frecuente y ocasionalmente pueden

producir un breve periodo de incremento de la ansiedad. Los más característicos son: fluoxetina, paroxetina, setralina, fluvosamina.

- Un tercer tipo de fármacos útiles en la depresión del anciano son las nuevas moléculas: **Mirtazapina** (Rexer®) a dosis de 30 mg./ 24 h. y **Nefazodona** (Dotunin®) a dosis de 100-200 mg./ 24 h. que por su poder sedativo y ausencia de efectos secundarios son útiles en las depresiones con ansiedad e insomnio asociado, favoreciendo la monoterapia.

Muchas veces controlando el dolor se puede evitar la utilización de antidepresivos.

DIARREA

■ DEFINICIÓN

Evacuación de heces líquidas y/o el aumento del número de las deposiciones. Se asocia sensación de urgencia, malestar perianal e incontinencia.

Con la excepción de los pacientes con SIDA, es mucho menos frecuente que el estreñimiento en los pacientes con enfermedad avanzada. Menos del 10% de los ingresados por cáncer en hospitales o unidades de cuidados paliativos tienen diarrea.

■ ETIOLOGÍA

- Drogas.
 - Laxantes.
 - Antibióticos.
 - Antiácidos.
 - Quimioterapia (5-Fluorouracilo, cisplatino, tegafur).
 - Otros: Ácido mefenámico, indometacina, hierro.
- Radioterapia.
- Oclusión intestinal: Incluyendo la impactación fecal.
- Proceso concurrente: Enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus, hipertiroidismo, etc.
- Trastornos dietéticos.
- Tumor:
 - Colon y recto: Adenoma vellosa.
 - Pelvis.
 - Páncreas (islotas).
 - Carcinoide.
 - Fístula.
- Malabsorción.
 - Pancreática: Cáncer o insuficiencia.
 - Gastrectomía.
 - Resección ileal.
 - Colectomía.
- Infección.

■ FISIOPATOLOGÍA

La diarrea puede ser fuerte y rápidamente debilitante en pacientes con enfermedad avanzada debido a la pérdida de líquidos y electrolitos, ansiedad para no ensuciarse por incon-

tinencia, y el esfuerzo adicional de los repetidos traslados al water. La causa más frecuente es el uso incorrecto de laxantes, alterando la frecuencia o dosis de las tomas. Entre ancianos sin enfermedad maligna, ingresados en hospitales por diarrea, más de la mitad de los casos son pseudodiarreas, secundarias a impactación fecal con sobreflujo. La impactación fecal es también frecuente en pacientes tratados con opioides, anticolinérgicos, o hidróxido de aluminio, y su tratamiento se expone con el estreñimiento. La radioterapia en abdomen o pelvis cursa con diarrea por alteración mucosa de la liberación de prostaglandinas y malabsorción de sales biliares. La diarrea secundaria a malabsorción cursa con esteatorrea, ya sea por insuficiencia pancreática exocrina o malabsorción de sales biliares.

■ MANEJO

Consideraciones generales:

- Descartar previamente **pseudodiarrea** por impactación fecal, con razonable seguridad (tacto rectal, enema opaco).
- Intentar, en la medida de lo posible, efectuar el **tratamiento etiológico** del cuadro. Para ello es imprescindible una cuidadosa valoración de la historia clínica, en cuanto a extensión tumoral, tratamientos con cirugía o radioterapia, ritmo intestinal previo, tratamiento farmacológico actual, frecuencia y aspecto de las deposiciones, curso evolutivo de la diarrea, etc.
- Dieta hídrica o astringente, **reposición hidroelectrolítica** (limonada alcalina).

Específicas:

- Drogas.
 - Supresión, cambio o ajuste de dosis.
 - Por 5-fluorouracilo: Octreotida a las dosis después indicadas.
- Radioterapia.
 - Naproxeno: Como el AAS y otros AINEs inhiben las prostaglandinas, las cuales incrementan la secreción intestinal de agua y electrolitos (**Evitar ácido mefenámico e indometacina!**).
 - Colestiramina a las dosis abajo indicadas.
 - Octreotida.
- Oclusión intestinal e impactación fecal.
 - Ver protocolos específicos.
- Proceso concurrente.
 - Enfermedad inflamatoria intestinal: mesalazina y esteroides, etc.
- Diarrea pancreática.
 - Enzimas pancreáticas (amilasa + lipasa + proteasas, Kreon®), ajuste individual de las dosis.
 - Ranitidina u otros antagonistas H₂.
- Carcinóide.
 - Ciproheptadina.
 - Octreotida.
- Diarrea biliar.
 - Colestiramina: 4-8 g. cada 8h. Resina quelante de los ácidos biliares en el colon.
- Infección.

- Según coprocultivo y antibiograma.
 - SIDA: Ver protocolo específico.
 - Colitis pseudomembranosa: Vancomicina 125 mg. cada 6 h. + Metronidazol 400 mg. cada 8 h.
 - Cryptosporidium: Octreotida.
- Síndrome de Zollinger-Ellison.
- Omeprazol: 60 mg. / día. D. mantenimiento: 20-120 mg. / día.
Si > 80 mg. / día, fraccionar en dos tomas cada 12 horas.
 - Octreotida.

Tratamiento sintomático:

- Antidiarreicos.
- Absorbentes: Pectina, tanato de gelatina.
 - Loperamida (Fortasec ®, cápsulas 2 mg., gotas 0.2 mg. / ml.).
Opioide, no efecto SNC, potencia antidiarreica > 60 veces codeína.
D. inicial: 4 mg. + 2 mg./deposición hasta D. máxima = 16 mg. / día.
- Opiáceos.
- Útiles si dolor intenso asociado.
 - Dihidrocodeína: 60 mg. / 12 h o Morfina: 10-60 mg. / 12 h.
- Octreotida.
- Análogo de la somatostatina, más barato.
 - Inhibe la acción de hormonas gastrointestinales, y modula la función gastrointestinal, disminuyendo la secreción y motilidad gástrica y entérica.
 - Eficaz en criptosporidium, carcinoide y Zollinger-Ellison, tumores endocrinos digestivos (Síndrome de Verner-Morrison) y enteritis actínica refractaria a otras medidas.
 - Sandostatin ®, solución inyectable, vía s.c., control glucemia.
D. inicial: 0,05 mg. / 12-24 h. D. mantenimiento: 0,1-0,2 mg. / 8 h.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA DISNEA

■ DEFINICIÓN

Sensación subjetiva de falta de aire y dificultad respiratoria; intensidad variable según la sensibilidad individual. Datos objetivos: taquipnea, utilización de musculatura accesorio, respiración superficial.

Se presenta en el 50% de todos los cánceres avanzados y, cuando el tumor es broncogénico, llega su incidencia al 70%.

■ ETIOLOGÍA

Debidas al propio cáncer: invasión del parénquima pulmonar, linfangitis carcinomatosa, derrame pleural, obstrucción de la vena cava superior; derrame pericárdico, ascitis con distensión abdominal, obstrucción de la vía aérea, etc.

Debidas al tratamiento específico del cáncer: neumonectomía, radioterapia y posterior fibrosis, quimioterapia con fármacos potencialmente lesivos tipo Bleomicina, Adriamicina, etc.

Debidas a otras causas: potencialmente reversibles dependiendo de la fase de la enfermedad en que nos encontremos: anemia, insuficiencia cardíaca, infección respiratoria, acidosis metabólica, asma bronquial, obstrucción crónica al flujo aéreo, ansiedad, etc.

Debidas a la situación de deterioro general por enfermedad avanzada: caquexia, dificultad para la expulsión de secreciones respiratorias, atelectasia, infecciones respiratorias de repetición, embolismo pulmonar, etc.

■ VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Como consecuencia de la percepción de disnea por parte del paciente se produce ansiedad con respiración acelerada, menos profunda. Como consecuencia aumenta el espacio muerto relativo en la vía aérea, aumento de la demanda de oxígeno por los músculos respiratorios, aumento del gasto cardíaco, entonces la ventilación es más ineficaz incrementándose la sensación de angustia y produciéndose más taquipnea con lo cual llegamos a un círculo cerrado.

No olvidar la interrelación sintomática: al aumentar el esfuerzo y el trabajo respiratorio se puede incrementar otros síntomas por ejemplo **dolor secundario** a metástasis óseas a nivel costal o de columna vertebral.

Angustia secundaria a disnea que puede producir insomnio rebelde al tratamiento.

Consideramos importante la exploración física para descartar signos físicos que confirmen una determinada etiología. Así como procedimientos diagnósticos tipo Rx, tórax, electrocardiograma, hemograma y oximetría transcutánea.

■ TRATAMIENTO

■ Consideraciones generales:

1. Tener en cuenta el grado de disnea referido por el enfermo. Explicar al enfermo y familia la situación frente a la que nos encontramos; evitar actividad que produzca disnea o si no es posible, administrar fármacos usados en el tratamiento sintomático 30-45 minutos antes de la actividad desencadenante de la misma. Muy importante **estar acompañado**.
2. Tratamiento **etiológico**: en caso de infección, fallo cardíaco, obstrucción reversible de la vía aérea, transfusión en caso de anemia, y tratamiento del proceso neoplásico de base: quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia si estuviera indicado.

3. Medidas **no farmacológicas**: ambiente relajado, técnicas de relajación, acompañamiento de forma continua, disminución de actividad física de acuerdo a sus limitaciones, posición adecuada, fisioterapia respiratoria.

■ Fármacos

• Opioides

- **Morfina**: Disminución de la sensibilidad del centro respiratorio con lo cual disminuye la taquipnea debido a un doble mecanismo: por una parte acción sobre los núcleos protuberanciales disminuyendo la frecuencia respiratoria y por otro lado sobre los centros bulbares disminuyendo la respuesta al CO₂.

Inicio con dosis bajas:

Sulfato de morfina: 10 mg. cada 12 horas.

Clorhidrato de morfina: 3 mg. cada 4 horas.

Si previamente tomaban opiáceos por otra sintomatología aumentar la dosis en un 30 al 50%.

• Psicotropos

- **Fenotiazinas**: A menudo se asocia a morfina por efecto adyuvante. Tienen efecto ansiolítico y sedante.

Clorpromacina: 0.5 mg. caa 6 horas.

- **Benzodiazepinas**: Diazepan: 2.5 mg. cada 8 horas de inicio y aumento gradual si precisa.

- **Buspirona**: Ansiolítico no benzodiazepínico y agonista serotoninérgico: eficaz en pacientes con EPOC y desórdenes de ansiedad a dosis de 15 a 45 mg./día.

- **Corticoides**: Indicados en broncoespasmo, 20-30% de enfermos con EPOC mejoran con tratamiento crónico con corticoides.

- **Dexametasona**: 0.5 mg./Kg. cada 8 horas, 4 mg. cada 6 u 8 horas.

- **Prednisona** 10 a 40 mg. / día.

- **Broncodilatadores**: Si estuvieran indicados.

- **Oxigenoterapia** si tenemos evidencia de hipoxemia.

Produce alivio en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva y enfermedad intersticial.

- **Soporte ventilatorio**:

En pacientes con severos desórdenes neuromusculares, podría estar indicada la ventilación con presión positiva continua o intermitente mediante mascarillas nasales o faciales.

Derrame pleural:

Confirmada etiología neoplásica.

Drenaje.

Si son frecuentes y no existe contraindicación (atelectasia, pronóstico de vida excesivamente corta, diátesis hemorrágica) podría estar indicada pleurodesis con tetraciclinas o Bleomicina una vez vaciado el derrame.

Neumotórax a tensión:

Si es sintomático y con compromiso vital, indicación de drenaje con sello bajo agua. Si no fuera posible o no estuviera indicado: administración de opioides para disminuir la disnea, tos y dolor; junto con oxigenoterapia.

Linfangitis carcinomatosa:

Corticoides: prednisona o dexametasona a dosis suficientes.

Sedantes respiratorios que disminuyan sensación subjetiva de disnea: tipo opiáceos, benzodiazepinas o fenotiacinas.

Síndrome de compresión de vena cava superior:

Causas: C. de pulmón, linfomas, adenopatías mediastínicas, trombosis venosa profunda secundaria a catéter central, fibrosis mediastínica, etc.

Clínica: Edema en esclavina: cara, cuello y extremidades superiores; ingurgitación yugular; circulación colateral en tórax, cianosis, plétora facial, cefalea y disnea.

Tratamiento: Medidas generales: Elevación de la cabecera de la cama, oxigenoterapia, corticoides y diuréticos, radioterapia o quimioterapia, si estuviera indicada (ej.: en microcítico de pulmón o linfoma).

Recidiva o resistencia al tratamiento sería indicación de endoprótesis vascular.

Disnea severa persistente:

Cloruro mórfico 2 mg. i.v. ó s.c. seguido de 1 mg. / min. hasta 10 mg., reevaluar y si fuera preciso repetir dosis.

Disnea y situación de agonía:

Cuando la disnea se vuelve intratable es preciso disminuir la conciencia del enfermo. Sería una indicación de sedación.

Ataque de pánico respiratorio:

Midazolán s.c. 5 mg. e ir aumentando si precisa.

Añadir morfina de forma s.c. ó i.v. 5 mg.

Si tomaba ambos previamente aumentar la dosis en un 50%.

Otra posibilidad: Diazepam sublingual ó i.v. de 2 a 10 mg.

Sofocación:

Obstrucción o compresión aguda irreversible de vías respiratorias.

Actuación:

- Presencia física del profesional sanitario de forma continua hasta el fallecimiento.
- Sedación hasta conseguir desconexión o inconsciencia del paciente: **Midazolán** 20 a 40 mg. (estas dosis son orientativas ya que deben ser individualizadas para cada paciente), que es compatible con morfina y se puede asociar además a escopolamina de forma parenteral ambos.
- Soporte emocional.

Estertores premortem:

Son los ruidos percibidos con los movimientos respiratorios del paciente, provocados por acumulación y vibración de las secreciones en el árbol bronquial; información a la familia del tratamiento lo más precoz posible pues una vez han aparecido es muy difícil la supresión.

Usamos **L-hioscina** (escopolamina), 0,5 mg. s.c. cada 4 horas, similar a atropina pero con menos efecto taquicardizante y acción sedante a nivel de sistema nervioso central

En su defecto se puede usar **metil bromuro de hioscina** (D- hioscina) de 10 a 20 mg. cada 6 horas con posibilidad de aumentar la dosis si fuera necesario.

EDEMA

■ DEFINICIÓN

Acumulación excesiva de líquidos demostrado clínicamente: hinchazón, fóvea al presionar con el dedo.

Edema en extremidades inferiores: más frecuente por insuficiencia venosa, varices, pigmentación cutánea.

Edemas generalizados: acumulación excesiva de agua en el espacio intersticial asociado a aumento de la retención renal de sodio.

Favorecido por aumento de la presión hidrostática o disminución de la presión oncótica.

■ ETIOPATOGENIA

Con disminución del volumen efectivo circulante:

- Insuficiencia cardíaca congestiva.
 - Cirrosis hepática más ascitis.
 - Síndrome nefrótico.

Con aumento del volumen efectivo circulante:

- Glomerulonefritis aguda.
- Insuficiencia renal.

Edemas por fármacos: vasodilatadores, AINES, estrógenos, glucocorticoides.

Hipotiroidismo.

Edema cíclico idiopático.

Edemas localizados:

obstrucción venosa: trombosis, compresión tumoral.

obstrucción linfática: compresión tumoral.

- Edema por éxtasis de una extremidad inferior paralizada.
- Aumento de la permeabilidad capilar: inflamación, traumatismos, quemaduras.
- Reacciones alérgicas, obstrucción vena cava superior. Causan edema facial localizado.
- Edema en extremidades inferiores: puede ser por causa localizada. Ej.: obstrucción cava inferior; compresión debida a ascitis o masa abdominal.
- Ascitis e hidrotórax son formas de edema localizado.

■ ESTADOS EDEMATOSOS, TRATAMIENTO

- Tratamiento de la enfermedad de base.
- Reposo en cama, elevación de las extremidades inferiores, medias elásticas.
- Restricción salina, dieta hiposódica. Si hiponatremia disminuir ingesta de agua.
- Diuréticos.

Si no es suficiente

- Pleurocentésis o paracentésis.
- Expansión del volumen plasmático mediante perfusión de plasma o soluciones hiperoncóticas de albúmina.
- Tratamiento con IECA y vasodilatadores en insuficiencia cardíaca.

LINFEDEMA

Se define como la etapa final de un fallo del sistema de drenaje linfático.

■ TIPOS

Primario:

Anormalidad linfática congénita. Si es hereditaria, se llama enfermedad de Milroy.

Secundario:

Edema obstructivo: por un traumatismo, proceso maligno, secundario a cirugía. En zonas tropicales puede ser debido a filariasis.

Edema linfovenoso: insuficiencia venosa que acaba sobrecargando el sistema linfático.

Edema de gravedad: sobrecarga del sistema linfático debido a la falta de propulsión muscular dentro del miembro. Más afectación en miembros inferiores.

■ TRATAMIENTO

- Cuidados de la piel: muy importante mantener y cuidar la piel en las mejores condiciones posibles. Higiene diaria, después crema hidratante suave que es aconsejable aplicar con movimientos ligeros en dirección al tronco. Especial atención entre los dedos de manos y pies tanto en el lavado, secado y en la hidratación.
- Masaje simple: con una serie de movimientos suaves para mejorar la circulación linfática, también ayuda a reblandecer tejidos fibróticos.
- Posición del miembro:
 - Brazo: descansar sobre un cojín con la mano un poco más alta que el codo, en posición semi-extendida.
 - Pierna: evitar estar sentado, la posición ideal sería reclinado con las piernas apoyadas en toda su longitud.
- Ejercicios especiales: hacer movimientos con el fin de mantener la movilidad y el bombeo muscular que ayuda a la circulación, de forma moderada.
 - Brazos: flexión suave de codo muñeca y dedos, si está afectada la axila hacer ejercicios de hombros para mantener elasticidad y movilidad.
 - Piernas: movimientos de flexión y extensión de rodilla y tobillo.
- Dieta: aconsejable mantener un peso normal y evitar la obesidad.
- Prendas de compresión: mangas o medias elásticas usadas por los pacientes para mantener el tamaño y la forma del miembro.
- Tratamientos aplicados por especialistas: Se denomina terapia compleja física, que se compone de drenaje linfático manual, vendajes de capas múltiples y ejercicios específicos.
- Otros tratamientos:
 - Diuréticos:** utilidad limitada sólo en casos de influencia vascular.
 - Bencinas:** han sido abandonadas por provocar casos de insuficiencia hepática.

ESTREÑIMIENTO

■ DEFINICIÓN

Es el paso de escasas heces duras, infrecuentemente, y con dificultad. Es más frecuente en pacientes con cáncer avanzado que en otras enfermedades en fase terminal. La mitad de los pacientes atendidos en unidades de cuidados paliativos refieren estreñimiento, pero hasta un 80 % pueden requerir laxantes.

- **Síntomas asociados:** Flatulencia, distensión y/o dolor abdominal, tenesmo.
- **Síntomas de complicaciones:** Anorexia, diarrea por sobreflujo, confusión, náuseas y vómitos, disfunción urinaria.

■ ETIOLOGÍA

Habitualmente multifactorial. Pueden concurrir causas y factores favorecedores de varios tipos:

Factores causados por el cáncer

- Hipercalcemia.
- Masa pélvica o abdominal.
- Compresión medular.
- Síndrome de cola de caballo.
- Depresión.

Factores asociados con deterioro general

- Debilidad.
- Inmovilidad y encamamiento.
- Desnutrición, dieta escasa sin residuos.
- Ingesta insuficiente de líquidos.
- Confusión.
- Incapacidad de ir al water.

Causados por el tratamiento

- Opiáceos.
- Antieméticos: ondansetrón, ciclizina.
- Anticolinérgicos: espasmolíticos, antidepresivos, neurolépticos.
- Sales de aluminio, AINEs.

Enfermedades concurrentes

- Hemorroides, fisura anal, diverticulosis, diverticulitis, estenosis residual.
- Neuropatía diabética, hipotiroidismo, ACVA, etc.

■ FISIOPATOLOGÍA

Existen 3 mecanismos fundamentalmente:

Inducido por opiáceos

En pacientes con cáncer y dolor es la causa más frecuente de estreñimiento, sobre todo si están encamados. Los opioides actúan aumentando el tono de la fibra muscular lisa intestinal, suprimiendo los movimientos peristálticos, por hipertonia de los esfínteres anal y válvula ileocecal, y disminuyendo la sensibilidad rectal a la distensión. Todo ello resulta en un tránsito intestinal lento, con aumento de la absorción de agua y electrolitos en intestino delgado y colon.

Obstrucción intestinal

A menudo la combinación de heces duras con tumoraciones intrínsecas intestinales, o compresiones extrínsecas por masas adyacentes, pueden causar la oclusión luminal. Ver protocolo específico.

Patología neurológica

El estreñimiento es un problema habitual y muy penoso en pacientes con compresión medular o síndrome de cola de caballo. Surge por la combinación de inmovilidad, pérdida de sensibilidad rectal, hipotonía de colon y alteraciones anales. En las lesiones del plexo pélvico (Síndrome de cola de caballo) se suele abolir el reflejo anocolónico, pero en lesiones medulares más altas puede estar conservado, en cuyo caso la estimulación rectal digital puede originar la contracción del colon y evacuación, no siendo efectiva en las lesiones más bajas. El objetivo del tratamiento debe ser conseguir una continencia controlada, para lo que suelen precisarse combinaciones individuales de laxantes orales diarios, con supositorios o enemas cada 2-3 días, procurando evitar la incontinencia en pacientes con pérdida de sensibilidad rectal.

■ MANEJO

Consideraciones generales:

- Valoración clínica: descartar oclusión intestinal. Nunca omitir tacto rectal.
- Considerar siempre como causa hipotética ante agitación o dolor.
- Dieta rica en residuos, líquidos abundantes.
- Evitar inmovilidad y factores favorecedores.
- Reconsiderar la indicación y pauta de fármacos responsables.
- Más de 3 días sin deposición indican medidas adicionales.

Tratamiento farmacológico

A pesar de las medidas generales indicadas, suele requerirse tratamiento con laxantes, cuyo objetivo debe ser conseguir una defecación confortable, mejor que una determinada frecuencia de evacuación. La elección del tipo de laxante depende de la causa del estreñimiento, características de las heces y aceptación por el paciente. Su toma debe ser pausada, reglada y mantenida, para evitar complicaciones. Cuando se inicia un tratamiento con opioides debe indicarse también siempre tratamiento laxante.

Por su mecanismo de actuación, pueden dividirse en dos grupos básicos, señalando las dosis habituales de los más usados:

Laxantes predominantemente ablandadores:

SURFACTANTES: Actúan como detergentes.

- **Docusato sódico**, dosis habitual 300 mg./día, tiene también efecto estimulante del peristaltismo y promueve la secreción de agua cloro y sodio en yeyuno y colon.

OSMÓTICOS: Retienen agua en la luz intestinal. Periodo de latencia de 1-2 días. Pueden producir flatulencia y requieren ingesta de líquidos abundantes.

- **Lactulosa:** (Duphalac ®) Sabor excesivamente dulce. 30 mg./día.
- **Lactitol:** (Emportal ®) Mejor sabor. 20 g./día.
- **Polietilenglicoles:** (Movicol ®) D. Inicial: 2 sobres/día, ajustar según respuesta. Utilizados habitualmente como evacuantes, algunos datos recientes le consideran efectivo y seguro (así como más eficaz y mejor tolerado que Lactulosa) en el estreñimiento crónico. Se hallan en curso estudios que evalúan su efectividad en pacientes con cáncer y tratamiento con opiáceos mayores.

FORMADORES DE VOLUMEN: Aumentan la masa fecal y disminuyen su consistencia, pero precisan ser tomados con abundante agua para ser efectivos y tienen un periodo de latencia largo, en general poco útiles.

- **Salvado de trigo:** 1-2 g./día.
- **Metilcelulosa:** 250-750 mg./día.
- **Mucílago *Plantago ovata*:** (Cenat ®) 3-4 g./día.

LAXANTES SALINOS: Las sales de magnesio combinan efecto osmótico con estimulación del peristaltismo.

- **Sulfato e hidróxido magnésicos:** 2-4 g./día

LUBRICANTES: Lubrifican la superficie de las heces y ablandan su consistencia. Muy útiles en patología anorectal dolorosa (hemorroides, fisura anal). Latencia 1-2 días.

- **Aceite de Parafina,** (Emuliquen simple ®) 10 ml./día.

Predominantemente estimulantes de la peristalsis

Actúan aumentando la motilidad colónica y la secreción intestinal mediante estímulo directo del plexo mientérico. Son muy útiles en estreñimiento secundario a opioides, pero su empleo no debe ser muy prolongado. Dosis excesivas producen dolor abdominal cólico. Contraindicados en obstrucción intestinal completa.

• ANTRACÉNICOS:

- **Senósidos:** (X-Prep ® solución, Pursenid ® grageas) 12-24 mg./día.

• POLIFENÓLICOS:

- **Bisacodilo** (Dulco-Laxo ® grageas 5 mg.) 5-10 mg./día.
- **Picosulfato sódico** 5 mg./día.

Laxantes de acción local

- **Supositorios de Glicerina:** Ablandan y suavizan heces en recto y/o estomas.
- **Supositorios de Bisacodilo:** En inercia de colon, evacuan heces del recto y/o estomas (Dulco-Laxo ® supositorios 10 mg.) 10 mg./día.
- **Canuletas de Citrato sódico:** (Micalax ®), contiene detergente + procinético.
- **Enemas de Fosfato sódico:** (Enema Cassen ®) 250 ml. Evacua heces desde colon distal.
- **Enemas con laxante osmótico o lubricante:** La adición de Lactulosa al 30% o parafina, aceite de oliva, o jabón neutro a un enema convencional puede ablandar y suavizar heces impactadas.

Combinaciones

Todos los laxantes enumerados pueden combinarse entre sí, cuando las circunstancias lo requieran.

Existen fórmulas establecidas que pueden ser prácticas:

- **Lactulosa** 5 cc. + **Senósidos** 5 cc. + **Parafina** 5 cc. 15-30 cc. / 8-12 h.
 - D. inicial según ritmo intestinal previo; ajuste según respuesta.
 - Volumen excesivo o intolerancia, usar otras presentaciones.

Maniobras mecánicas

La impactación fecal a nivel de recto o colon distal suele requerirlas para su resolución, y pueden ser necesarias si tras 3 días de tratamiento laxante, no se logra hacer deposición por otros métodos. En función de la consistencia y localización de las heces, pueden barajarse 3 tipos, que de mayor a menor agresividad son:

Extracción manual

Puede ser necesaria ante fecalomas de gran dureza o inercia rectal. No olvidar siempre para su realización:

- Información previa y comprensible al paciente del procedimiento.
- Lubricante anestésico.
- Inspección anal rigurosa. Tacto rectal completo.
- Si confusión o agitación valorar premedicación: diazepínico, analgésico.
- Dilatación anal suave y lenta: mejor prevención síncope y/o reflejos vagales.
- Si resulta extenuante, fraccionar en varias sesiones.

Enemas de limpieza

- En impactaciones altas o fracaso de laxantes orales + rectales.
- 1-1.5 litros de agua tibia (38-40°), según tolerancia.
- Decúbito lateral izquierdo, cama horizontal.
- Lubricante anestésico, canulación suave y atraumática.
- Irrigador; sonda de Foley si incontinencia anal, mantener 10 minutos inflada.
- Pueden añadirse lubricantes, agentes osmóticos, etc., según casos.

Otras

- **Masaje abdominal:** En manos expertas, el masaje anterogrado del colon puede ser un coadyuvante útil al tratamiento laxante en estreñimientos por opioides o disminución del peristaltismo.
- **Polietilenglicoles:** Movicol ®: 8 sobres diluidos en 1000 cc. de agua, a tomar en 6 horas, hasta un máximo de 3 días. Pueden ser una medida intermedia entre el tratamiento laxante oral + local y otras maniobras mecánicas más agresivas, en pacientes con buena tolerancia oral (o SNG), dado el alto volumen requerido. Contraindicado en oclusión completa, íleo, megacolon, perforación y enfermedad inflamatoria intestinal severa.
- **Neostigmina:** Prostigmine ®, 1 amp. s.c. cada 6 h. D. máxima: 2 mg. cada 24 h. Habitualmente empleada en el estreñimiento atónico y megacolon idiopático, recientes datos sugieren su posible utilidad, con la pauta descrita, en el estreñimiento refractario a laxantes, como alternativa previa al uso de maniobras mecánicas. Contraindicaciones comunes de los anticolinesterásicos.

HIPO

■ CONCEPTO

Espasmo súbito del diafragma y la glotis, con sacudida de las paredes torácica y abdominal y sonido agudo inspiratorio.

■ TIPOS

- Ataque de hipo: series de hipo persistente cuya duración va de segundos a menos de 48 horas.
- Hipo persistente: episodios continuos de duración mayor de 48 horas y menos de 1 mes.
- Hipo intratable: hipo persistente de más de 1 mes.

■ ANATOMÍA DEL REFLEJO DEL HIPO

- Porción aferente: nervio frénico, nervio vago, cadena simpática de D6 a D12.
- Conexión central: área no especificada entre C3 y C5, posible interacción entre áreas cerebrales centrales y áreas cerebrales medias.

- Porción eferente: nervio frénico (C3 a C5), neuronas motoras del músculo escaleno anterior; intercostales y porción recurrente laríngea del nervio vago.

■ ETIOLOGÍA

Afección cerebro-meníngea:

- Hemorragia.
- Meningitis.
- Encefalitis.
- Lesión del tronco cerebral por hemorragia o neoplasia.
- Coma de cualquier etiología.

Compresión del N. frénico:

- Trayecto cervical: - *Adenopatía.*
- Trayecto torácico: - *Neoplasia esófago.*
 - *H. hiato.*
 - *Pleuritis.*
 - *Pericarditis.*
 - *Adenopatía mediastino.*
 - *Tumor bronquial.*

Afectación peritoneo-diafragmática:

- Peritonitis.
- Pancreatitis.
- Carcinomatosis.
- Distensión gástrica.
- Ascitis.

Tóxica:

- Uremia.
- Infecciones.
- Dexametasona.

■ TRATAMIENTO

Corregir etiología si fuera posible.

Respirar unos segundos en una bolsa de papel.

Medicación a emplear:

- **Haloperidol.**
- **Clorpromacina** (Largactil[®]) 25 mg. cada 8 –12 h. v.o. durante los ataques.
- **Metoclopramida** (Primperan[®]) 10 mg. cada 6 h. o Domperidona 10-20 mg. cada 6 h.
- **Antiácido con dimeticona.**(Aero-Red[®]).
- **Hioscina** 0,4 mg. v.o. /s.c. (contraindicada en taquicardia).
- **Nifedipina** 10-20 mg. 2-3 / día.
- **Radioterapia** en caso de t. mediastínico grande.
- **Dexametasona** 16-24 mg. IM/SC en t. cerebral.
- **Valproato sódico** 500-1000 mg. en la noche en t. cerebral.

INSOMNIO

■ DEFINICIÓN

Es la dificultad para iniciar o mantener el sueño o sensación de falta de sueño reparador; durante al menos un mes, que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

■ CLASES

- Insomnio de conciliación: se caracteriza por una latencia de sueño prolongada (más de 30 minutos).
- Insomnio de mantenimiento: donde no existe dificultad para dormir, pero el individuo se despierta frecuentemente durante la noche (más de 2 despertares nocturnos y/o más de una hora de vigilia nocturna).
- Insomnio de despertar precoz: el individuo se despierta más temprano de lo habitual (2 horas) y es incapaz de volver a dormirse.

■ CAUSAS

Factores de riesgo

1. Inadecuada higiene del sueño (ruidos, extremos de temperatura, cambios de horario, ingesta de bebida excitantes en horas cercanas al sueño).
2. Factores médicos y neuropsiquiátricos: es secundario a la sintomatología que provoca la enfermedad o bien a los tratamientos que precisa (dolor, fiebre, prurito, trastornos intestinales, polaquiuria, depresión, demencia, ansiedad).
3. Medicamentos y sustancias químicas:
 - Fármacos productores de insomnio “per se” (café, anfetaminas, alcohol, teofilina, hormonas tiroideas, tabaco, L- dopa, broncodilatadores, aspirina, fenitoína, antagonistas del calcio).
 - Por interrupción de: sedantes del sistema nervioso central, barbitúricos, antihistamínicos, alcohol, anfetaminas.
 - Uso prolongado de: glutetimida, barbitúricos.
 - Secundario al uso prolongado de psicofármacos: benzodiazepinas, antipsicóticos y anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, fluoxetina.
4. Factores ambientales y sociales: el ajustarse a nuevos cambio, abandono de trabajo, aislamiento social, ingreso en hospitales.

■ CLÍNICA

Al llegar la noche el paciente se siente tenso, ansioso, deprimido, preocupado por su mal estado de salud, con miedo por la idea de la muerte.

■ CONSECUENCIAS

- Depresión durante el día.
- Cansancio físico y mental.
- Irritabilidad y obsesión.
- Acentuación de los déficits cognitivos.

■ TRATAMIENTO

Medidas generales:

- Mantener horarios regulares.
- Practicar ejercicio físico.

- Habitación confortable: sin ruidos, sin luz, sin extremos de temperatura.
- Ropa cómoda.
- Reducir el tiempo que el enfermo pase en la cama sin dormir.

Medidas farmacológicas:

El hipnótico ideal debe reunir las siguientes características:

- Rapidez de inducción del sueño.
- Mantenimiento del sueño al menos durante 6 horas.
- No influir en el patrón fisiológico del sueño.
- No disminuir la capacidad funcional y el estado de alerta durante el día.
- Poseer vida media corta, sin metabolitos activos durante el día.
- Carecer de efectos colaterales.
- No producir tolerancia ni dependencia.

1. Insomnio inicial o de conciliación: generalmente secundario a problemas de ansiedad. Tratar la ansiedad de fondo con benzodiazepinas, **Midazolam** (Dormicum®), durante el día y a veces se corrige el insomnio. Si no se resuelve se utilizará los hipnóticos no benzodiazepínicos como el **Zolpiden** (Stilnox®) o **Zopiclona** (Limovan®).

2. Insomnio de mantenimiento: generalmente por causa orgánica, se suele resolver con un hipnótico benzodiazepínico ya que los no benzodiazepínicos dan mala respuesta. En este caso se recomienda el **Brotizolam** (Sintonal®) y **Lormetazepan** (Noctamid®) 1-2 mg./ día.

3. Insomnio final o con despertar precoz: generalmente suele ser un síntoma de depresión endógena. Se trata con antidepresivos de corte sedativo tricíclico (amitriptilina, maprotilina, trazodona, mianserina).

Tener en cuenta la aportación de la **Mirtazapina** (Rexer®) entre 15–30 mg./día.

Con las benzodiazepinas hay que tener en cuenta que a dosis excesivas, tratamientos de larga duración y si no se hace una retirada progresiva pueden producir alteraciones de la memoria anterógrada, ansiedad o insomnio rebote.

NÁUSEAS Y VÓMITOS

■ DEFINICIÓN

Son procesos reflejos antiperistálticos, importantes por su frecuencia y su repercusión sobre el paciente. Las **náuseas** son una sensación subjetiva desagradable referida al tracto gastrointestinal alto, que a menudo se siguen de **vómito**. Este se define por la expulsión del contenido gástrico e intestinal a través de la boca.

Se estima que entre el 42 y el 60% de los pacientes oncológicos avanzados presentan náuseas, y alrededor del 30-32%, vómitos.

■ ETIOLOGÍA

1. Patología Digestiva:

- Lesión aguda de la mucosa gastroduodenal, úlcus, etc.
- Gastroparesia: Descartar siempre el estreñimiento como posible causa.
- Obstrucción intraluminal total o parcial del tracto digestivo.
- Compresión extrínseca por ascitis masiva, masas pélvicas, etc.

2. Fármacos:

- Opiáceos.

- AINES, corticoides, ISRS.
- Quimioterapia.

3. Alteraciones Metabólicas:

- Insuficiencia hepática o renal, trastornos electrolíticos, hipercalcemia, cetonemia, etc.

4. De origen Central:

Mediados por activación de los quimiorreceptores del SNC:

- Hipertensión endocraneal.
- Migraña, encefalopatía hipertensiva.
- Vértigos centrales o vestibulares.

5. Radioterapia:

Además de las mucositis y estenosis digestivas, la radiación extraabdominal (pélvica, craneal, etc.) puede ser la causa responsable.

6. Otras:

- Reflejo: Secundario a patología extradigestiva (cólico nefrítico, etc.).
- Psíquicas: Sobre un trasfondo más o menos neurótico, la excesiva presión familiar para que coma y ciertos olores, pueden justificarlos.

■ FISIOPATOLOGÍA

Constituyen respuestas reflejas a estímulos de naturaleza diversa, oncológica, yatrogénica o independiente. Los estímulos periféricos mecánicos e inflamatorios, son conducidos por vías vagales aferentes hasta el **centro del vómito**, situado en el bulbo raquídeo, el cual está también interconectado con el **área quimiorreceptor de la emesis**, situado en el cuarto ventrículo, y sensible a tóxicos endógenos y exógenos que acceden por vía hematógena. Las respuestas de estas estructuras y de centros adyacentes estimulados simultáneamente (respiratorio, vasomotor, salivación, etc.), son transmitidas tanto a través del sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático los reflejos vagales) como de los nervios somáticos (contracción de la musculatura estriada abdominal y respiratoria), para producir el proceso mecánico y la sintomatología asociada al vómito.

■ MANEJO

Es primordial conocer los factores etiológicos implicados, para poder planificar las medidas terapéuticas efectivas, tanto generales como específicas (supresión fármaco responsable, corrección trastorno metabólico, etc.).

Medidas Generales:

- Comidas frecuentes de menor volumen, bien presentadas, fácilmente digeribles, elegidas por el paciente, entorno tranquilo.
- Correcta higiene oral.
- Ingesta adecuada de líquidos, sí intolerancia oral hidratación por vía s.c.
- Utilizar la vía más fisiológica: oral, o si no es posible, subcutánea. La vía rectal puede ser puntualmente útil, pero no es cómoda a largo plazo. Evitar las vías intramuscular e intravenosa siempre que sea posible.
- La sonda nasogástrica debe reservarse para obstrucciones completas con gran distensión abdominal, siempre que logre alivio sintomático y durante el menor tiempo posible.

Tratamiento farmacológico:

I. Antieméticos:

Su elección debe basarse en el mecanismo etiopatogénico responsable del vómito. En base a su mecanismo de acción, podemos considerar varios grupos:

- **De acción central:** Actúan sobre la zona **trigger** quimiorreceptora, factor primordial en la emesis inducida por opioides.
 - **Haloperidol:** Dosis > 5 mg. tienen acción sedante y pueden producir reacciones extrapiramidales. Recomendable empezar con dosis nocturnas: 1.5-3.5 mg, v.o. o s.c.
Dosis habituales: v.o.= 1.5-5 mg. / 6 h., s.c.= 1-10 mg. / 6 h.
 - **Clorpromazina:** Efecto más sedante, menos extrapiramidalismos, más yatrogenia anticolinérgica. Acción analgésica. 25-50 mg. / 6-8 h, v.o. o i.m. No emplear por vía s.c.
- **De acción periférica:** Aumentan el peristaltismo, potencian el tránsito y favorecen el vaciamiento del tracto esofagogastrointestinal.
 - **Domperidona:** Al no atravesar la barrera hematoencefálica produce menos efectos extrapiramidales. 10- 20 mg. / 6-8-h v.o., o 60 mg. vía rectal.
 - **Cisaprida:** 10 mg. / 6-8 h.
- **De acción mixta:** Combinan efecto central y periférico simultáneamente.
 - **Metoclopramida** (Primperan®): De elección en gastroparesia, reacciones extrapiramidales posibles. Dosis inicial = 10-20 mg. v.o. o s.c. / 4-6 horas, con dosis de rescate de 10 mg. / h.
Infusión continua s.c. = 60-120 mg. / 24 h.
- **Ondansetrón:** Mecanismo de acción antiserotoninérgico; con granisetron y tropisetron es de elección en vómitos inducidos por quimioterapia, o refractarios a otros antieméticos. 8 mg. s.c. o i.v. / 6-8 h.
- **N- butilbromuro de hioscina:** 10-20 mg. v.o., s.c. o i.v. / 4-6 h. En infusor s.c. 60-120 mg. / 24 h.

2. Corticoides:

Aunque por mecanismo desconocido, pueden resultar útiles en la constipación intestinal refractaria a metoclopramida. Por su efecto antiinflamatorio y antiedema, son de elección en vómitos secundarios a hipertensión endocraneal y obstrucción intestinal mecánica completa. Reducir siempre a la dosis mínima efectiva.

- **Dexametasona:** 1-8 mg. / 6h., v.o., s.c., i.v. o i.m.

Manejo Endoscópico:

En pacientes con buen estado general y lesiones técnicamente accesibles, debe considerarse su indicación ante algunas situaciones (ver capítulo de la obstrucción intestinal):

- **Prótesis autoexpandibles:** De elección si existe fístula, estenosis endoluminal circular o compresión extrínseca.
- **Láser:** Eficaz en estenosis vegetantes y lesiones sangrantes.
- **Gastrostomía percutánea:** Para descompresión en obstrucción completa refractaria a tratamiento farmacológico.
- **Otras:** Inyección de agentes hemostáticos, recanalización química, dilatación mecánica, etc.

Situaciones Específicas:

Ante algunas causas concretas, pueden resultar útiles las siguientes medidas y pautas:

1. Gastroparesia y/o constipación intestinal

- **Metoclopramida.** Si no es eficaz, considerar la adición de **Dexametasona.**
- Si aparecen efectos extrapiramidales cambiar a **Domperidona** o **Cisaprida.**

2. Obstrucción intestinal completa

- Considerar siempre manejo invasivo mediante **cirugía o endoscopia.**
- Los procinéticos están contraindicados.
- Dexametasona a dosis altas s.c.. Reducir hasta la mínima dosis eficaz.
- Si no resulta eficaz, considerar antieméticos en el siguiente orden:
Haloperidol - Ondansetrón - Hioscina
- Optimizar medidas generales: **Hidratación**, control del dolor.
- Si no se resuelve la obstrucción: Añadir **octreotida** 100-200 mg. s.c. / 6-8 h. o infusión continua 4-25 mg./ h.; reconsiderar descompresión mecánica mediante SNG y/o endoscópica.

3. Ileo paralítico:

- Corrección del estreñimiento mediante laxantes y enemas.
- Procinéticos. La cisaprida tiene mayor efectividad a nivel del colon.

4. Hipercalcemia:

- Hidratación.
- **Bifosfonatos.**

5. Hipertensión endocraneal:

- **Dexametasona** a dosis altas. Si respuesta insuficiente considerar **Manitol** i.v.
- **Radioterapia.**

6. AINES

- Intentar supresión.
- **Omeprazol.**

7. Opiáceos:

- Dada la toxicidad en ventana de la morfina, un tratamiento sintomático con **Haloperidol** (u otro antiemético central) puede ser suficiente para superar dicha fase.
- Si persisten los vómitos valorar reducción, rotación o supresión.

8. Vértigos

- Considerar **Proclorperazina** 25 mg. vía rectal / 4-6 h.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

■ DEFINICIÓN

Es la detención completa y persistente del tránsito gastrointestinal, por oclusión de la luz y/o alteraciones de la motilidad. Su frecuencia es del 3% entre todos los cánceres, 16% en cáncer colorectal y entre 25-42% en cáncer de ovario.

■ ETIOLOGÍA

Solo un 15% son de origen neoplásico.

Maligna

- Por masas intraluminales, intramurales o extramurales.

No maligna

- Disminución de la motilidad (pseudo-obstrucción, idiopática o íleo paralítico)
- Estreñimiento, estenosis residual quirúrgica, isquemia.
- El 48% de las obstrucciones colorectales tienen una etiología no maligna.

■ FISIOPATOLOGÍA

Puede cursar de forma aguda, pero a menudo su comienzo es insidioso. Puede ser difícil apreciar la transición de obstrucción parcial a total. La intensidad de los síntomas puede oscilar, en obstrucciones intermitentes. La prevalencia de los diferentes signos y síntomas depende del nivel de la oclusión:

Duodenal

- Vómitos intensos, de difícil control.
- Mínima distensión abdominal.

Intestino delgado

- Náuseas y vómitos.
- Distensión abdominal.
- Ruidos peristálticos hiperactivos.
- Intenso dolor continuo o cólico.

Intestino grueso

- Distensión abdominal masiva.
- Dolor cólico central o bajo.
- Vómitos aparecen muy tarde en su evolución.

Incidencia global de dolor

- Cólico: 76%.
- Dolor continuo no cólico: 92%.

■ MANEJO CLÍNICO

El tratamiento conservador clásico (sonda nasogástrica, líquidos i.v., etc.) es molesto, incómodo, frecuentemente ineficaz, y puede aumentar las molestias del enfermo, por lo que su uso debe restringirse al máximo en indicaciones y duración.

La habitual actitud filosófica no invasiva debe abandonarse; el uso de múltiples modalidades terapéuticas destinadas a reducir los síntomas de la obstrucción intestinal puede evitar nuevas molestias.

■ VALORACIÓN CLÍNICA

- El primer objetivo es descartar una **impactación fecal**. Son pacientes de alto riesgo los tratados con opiáceos, y/o anticolinérgicos (espasmolíticos, antidepresivos, neurolépticos), y los encamados. Si existe estreñimiento tratarle, ya que la disolución de un fecaloma puede resolver los síntomas.
- Nunca omitir tacto rectal.
- Si la etiología no se conoce con seguridad estarán indicados estudios radiológicos; la ecografía, radiología baritada y/o TAC pueden precisar la naturaleza y tipo de oclusión. En casos no concluyentes, el alto porcentaje de obstrucciones de etiología no maligna aconseja valorar la indicación de endoscopia diagnóstica.
- La modalidad terapéutica a emplear; depende de varios factores cuya evaluación es el siguiente paso:
 - *Características de la obstrucción:* Número, tamaño, morfología, localización, mecanismo fisiopatológico, complicaciones asociadas (fístula, sangrado).
 - *Características del paciente:* Estado general previo, autonomía del enfermo, grado de control de otros síntomas, expectativa de vida, actitud paciente y familiares.

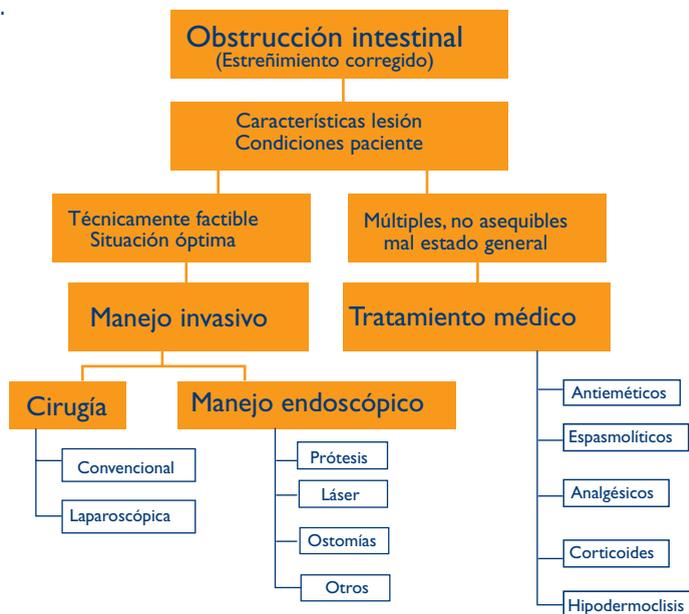
Condiciones necesarias para manejo invasivo

- Expectativa de vida superior a dos meses.
- Buen estado general.
- Obstrucción única.
- Consentimiento informado del paciente.

Factores de mal pronóstico

- Edad avanzada.
- Ascitis.
- Masa abdominal palpable.
- Radioterapia previa abdominal o pélvica.
- Antecedentes de quimioterapia.
- Obstrucción múltiples.
- Karnofski bajo.

Las distintas opciones terapéuticas pueden combinarse entre sí a lo largo de la evolución del cuadro.



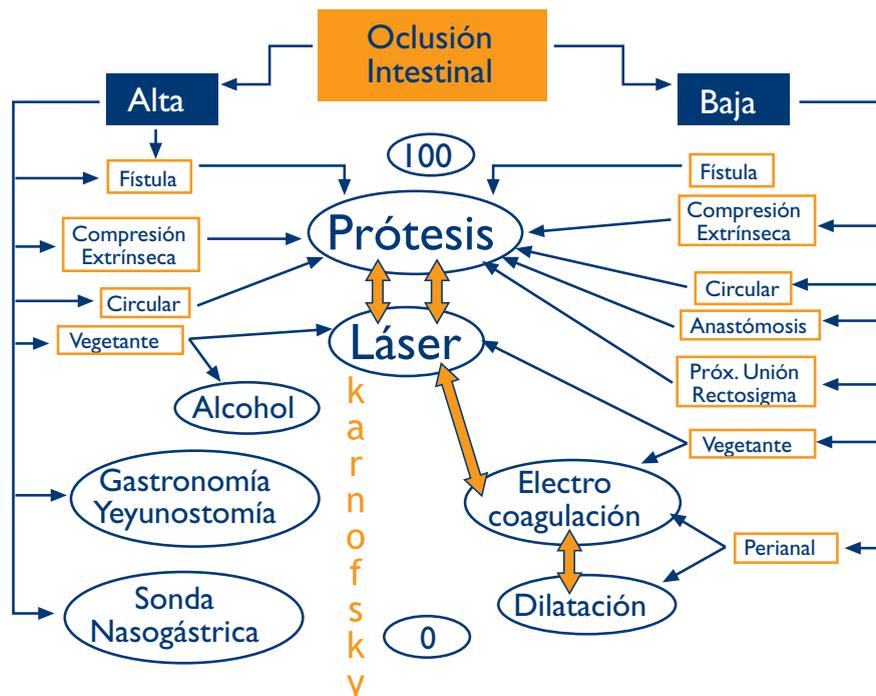
■ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Considerar siempre; pocas veces indicado.

- Alta mortalidad y morbilidad.
- La mayoría de los pacientes la rechazan.
- El 75% de pacientes con cáncer de ovario con edad superior a 65 años no se benefician con cirugía paliativa.

■ MANEJO ENDOSCÓPICO

Las distintas opciones técnicas se usan en función del performance status como se muestra en el algoritmo.



Prótesis

- Se colocan bajo control radiológico en colon, esófago, antro gástrico y/o duodeno.
- No requiere anestesia general.
- Resuelven los síntomas en 12 horas.
- Puede lograr alivio sintomático a largo plazo.
- De elección si fístula asociada.
- Complicaciones: migración, oclusión endoluminal, perforación.

Láser

- Poco asequible, requiere sesiones periódicas.
- De elección, si sangrado.
- Innovaciones técnicas muy prometedoras: terapia fotodinámica, coagulación con argón, etc.

Gastrostomía endoscópica percutánea

- No requiere anestesia general.
- Sencillo técnicamente, escasas complicaciones.
- Más efectiva que la SNG para descompresión abdominal.
- Permite combinar descompresión gástrica + nutrición enteral.
- Indicada en vómitos refractarios a tratamiento farmacológico.

■ TRATAMIENTO MÉDICO

Filosofía

- Solo o asociado a tratamiento quirúrgico o endoscópico.
- Su objetivo es el control del dolor y otros síntomas.
- Deben tratarse simultáneamente todos (dolor; náuseas, vómitos).
- La mayoría de pacientes pueden ser manejados sin SNG ni vía venosa.
- Buen control sintomático:
 - Ausencia de náuseas.
 - Máximo un vómito/día.
 - Dolor abdominal aceptablemente controlado.

Náuseas y vómitos

- Ver protocolo específico.
- Vómitos sin náuseas: raro pero posible en estenosis altas. Valorar impacto mediante escalas analógicas visuales o similares. Pueden ser bien tolerados si su frecuencia es baja.
- Tratamiento farmacológico tradicional:
 - **Proclorperazina**, 25 mg. vía rectal / 4-6 h.
 - **Prometazina** 25 mg. / 4-6 h.
 - **Haloperidol** 1.5-15 mg. /día vía s.c.
 - **Clorpromacina** 12.5-75 mg. / día vía i.m. repartidos cada 4 h. s.c. (irritante).
 - **Ondansetrón** 8-16 mg. / día vía s.c.
 - **Antieméticos** tópicos en gel.
- **Metoclopramida**: 10 mg. / 4 h. vía s.c.
 - Uso controvertido.
 - Contraindicada en obstrucción completa.
 - De elección en obstrucción incompleta.
- **Octreotida**: 0.1-0.6 mg. / día infusión continua s.c. (4-25 mcg. / h.).
- Adyuvantes:
 - **Hidroxicina** 25-100 mg. / 6 h. vía oral, i.m. o rectal.
 - **Difenhidramina** 25-100 mg. / 6 h. vía oral, i.m. o rectal.
Pueden fabricarse fácilmente supositorios en cualquier farmacia.
- Medidas generales:
 - **Animar** al paciente a comer y beber todo lo que tolere.
 - **Ingestas** pequeñas, con pocos residuos, líquidas o pastosas.

Dolor Abdominal Cólico

- Secundario a espasmo u obstrucción.
- Hasta en un 76% de los pacientes, 59% moderado a severo.

- Con relajantes musculatura lisa, baja al 7% moderado.
- Tratamiento farmacológico:
 - **Escopolamina vía transdérmica:** 1.5 mg. / 72 h.
 - **Escopolamina vía subcutánea:** 0.3-0.6 mg. / 4-6 h.
 - **Loperamida.**
 - **Hioscina** 10-20 mg. vía oral, rectal o subcutánea / 4-6 h. o infusión continua subcutánea.
 - **Hiosciamina** (Levsin ®): 0.125 mg. / 4 h. vía sublingual.
- Vigilar efectos secundarios anticolinérgicos: Sequedad de boca, taquicardia, midriasis, retención urinaria aguda, disforia.

Dolor abdominal continuo

- Secundario a hepatomegalia, distensión abdominal, masa tumoral, o estimulación de mecanorreceptores de la pared intestinal.
- Tratamiento farmacológico: **Opioides.**
 - Vida media larga.
 - Dosis rescate en dolor incidental acción rápida.
 - Por cualquier vía que el paciente tolere: oral, subcutánea, tópica o rectal.

Corticoides.

- Efecto probablemente por disminución edema peritumoral.
- Efecto antiemético central y periférico.
- Pueden administrarse vía oral, rectal o parenteral.
- **Metilprednisolona**, 50 mg. / 8 h. durante 72 h., seguidos de 10 mg. / 8 h. mejoría sintomática en el 67%.

Hipodermocclisis.

- Consecuencias deshidratación:
 - **Leve:** Deterioro de calidad de vida.
 - **Grave:** Confusión y/o agitación. Azotemia, acumulo metabolitos mórficos, convulsiones, mioclonias.
- Hidratación subcutánea:
 - Indicada en pacientes con riesgo de deshidratación severa.
 - No requiere vía venosa.
 - 1200 cc. / día disminuyen la incidencia de delirio/agitación del 10 al 3%.

PROBLEMAS DE LA CAVIDAD ORAL

Uno de los problemas más comunes y molestos que presentan los enfermos terminales son las lesiones bucales que van a repercutir negativamente tanto en la alimentación como en las relaciones sociales (mal aliento, el comer deja de ser un acto social).

Los pacientes más afectados por enfermedad bucal son:

- Oncológicos.
- Infecciosos graves.
- Diabéticos.
- Los que padecen desordenes inmunológicos.
- Discapacitados psíquicos y físicos.
- Los de edad avanzada.

■ **PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES**

a. Xerostomía:

Definición: Reducción extrema de la secreción salivar por hipofunción principalmente parotídea que se traduce en una boca seca.

Causas:

- Irradiados en cabeza y cuello.
- Por medicación: opioides, corticoides, quimioterápicos, diuréticos, anticolinérgicos, antibióticos.
- Enfermedades sistémicas que cursan con diarreas, vómitos, fiebre, sangrado abundante.
- Disminución de la ingesta.
- Ansiedad, depresión.

Clínica: Se va a traducir por mal sabor de boca, halitosis, disminución del sabor, ardor, dificultad para la masticación, deglución y el habla.

Tratamiento:

- Prevención en el irradiado de cabeza y cuello (máscaras para parótida, escudos para implantes).
- Higiene bucal adecuada.
- No tabaco, no alcohol.
- Masticar chicles sin azúcar.
- Chupar trocitos de frutas ácidas (piña natural, limón), cubitos de hielo, pastillas de vitamina C.
- Manzanilla con limón (anestésico local y aumenta la secreción salivar).
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Saliva artificial.
- Vitamina A y ácido nicotínico.

b. Halitosis

Definición: mal olor bucal. Es un síntoma frecuente y de significaciones muy diversa, asociado, a menudo, a sabor pastoso desagradable.

Conlleva a un retraimiento del paciente, falta de comunicación con los demás haciendo que su estado emocional se deteriore.

Causas:

Factores locales

- Higiene defectuosa.
- Caries.
- Enfermedad periodontal.
- Prótesis con mala higiene.
- Tabaco, alcohol.
- Disminución de la secreción salival fisiológica: sueño, ayuno.

Factores generales

- Enfermedades ORL: amigdalitis críptica, abscesos periamigdalinos, faringitis, sinusitis.
- Enfermedades respiratorias: absceso pulmonar, bronquiectasias, tuberculosis, tumores.

- Enfermedades digestivas: divertículos esofágicos, c. de esófago, reflujo gastroesofágico, gastritis, estenosis pilórica, obstrucción intestinal, insuficiencia hepática.
- Enfermedades metabólicas: diabetes.

Tratamiento:

- Tratar la enfermedad causante.
- Higiene bucal estricta.
- Gargarismos con povidona yodada al 7,5%.

c. Infecciones

Virales: las más frecuentes son las producidas por:

- Herpes simple I y II.
- Virus de Varicela-Zoster.
- Citomegalovirus.
- Virus Epstein-Bard.
- Virus linfotrofo B humano.

El tratamiento específico es el aciclovir.

Bacterianas: suele ir acompañada de fiebre.

Los gérmenes más frecuentes son: estreptococo, klebsiella, enterobacter, e. coli, pseudomona.

El tratamiento es con antibióticos.

Por hongos (micosis): fundamentalmente por Candida Albicans (candidiasis) se manifiesta en forma de placas blanquecinas en cualquier punto de la cavidad bucal.

Causas:

Factores locales:

- Presencia de prótesis removibles.
- Lesiones orales subyacentes: hiperplasia papilar inflamatoria, queilitis angular, glositis rómbica, liquen plano, leucoplasia vellosa.
- Edad: predomina en los ancianos.
- Enfermedades metabólicas: diabetes.
- Inmunosupresión: SIDA, radioterapia, fármacos inmunosupresores, corticoterapia.
- Antibioterapia prolongada.

Tratamiento:

1. Eliminar/minimizar los factores desencadenantes.

- Identificar y tratar las condiciones anormales subyacentes, valorando los medicamentos que en ese momento pueda estar tomando el paciente.
- Limpiar bien las prótesis y desinfectarlas con clorhexidina (0,2% - 2%) y no ponerlas para dormir.
- Prolongar el tratamiento, una vez desaparecidos los síntomas, tanto tiempo como se haya estado tratando.
- No es necesario llevar a cabo medidas preventivas en pacientes inmunodeprimidos, ya que responden bien a la terapia antimicótica.

2. Antifúngicos:

- Nistatina (Mycostatin®) en solución, 10 ml. cada 4 horas. Se puede dar en forma de cubitos de hielo.
- Fluconazol (Diflucan®): 1 comprimido cada 24 horas.
- Clotrimazol (Canesten®) en forma de pastillas para chupar.
- Miconazol (Fungisdin®): gel de uso tópico.
- Ketoconazol (Fungares®): es de acción sistémica. Por su hepatotoxicidad hay que utilizarlo con precaución.

Las candidiasis debidas a antibioterapia curan bien al suspender el antibiótico, pero lo hacen más rápidamente si se asocia un antifúngico.

c. Úlceras aftosas recurrentes

Definición: son pequeñas pérdidas de sustancia de la mucosa que adquieren una coloración blanquecina rodeadas de un halo eritematoso. Suelen ser recidivantes.

Causas: Son desconocidas en la mayoría de los casos aunque se han implicado:

Factores etiológicos:

- Idiopática: la más frecuente.
- Traumatismos locales.
- Factores hormonales (aparecen más durante la ovulación y la menstruación, suelen desaparecer durante el embarazo).
- Estrés.
- Infecciones virales y bacterianas.
- Déficit de vitamina B 12, ácido fólico, hierro.
- Predisposición genética.

Factores precipitantes:

- Traumatismos locales (cepillado dental, piezas dentales mal colocadas).
- Alimentos calientes.
- Abstinencia tabáquica.
- Ciertos alimentos (chocolate, nueces, leche).
- Estrés.

Clínica: producen dolor, escozor y dificultad para la alimentación.

Tratamiento:

- Hay que explicar al enfermo que evite los desencadenantes como los traumatismos, evitar ciertos alimentos, boca séptica.
- Tratamiento tópico.
 - Acetónido de triamcinolona al 0,1%, 2 –3 veces al día.
 - Lidocaína viscosa al 2%. Enjuagues antes de comer.
 - Enjuagues con antisépticos orales como la clorhexidina, clorhidrato de tetraciclina 250 mg. diluido en 10 ml. de agua, asociación de hidrocortisona al 1 – 2,5% con clorhidrato de tetraciclina a la dosis comentada.
- Tratamiento sistémico.
 - Colchicina.
 - Sulfonas orales

- Corticoides orales.
- Aporte de hierro, vitamina B 12, ácido fólico.

Cuidados básicos de la boca en pacientes terminales.

Una correcta higiene ha de constar de:

- Cepillado de dientes y lengua después de las comidas y al acostarse. Cuando presente sangrado se realizará con una torunda de algodón o gasa.
- Utilizar seda dental encerada una vez al día.
- Enjuagarse con colutorio de fluoruro sódico al 0,05% por la noche.
- Cuando existan placas bacterianas, costras o suciedad se utilizará las soluciones desbrindantes que constan de:
 - 3/4 partes de agua + 1/4 parte de agua oxigenada + 1 cucharada de bicarbonato sódico.
 - 3/4 partes de suero fisiológico + 1/4 parte de agua oxigenada.
 - Sidra + sosa (al 50%).

PRURITO

Es un síntoma presente en el 17% de los pacientes con cáncer avanzado. El prurito generalizado puede crear agitación, ansiedad, escoriaciones cutáneas e infecciones.

■ CAUSAS

- Insuficiencia renal.
- Colostasis.
- Embarazo.
- Hiper e hipotiroidismo.
- Hipoparatiroidismo.
- Diabetes.
- Síndrome carcinoide.
- Hiperuricemia.
- Lesiones cerebrales.
- Esclerosis múltiple.
- Tabes dorsal.
- Meralgia parestésica.
- Herpes Zoster.
- Neoplasias: Linfomas, Síndromes mieloproliferativos, Carcinomas, Mastocitosis.
- Anemia ferropénica.
- Excoriaciones neuróticas.
- Parasitosis.
- Infección por VIH.
- Fármacos.

■ PRURITO ASOCIADO A COLOSTASIS

Aparece en un 50% de colostasis tumorales extrahepáticas. También es el mecanismo responsable del prurito gravídico, por fármacos: anovulatorios, anabolizantes, eritromicina y fenotiacinas.

Tratamiento:

Colestiramina 12 a 24 gr. / día en tres tomas; resina que liga los ácidos biliares en el colon.

También se puede usar fenobarbital, andrógenos, rifampicina, fototerapia.

■ PRURITO SECUNDARIO A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

Origen multifactorial: piel seca por atrofia de glándulas cutáneas, trastornos del metabolismo fosfocálcico, hiperparatiroidismo y neuropatía periférica entre otras.

Aparece en el 85-90% de enfermos en diálisis.

Tratamiento:

Uso oral de antihistamínicos H1 con acción central.

Crema hidratante, fototerapia con luz ultravioleta B.

Paratiroidectomía.

Colestiramina, carbón vegetal.

Dieta pobre en proteínas con suplemento de aminoácidos.

Desaparece rápidamente con el trasplante renal.

■ PRURITO SECUNDARIO A QUIMIOTERÁPICOS

Procarbazona: agravado por la ingesta de alcohol que debe de prohibirse.

Otras causas:

- Cirrosis biliar primaria.
- Enfermedades de SNC.
- Crisis de prurito paroxístico unilateral con alteración de la sensibilidad en enfermos con lesión en el hemisferio contralateral.
- Esclerosis múltiple: prurito paroxístico que responde a carbamacepina.
- Neoplasias: Linfoma tipo Hodgkin (predominio en mitad inferior del cuerpo, en fases avanzadas, ancianos y pacientes con xerosis), linfoma cutáneo de células T. en fases iniciales.
- Síndromes mieloproliferativos: policitemia vera, que responde a antihistamínicos; leucemia linfocítica, Waldenström y gammopatía monoclonal.
- Carcinomas con afectación cerebral: prurito nasal intenso.
- Prurito anal en relación con c. colo-rectal.
- Prurito genital en c. de genitales.
- Causa psicógena: la pimocida puede ser eficaz.

SÍNDROME DE COMPRESIÓN GÁSTRICA

■ CONCEPTO

Es el cuadro secundario al crecimiento de una masa adyacente al estómago, que comprime a éste.

■ ETIOLOGÍA

La causa más frecuente es la hepatomegalia. También puede aparecer por neoplasias de páncreas, ascitis, etc.

■ FISIOPATOLOGÍA

La pérdida de la capacidad de distensión gástrica se traduce en dolor o disconfort epigástrico, saciedad precoz, sensación de plenitud, náuseas y vómitos postprandiales, hipo, acidez y/o pirosis.

■ MANEJO CLÍNICO

La ecografía, radiología baritada y/o el TAC pueden confirmar la presencia de masas en la vecindad, con ausencia de lesión mucosa gástrica o endocavitaria.

Medidas generales

La comida debe fraccionarse en pequeñas cantidades, que se administran con mayor frecuencia, varias veces al día.

Si es posible, tratamiento etiológico de la causa (ej. : ascitis, paracentesis, cáncer de páncreas: tratamiento endoscópico).

Tratamiento farmacológico

- **Metoclopramida** (Primperan®): Tiene efecto analgésico en este síndrome. 10-20 mg, v.o. o s.c., cada 4-6 horas.
- Antiácidos: **Hidróxido de Aluminio, Almagato o Magaldrato.**
- Anti H₂: **Ranitidina, Famotidina.**
- **Morfina:** Aunque puede emplearse, en esta situación no suele ser muy eficaz.

TOS

■ CONCEPTO

Es un acto reflejo, aunque puede ser también provocado voluntariamente, mediante el cual se origina una veloz corriente de aire, que impulsa al exterior el contenido de las vías respiratorias.

Inicialmente la tos se considera un mecanismo defensivo para mantener expeditas las vías respiratorias, pero puede llegar a tener consecuencias desagradables: anorexia, náusea, vómito, insomnio, dolor muscular, fractura costal, síncope tusígeno, dispersión de exudados por el árbol bronquial y agotamiento del paciente.

La frecuencia de aparición es del 50 % en fases avanzadas de cáncer en general y hasta un 80 % en el de origen bronco-pulmonar.

■ ETIOLOGÍA

- Ambiental: humos (tabaco, contaminación atmosférica), gases (sulfurán, lejía y amoníaco); aire caliente y frío.
- Oncológica: obstrucción bronquial por tumor primario, masa mediastínica, derrame pleural, irritación diafragmática, fístula traqueo-esofágica, linfangitis carcinomatosa.
- Infección bronquial secundaria. Neumonía.
- Insuficiencia ventricular izquierda. IECAs como tratamiento de HTA.
- Fumador – Asma – EPOC.
- Fibrosis postradioterapia.

■ TIPOS DE TOS CON INTERÉS SEMIOLÓGICO

- Tos seca, improductiva, ineficaz: origen pleural.
- Tos húmeda, productiva, eficaz: expectoración.
- Tos espasmódica: bronquitis crónica.
- Tos perruna, ronca: típica de vías respiratorias altas (tonos bajos).
- Tos bitonal: mezcla tonos altos y bajos, expresa parálisis de cuerda vocal por tumoración que comprime el nervio recurrente.
- Tos emetizante: se acompaña de vómitos.

■ TRATAMIENTO

El objetivo fundamental será eliminar la causa, si es posible ó el máximo confort posible.

Se tratará la **Insuf. ventricular** con diuréticos y digitálicos; se administrarán antibióticos y mucolíticos en la tos productiva de origen infeccioso; se modificará el tratamiento con IECAs si fuera ésta la causa.

El **estridor** de una tumoración de vías aéreas mejora con corticoterapia. El **derrame pleural** que conlleva una tos irritativa, no productiva, se alivia con drenaje, salvo en pacientes muy debilitados.

La **tos seca** persistente puede ser difícil de controlar y en su tratamiento además de aumentar la humedad ambiental, podemos emplear los siguientes fármacos:

- **Sulfato de codeína** 30-60 mg. cada 4-6 h.
- **Dihidrocodeína** 60 mg. cada 12 h.
- **Dextrometorfan** 15-30 mg.cada 6 h.
- **Morfina oral** 5-20 mg. cada 4 h. o MST 10 mg. cada 12 h.
- **Broncodilatadores** – Terbutalina cada 6 h.
- **Dexametasona** 4-8 mg./ día i.m. o s.c.
- **Bupivacaína** o **Lidocaína** nebulizados cada 4-6 h.

ÚLCERA DE DECÚBITO

■ CONCEPTO

Son áreas de necrosis focal causadas por insuficiencia vascular en lugares donde se ejerce una presión. Se considera uno de los más severos trastornos cutáneos en pacientes con cáncer avanzado porque empeora drásticamente la calidad de vida, aumentando el dolor y el malestar del paciente.

■ ETIOLOGÍA

Se debe tener en cuenta que el umbral para el daño tisular es menor en pacientes con deterioro circulatorio y con alteraciones fisiológicas severas de origen metabólico en la malnutrición, caquexia o movilidad alterada.

Los factores que contribuyen a la formación de escaras son:

- Rigidez de la piel.
- Puntos de presión.
- Viscosidad sanguínea.
- Insuficiencia circulatoria.

- Hematocrito bajo.
- Estado nutricional deteriorado- malnutrición.
- Deterioro mental.
- Movilidad alterada.
- Tumores óseos o de tejidos blandos.
- Incontinencia.
- Secreciones vaginales o rectales.
- Edemas.

■ PREVENCIÓN

Cabe destacar en este punto un buen cuidado de enfermería y familiar que permita el alivio de la presión por movilidad activa o pasiva. La protección de puntos especialmente vulnerables (talones, tobillos, codos, rodillas, región sacra) con almohadillas de goma-espuma en una envoltura elástica. Cambio frecuente de sábanas para evitar exceso de humedad y empleo de colchones de aire, agua o camas especiales.

■ CLASIFICACIÓN DE ÚLCERAS CUTÁNEAS

Grado I. Epidermis intacta pero con dolor y eritema.

Grado II. Lesión de dermis y epidermis con vesícula.

Grado III. Lesión del estrato subcutáneo con riesgo de infección.

Grado IV. Afectación ósea con osteomielitis y posibilidad de fistulizar.

■ TRATAMIENTO

La reducción de la presión sobre los tejidos cutáneos mediante el levantamiento, giro y cambios regulares de posición de cada 30 minutos a cada 4 horas, siempre según las molestias que esto conlleva para el paciente, es el más importante principio terapéutico.

En el **estadio de eritema** es esencial mantener la piel seca, la cama con sábanas limpias y secas y la movilización activa.

Las **lesiones vesiculosas** se evitarán romper y se cubrirá el área con una membrana semipermeable (Duoderm).

Para las **úlceras superficiales** se empleará aerosol oclusivo, crema de cetrimida al 0,5 %, tintura de benzoína o povidona.

Las **úlceras profundas** se deben considerar quirúrgicamente y requiere limpieza y desbridación completa, siendo útil la aplicación de permanganato potásico al 0,5 % a las compresas 1-2 h. antes de la cura.

En general las preparaciones útiles en úlceras de decúbito son:

- **Povidona** (Betadine®).
- **Violeta de genciana** en agua.
- **Clorhexidina** (Hibitan®).
- **Mercurobutol** (Mercryl Lauryle®).
- **Acido hialurónico** (Pandermin cicatrizante®).
- **Fibrinolisisina** más **Desoxiribonucleico** (Parkelase®).
- **Tulgrasum® - Furacin®.**

- **Copolímeros** (Debrisan®).
- **Eoxina** al 2 % con alcohol de 60°.
- **Rifocina** 3 amp. de 500 mg. en 500 cc. de suero fisiológico (úlceras infectadas).
- **Acido ascórbico** 2-3 g. orales al día para regenerar tejido conectivo.
- **Carboximetilcelulosa** (Comfeel®).

También se ha utilizado una solución de **metronidazol** al 1% con buenos resultados. Los **antibióticos** sólo se emplearán si hay evidencia de infecciones.

Se debe tener en cuenta que no hay un tratamiento ideal y que no se puede sustituir la observación detallada y el buen trabajo de enfermería por ninguna medicación y se considera una baja incidencia de úlcera como indicativa de un buen trabajo de enfermería, y si es alta, hace dudar de su calidad.

URGENCIAS EN MEDICINA PALIATIVA

■ RECORDAR

- El objetivo siempre, es la calidad de vida y bienestar de los enfermos.
- Valorar pronóstico aproximado de vida para aplicar con lógica los diversos recursos terapéuticos.
- Evitar medidas agresivas.
- Valorar y tratar la ansiedad de la familia y paciente.

SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR

■ CONCEPTO

El SVCS es un conjunto de síntomas y signos, que aparecen cuando se instaura una oclusión total o parcial de la luz de la vena cava superior; en su camino a la aurícula derecha.

■ ETIOLOGÍA

- **Enfermedades malignas:**
 - C. de pulmón.
 - Linfomas.
 - T. del mediastino: Timomas y T. de celular germinales.
 - Carcinomas metastásicos: C. de mama y esófago.
 - Tumores abdominales (muy raro).
- **Enfermedades benignas**
 - Trombosis de la vena cava (catéteres).

■ CLÍNICA

- **Signos**
 - Edema de esclavina.

- CIANOSIS EN CARA

- Ingurgitación yugular.
- **Síntomas**
 - Disnea.
 - Cefalea, somnolencia y ronquera.
 - Dolor torácico

■ TRATAMIENTO

Quimioterapia. Efectivo y de elección en c. microcítico de pulmón y linfomas.

Radioterapia.

Prótesis autoexpandibles (Stens).

Cirugía (Muy limitada en nuestros pacientes).

Trombolisis (Estreptoquinasa y Uroquinasa).

Medidas generales:

- Oxígeno y cama incorporada.
- Dieta sosa.
- Corticoides a dosis de 1 mg./Kg./día.
- Furosemida (Seguril®) muy discutido, aunque tiene efectos paliativos rápidos sobre el edema. Dosis de 20-40 mg. cada 8 horas.

HIPERCALCEMIA

■ CONCEPTO

Niveles de calcio sérico superiores a 10,2 mg./dl. Estas cifras están referidas a niveles normales de proteínas plasmáticas, que en el enfermo terminal están frecuentemente alteradas, en estos casos será necesario utilizar un factor de conversión para determinar la concentración plasmática de proteínas.

Calcio real: Calcio medido – (Proteínas totales x 0.675) + 4.87

■ ETIOLOGÍA

1. Tumorales

- Mieloma.
- C. de pulmón.
- C. de mama.
- Linfomas.

2. No Tumorales

- Hiperparatiroidismo.
- Fármacos: diuréticos tiazídicos, litio, estrógenos y andrógenos.
- Hipercalcemia hipercalcúrica familiar.
- Intoxicación por Vit. A y D.
- Sarcoidosis.
- Hipertiroidismo.
- Insuficiencia suprarrenal.
- Fase poliúrica de insuficiencia renal.

■ CLÍNICA

Síntomas precoces

- Poliuria y nicturia.
- Polidipsia.
- Anorexia, fatigabilidad y debilidad.

Síntomas tardíos

- Apatía e irritabilidad.
- Estupor y coma.
- Náuseas, vómitos y dolor abdominal.
- Exacerbación del dolor.

■ TRATAMIENTO

Hidratación y diuresis salina

- Suero fisiológico 1.000 cc. cada 4 horas.
- 10 mEq. de ClK / 4 horas (control analítico).
- Furosemida 20 mg. / 4 horas por vía i.v.

Corticoides

- **Inicialmente bolo de 1 mg. / Kg/i.v. de Metilprednisolona.**
- **Continuar con 20 mg. / 6 horas/i.v.**

Clodronato disódico.

Pertenece al grupo de los difosfonatos y está indicado en las hipercalcemias malignas que no se controlan con hidratación y corticoides.

- 300 mg. en 500 cc. de fisiológico a pasar en dos horas cada 24 horas durante 7-10 días (Mebonat®, ampollas de 300 mg.).

Calcitonina

- Vía subcutánea. 20 g. / 12 horas (3 ampollas de Cibacalcina®) de 0,50 cada 12 horas.

Mitramicina

- 25 µg/kg / 4 horas.

Hemodiálisis (muy selectivo)

SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR

■ CONCEPTO

Es la compresión de la médula y la porción vertebral de la cola de caballo, fundamentalmente por metástasis intramedulares, leptomeníngeas y epidurales. Se pueden localizar en región torácica (la más frecuente) seguida de la localización lumbar y cervical.

■ ETIOLOGÍA

- Más frecuente:
 - Metástasis de c. de mama.
 - Metástasis de c. de pulmón.
 - Metástasis de c. de próstata.
- Menos frecuente:
 - Glioma.
 - Astrocitoma.
 - Lesiones benignas.

■ CLÍNICA

Dolor local y radicular. Suele ser progresivo y puede mejorar al sentarse.

Pérdida de fuerza. Aparece después del dolor. Progresión rápida y llega al déficit motor en pocos días:

- Tetraplejía (afectación cervical).
- Paraplejía (dorsal).
- Espasticidad e hiporreflexia (lumbosacra).

Alteración de esfínteres.

Alteraciones sensitivas.

■ TRATAMIENTO

Corticoides. Instaurar de inmediato.

- **Dexametasona.** 100 mg./iv en bolo. Continuar con 20 mg./iv/6 horas. Bajar dosis de forma paulatina en días posteriores.

Radioterapia. Precozmente junto con los corticoides.

Quimioterapia. En tumores sensibles.

- Linfoma.
- Mieloma.
- Germinales.

Neurocirugía. Laminectomía en casos muy seleccionados.

CONVULSIONES

■ CONCEPTO

Es una manifestación clínica paroxística, generalmente breve, originada por la excesiva excitación de un grupo de neuronas por su mecanismo fisiológico habitual, debido a una provocación se induce una respuesta exagerada, paroxística e hipersincrónica. Según la zona afectada así será la clínica.

■ ETIOLOGÍA

Tumorales

- Tumores cerebrales.
- Metástasis de otros tumores.

No tumorales

- Metabólicos.
- Infecciones.
- Toxicidad farmacológica.
- Accidentes vasculares.

■ CLÍNICA

- **Fase Tónica:** Contracción tónica en flexión o en extensión. Durante esta fase, se interrumpe la respiración y aparece cianosis.
- **Fase Clónica:** Sacudidas en principio pequeñas, que se continúan con movimientos amplios, violentos y espaciados.
- **Fase poscrítica:** Predomina el estupor.

■ TRATAMIENTO

- **Evitar traumatismos.**
- **Evitar broncoaspiración,** colocar en decúbito lateral.
- **Tratamiento etiológico si fuera posible.**
- **Tratamiento farmacológico:**

Diazepan 10 mg. / rectal o por vía i.v.

Lorazepan 2 mg. / s.c.

Midazolán i.v. o i.m. ó sc: 5-10 mg. lento.

Corticoides. Se pueden emplear posteriormente a dosis de 16-24 mg. / día.

Si se repiten las crisis, utilizar **Anticonvulsionantes** de forma profiláctica.

- **Fenitoína** 100 mg. / 8 h. v.o. (Epanutin®, Neosidantoina®)

- **Clonazepan** (Ribotril®) 1-5 mg. / 3 día en infusión lenta por vía s.c.
- **Fenobarbital** (Luminal®) 3º-120 mg. / s.c. cada 8 horas.
- **Gabapentina** (Neurontin®). comenzar con 300 mg. / 24 h. v.o. Después hasta 600-1800 mg. / 24 h.

En **Status convulsivo**

- **Fenitoína**. i.v. 15-18 mg. / kg. diluido en suero salino 0,9% lentamente en 30 minutos. Monitorizar con ECG por riesgo de arritmias.

HEMORRAGIA MASIVA

■ CONCEPTO

Pérdida masiva de sangre.

■ ETIOLOGÍA

Habitualmente por **invasión** e **infiltración** de **grandes vasos** o estructuras vasculares, por tumor.

Los de mayor frecuencia e impacto, son las hemorragias producidas por tumores de cabeza y cuello.

■ CLÍNICA

Shock agudo hipovolémico. Muerte inminente.

■ TRATAMIENTO

- La hemorragia masiva, en el contexto de una fase terminal, no es tributaria de medidas de reanimación.
- Tranquilizar a la familia.
- Utilizar sábanas y toallas de color, para evitar el impacto visual de la sangre.
- Informar a la familia de la muerte inminente y consensuar con ellos la sedación del paciente.
 - **Midazolam**: 20-39 mg. iv. y s.c.
 - **Cloruro mórfico**: 10 mg. i.v. y s.c.
 - **Diacepan rectal**: 10 mg. si no disponemos de los fármacos anteriores.

FRACTURAS PATOLÓGICAS

■ CONCEPTO

Son las que se producen en hueso, previamente lesionado

■ ETIOLOGÍA

Tumoral

- C. de mama.
- C. de tiroides.
- C. de pulmón.
- C. de próstata.
- C. de riñón.
- Mieloma.

No tumoral

- Osteoporosis.

■ **CLÍNICA**

- Dolor.
- Impotencia funcional.

■ **TRATAMIENTO**

1. Inmovilizar.
2. Tratamiento del dolor.
3. Radioterapia: Mejora el dolor y disminuye el riesgo de nuevas fracturas.

II.8 INFORMACIÓN

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas en la práctica de los cuidados paliativos es determinar si informamos o no al enfermo de cáncer y cómo se va a desarrollar esa información. Es frecuente encontrar que los términos “información” y “comunicación” se usan indistintamente. Estrictamente la información es una parte de la comunicación y se ha centrado en un gran dilema, informar o no de la verdad al paciente. La comunicación es un proceso dinámico y multidireccional de intercambio de información que implica la adaptación a una realidad cambiante, con avances, retrocesos, matices, significados, y en el que participan el paciente, la familia y el equipo de cuidados paliativos. Nos conduce a una relación interpersonal auténtica, punto clave para atender con calidad todas las dimensiones de una persona enferma. La comunicación empática sobre la situación clínica es, aparte de una esperanza básica de la mayoría de los pacientes, una obligación ética y moral del médico.

El modelo de comunicación no se rige por patrones establecidos, sino que cada paciente, familiar o miembro del equipo de cuidados paliativos son un mundo distinto, incluso habría que considerar el medio en el que nos desenvolvemos, ya que no es igual la forma de comunicar en cada país ni en cada cultura.

PROCESO DE COMUNICACIÓN

Como hemos comentado la comunicación entre el clínico y el paciente es un intercambio de información. Esta conexión puede ocurrir en cualquier estadio de la enfermedad: diagnóstico, descubrimiento de progresión tumoral, transición a cuidados paliativos o cerca del fin de la vida. Por esto, nos tenemos que plantear qué saben los pacientes, qué quieren saber, qué opinan los familiares y cuál es la actitud del médico.

Según varios estudios entre el 40% y el 70% de los pacientes conocen la naturaleza de su enfermedad, por lo que el enfermo debe tener la oportunidad de llevar la iniciativa y marcar el ritmo, el tiempo, él o los interlocutores y la forma de información.

Existen diferentes tipos de pacientes en función de la información requerida o solicitada sobre su enfermedad:

- Pacientes que exigen un diagnóstico.
- Pacientes que piden el diagnóstico, pero que al mismo tiempo muestran no querer ser informados de la verdad: “¿Verdad que no tengo cáncer?”
- Pacientes que no se interesan en absoluto por su diagnóstico.

La comunicación incluye varios factores: actitudes, aptitudes, mecanismos de adaptación, aspectos relacionados con avances y retrocesos y variaciones en el diagnóstico. En algunas ocasiones, los pacientes y/o sus familiares pueden tener expectativas en cuanto a tratamiento y resultados no reales. Una buena comunicación establece un vínculo entre médico y paciente en el que afloran sentimientos durante el curso de la enfermedad que involucran a los pacientes, a la familia y al equipo de cuidados paliativos.

Entre los temas a tratar se encuentran:

- Diagnóstico y pronóstico.
- Historia natural de la enfermedad.
- Manejo de síntomas.
- Implicación con la terapia.
- Esperanza y expectativas sobre el tratamiento.

- Planificación para el futuro.
- Transición desde el tratamiento curativo a cuidados paliativos.
- Maniobras de resucitación.
- Respuestas al fin de la vida.

A medida que avanza la enfermedad es muy frecuente que los intereses se vayan trasladando hacia aspectos más concretos, como la fecha de alta, el descanso nocturno, aspectos familiares, detalles de la vida cotidiana.

Como modelo de comunicación podemos asumir el de los **seis pasos de Buckman**:

■ PASO 1.

FASE INICIAL: El primer paso es reconocer el contexto en el que se va a desarrollar la entrevista y tratar de dar respuesta a las siguientes preguntas:

¿Quién debe informar?: Lo ideal sería alguien cercano al paciente o que lo conociera de algún encuentro previo. En nuestro medio suele ser el médico. Es fundamental que quién informe al paciente, conozca perfectamente la situación y esté completamente seguro del diagnóstico y pronóstico. Hay que determinar también quién estará presente en la entrevista, para ello tenemos que informarnos previamente del tipo de relación que tiene con sus familiares o amigos cercanos y pedir permiso al paciente para que estén presentes algunos de sus allegados que le puedan servir de soporte en esos momentos. Debemos ser cautelosos a este respecto y respetar los deseos o decisiones del paciente.

¿Cuándo se debe informar?: Deberíamos informar lo más pronto posible una vez conocido el diagnóstico con certeza. Hay que prever el “tiempo” que vamos a necesitar y concedernos ese tiempo para atender al enfermo. Es bueno sentarnos cuando vayamos a hablar con él, percibirá que el tiempo dedicado es mayor; ser “próximos” en nuestra distancia corporal, mantener el contacto ocular y utilizar un tono de voz pausado y sereno.

¿Dónde informar?: Lo ideal sería contar con una habitación separada en la que se disponga de intimidad. Si esto no fuera posible, intentaríamos buscar la mayor privacidad.

¿Como informar?: Casi siempre es más importante cómo se dicen las cosas que lo que decimos. Para empezar el diálogo con el enfermo podríamos hacerlo con alguna de estas preguntas: “¿Cómo se siente hoy?”, “¿Le parece bien que charlemos un rato?”, “Si no está en condiciones podemos dejarlo para mañana”.

■ PASO 2:

TRATAR DE AVERIGUAR LO QUE EL PACIENTE SABE DE LA ENFERMEDAD, utilizando por ejemplo las siguientes preguntas: “¿Cómo supo de su enfermedad?”, “¿Qué le han dicho los médicos sobre su operación?”, “¿Ha pensado que su operación podría ser grave?”. Las respuestas del paciente nos van a proporcionar una información muy valiosa sobre el grado de comprensión de la situación por parte del paciente, el estilo de comunicación que prefiere el enfermo y el contenido emocional de sus mensajes.

■ PASO 3:

INTENTAR AVERIGUAR LO QUE EL PACIENTE QUIERE SABER: “Si se pusiera peor, es Vd. una de esas personas que quiere saber en cada momento lo que le está sucediendo”, “¿Desea que hablemos en detalle sobre su diagnóstico o prefiere que hoy discutamos únicamente sobre el plan que podemos seguir?”, “Parece Vd. preocupado”. A veces el paciente está muy asustado y prefiere que se le tranquilice, no espera una respuesta solo quiere descargar emociones. Puede ser útil en estos casos reflejarle su pregunta “¿Qué le hace pensar que va a morir muy pronto?”. Así comprobaremos si quiere una respuesta o sólo

desahogarse. No siempre va a pedir una información extensa, debemos respetar la negación dejando puertas abiertas y verificando en entrevistas posteriores con el paciente que sigue sin desear recibir información.

■ PASO 4:

COMPARTIR LA INFORMACIÓN. Este sería el punto en el que estamos ya en situación de dar el diagnóstico. Quizá sea el momento más difícil, pero si hemos seguido los pasos y hemos creado un buen contexto, no será tan duro. No hay por qué pretender dar toda la información en la primera entrevista. La verdad constituye un proceso y hay que ir ofreciéndola en pequeñas dosis. No hay que dar falsas esperanzas, puede que no podamos ofrecer la curación, pero se puede mantener la esperanza de que no sufrirá, de que estará acompañado. Tampoco es conveniente decir al paciente cuánto tiempo le queda, porque es algo de lo que jamás podemos tener la certeza y podríamos provocar ansiedades. Debemos verificar regularmente que comprende lo que estamos diciendo, no dar nada por sabido.

■ PASO 5:

RESPONDER A LAS EMOCIONES DEL PACIENTE es un elemento crucial en la comunicación en Cuidados Paliativos. Supone identificar las emociones, darles un nombre y hacer frente a las mismas.

■ PASO 6:

ORGANIZAR Y PLANIFICAR: Se propone hacer un resumen de la situación y plantear un plan en función de las necesidades del paciente y de las prioridades analizadas con él, presentándole las diferentes posibilidades y alternativas. En este momento también deberíamos identificar estrategias de afrontamiento del paciente, así como redes de apoyo social y familiar que podrán serle útiles.

Ciertamente estos seis pasos podrían ampliarse a multitud de detalles, cambiarlos de forma, de orden o de contenido. Pero como hemos dicho, nunca nos vamos a encontrar pacientes iguales, ni médicos iguales; lo que nunca hay que olvidar es que hay que adaptarse en cada momento al enfermo y a cada situación particular.

ASPECTOS SOCIALES DE LA COMUNICACIÓN

- La enfermedad añade un conjunto de factores que redefinen la persona y sus relaciones. Si la patología es potencialmente mortal, la situación es más compleja.
- El valor de la comunicación sobresa cuando se reconoce que es la clave para acceder y atender con dignidad todas las dimensiones de la persona enferma. Por esto en el ámbito de los cuidados paliativos se entiende que una comunicación efectiva con los pacientes, sus familias y quienes están involucrados en sus cuidados, es un componente esencial de la asistencia.
- Es importante tener en cuenta que los condicionamientos culturales, institucionales, educativos, psicológicos, formativos o éticos, pueden generar barreras que dificulten un enfoque adecuado de la comunicación.
- Existen muchas diferencias culturales entre áreas con respecto a la información. En los países latinos, la participación más activa y protectora de la familia introduce un elemento relevante que conviene tener en cuenta.
- Con respecto a la situación social y económica, existen diferencias en la “expresión verbal” de la demanda. Sin embargo, las necesidades de comunicación existen siempre y son universales. Y la capacidad de ajuste a las malas noticias no depende de la cultura ni de la situación económica y social, y mucho, en cambio, de aspectos personales.

- En la comunicación del diagnóstico es esencial individualizar y considerar algunos elementos o variables que pueden servir de orientación para ser más o menos explícitos a la hora de dar información al enfermo. Entre estas variables a considerar se encuentra el rol social del paciente y su proyecto vital hasta ese momento. Es preciso preguntarse qué efecto puede tener para él permanecer en la duda respecto a su futuro y el de sus familiares. Un clima de desorientación y miedo en el enfermo y la familia, hará muy difícil, por no decir imposible, la elaboración de un proyecto vital mínimamente realista. Es un derecho del enfermo poder tomar decisiones de interés (ya sea moral, religioso, patrimonial, etc.) tanto para él como para sus allegados.

COMUNICACIÓN Y FAMILIA

La familia y/o el entorno afectivo de los enfermos es el recurso idóneo para afrontar una situación difícil, por lo que se constituye en un elemento a cuidar.

Este entorno vive un proceso similar al del paciente, de adaptación a la situación difícil, matizada por sus experiencias, sus funciones en la familia, su participación en los cuidados, su capacidad individual y la capacidad de soporte del equipo.

En España la familia tiene una función importante en el proceso de información y la toma de decisiones. Con frecuencia, y especialmente en pacientes de cáncer o con enfermedades de mal pronóstico, los miembros de la familia reciben más información y antes que los pacientes. La confidencialidad con el enfermo queda rota y las preferencias de los familiares tienen a menudo una influencia determinante en las decisiones sobre la revelación del diagnóstico y el pronóstico de los pacientes. Se produce entonces la “conspiración de silencio”; la familia va a tratar de silenciar toda la información en un intento de autoprotección (así no lo reconocen plenamente y no se verán obligados a hablar de ello) y de protección del enfermo (ahorrándole malestar y sufrimiento).

Es comprensible el miedo de la familia a las consecuencias de la información, especialmente si luego tiene que arrastrarlas en solitario.

La “conspiración de silencio”, sobre todo aumenta la soledad del enfermo y bloquea los mecanismos de compartir con otras personas una situación agobiante; el secretismo incrementa la ansiedad y la depresión, que se añaden a una situación ya difícil.

Al paciente y a la familia se les puede ayudar compartiendo la verdad en vez de evitarla; de esta forma el nivel general de tensión se reducirá de forma importante.

Las estrategias de comunicación con el entorno y la metodología y actitudes para trabajar con la familia son similares a las propuestas para con el enfermo.

Con la familia en conjunto, podemos plantearnos como objetivos los de promover el ajuste personal a la situación, aumentar la capacidad de cuidar y posibilitar una adaptación normal a la pérdida (duelo).

CONCLUSIONES

Una buena comunicación reduce el aislamiento del enfermo, disminuye la incertidumbre y los miedos, aumenta su capacidad de adaptación y favorece la realización de objetivos conjuntos sobre su terapia y cuidados. La comunicación es uno de los pilares de los Cuidados Paliativos.

Es preciso que la ayuda a los pacientes y a sus familias permita establecer una comunicación clara y abierta que facilite el entendimiento mutuo, para compartir la tensión y acompañarse. Se trata sobre todo de crear el clima en el que el enfermo y la familia puedan expresar sus necesidades, así como un compromiso de soporte del equipo.

III

BIBLIOGRAFÍA

III. BIBLIOGRAFÍA:

1. BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M. MOCK, J.E., ERBAUGH, J.K. *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry 1961;4:561-571.
2. FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., MCHUGH, P.R. *Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. J. Psychiatr Res 1975;12:397-408.
3. ZIGMON, A.S., SNAITH, R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatrica Scandinava 1983;67:361-370.
4. LORR, M., MACNAIR, D.M. *Profile of mood states manual*. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Service;1984.
5. MASSIE, M.J., HOLLAND, J. *Diagnosis and treatment of depression in the cancer patients*. J. Clin Psychiatry 1984;45(3):25-28.
6. BRUERA, E., KUEHN, N., MILLER, M.J., SELMSER, P., MACMILLAN, K. *The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients*. Journal of Palliative Care 1991;7(2):6-9.
7. GÓMEZ, M. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas: ICEPSS; 1994.
8. GONZÁLEZ BARÓN, M., ORDÓÑEZ A., FELIZ J., ZAMORA .P, Espinosa. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Panamericana; 1995.
9. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV (4ª Edición)*. Madrid: Masson;1995.
10. ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C., ASTUDILLO, E. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona: EUNSA; 1995.
11. GARCÍA-GARCÍA, J.A., LANDA, V., TRIGUEROS, M.C., CALVO, P., GAMINDE, I. *Versión adaptada al castellano de Inventario de experiencias en duelo*. Grupo de Trabajo sobre Duelo. Bizkaia: Trapaga; 1995.
12. Generalitat de Catalunya. Societat Catalano-Balear de cures paliatives. *Estándards de Cuidados Paliativos. Servei Cátala de la Salut*. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1995.
13. GÓMEZ BATISTE, X., PLANAS DOMINGO, J., ROCA CASAS, J., VILADIÚ, P. *Cuidados paliativos en oncología*. Barcelona: JIMS; 1995.
14. LÓPEZ IMEDIO, E. *Formación continuada. Cuidados paliativos 2*. Madrid: Olalla ediciones, S.L.; 1997.
15. WORDEN, W. *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós;1997.
16. BAYÉS, R., LIMONERO, J.T., BARRETO, P., COMAS, M.D. *A way to screen for suffering in palliative care*. 1997;13(2): 22-26.
17. HOLLAND, J.C. *Preliminary guidelines for the treatment of distress*. Oncology. 1997 nov.:109-114.
18. CENTENO CORTÉS, C. *Introducción a la Medicina Paliativa*. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 1998.

19. GÓMEZ SANCHO, M. *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid: ARAN; 1998.
20. Gómez Sancho, M. *Medicina paliativa, la respuesta a una necesidad*. Madrid: ARAN; 1998.
21. LÓPEZ IMEDIO, E. *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid: Panamericana; 1998.
22. AXELSSON, B., Christensen, S.B. *Evaluation of a hospital-based palliative support service with particular regard to financial outcome measures*. Palliat Med 1998;12:41-9.
23. HEARN, J., HIGGINSON, IJ. *Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review*. Palliat Med 1998;12:317-32.
24. BENÍTEZ, M.A., LLAMAZARES, A.I., GARCÍA, G., CABREJAS, A., GUERRA, A., ESPINOSA, J.M., et al. *Cuidados paliativos*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); diciembre, 1998.
25. Resolución de 26 de julio de 1999, de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se crean los puestos de personal de los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD). (BOE, 10-08-1999).
26. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Primaria. Cartera de Servicios de Atención Primaria: Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Madrid: INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa; 1999.
27. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Primaria. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). Madrid: INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa; 1999.
28. LÓPEZ LARA, F., CENTENO CORTÉS, C. *Actualizaciones en medicina paliativa*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1999.
29. GÓMEZ SANCHO, M. *Medicina en la cultura latina*. Madrid: ARAN; 1999.
30. SALISBURY, C., BOSANQUET, N., WILKINSON, E.K., FRANKS, PJ., KITE, S., LORENTZON, M., NAYSMITH, A. *The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life: a systematic literature review*. Palliat Med 1999;13:3-17.
31. Gobierno Vasco. Guía para la Gestión de Procesos. Vitoria: Departamento de Sanidad. Servicio Vasco de Salud; noviembre, 1999.
32. CENTENO, C., HERNANDEZ, S., FLORES, L.A., LÓPEZ-LARA, F. Directorio de Cuidados Paliativos 2000. Valladolid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); 2000.
33. DÍEZ RIPOLLÉS, J.L., SANTOS AMAYA, I.M., GARRIDO DE LOS SANTOS. *La atención a los enfermos terminales*. Valencia: Tirant lo blanch; 2000.
34. DIE TRIL, M., LOPEZ IMEDIO, E. *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid: Ades Ediciones; 2000.
35. CHANG, V.T., HWANG, S.S., FEUERMAN, M. *Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale*. Cancer 2000 May 1; 88(9):2164-71.
36. CALLAHAN, D. *Death and the research imperative*. N. Engl. J. Med. 2000; 342:654-6.
37. Instituto Nacional del Cáncer. Control del dolor: *Guía para las personas con cáncer y sus familias*. Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Servicio de Salud Pública. Institutos Nacionales de la Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Septiembre, 2000.
38. GIL, F. *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Nova Sidonia; 2000.
39. BENÍTEZ DEL ROSARIO, M.A., SALINAS MARTÍN, A. *Cuidados paliativos y atención primaria. Aspectos de organización*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2000.

40. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
41. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Cuidados Paliativos en las personas mayores*. Glosa Ediciones; 2001.
42. BAYÉS, R. *Psicología del sufrimiento y de la Muerte*. Barcelona: Martínez Roca; 2001.
43. BENÍTEZ, M.A., CASTAÑEDA, P., GIMENO, V., GÓMEZ M., DUQUE, A., PASCUAL, L., et al. Documento de Consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. *Aten Primaria* 2001 feb. 15; 27(2):123-6.
44. ALBEROLA, V., CAMPS, C., GERMA, J.R., GÓMEZ, X., GÓMEZ, M., LÓPEZ-LARA, F., PASCUAL, A. *Modelos de Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer*. *Med. Pal. (Madrid)* 2001;8(2):80-4.
45. CENTENO, C., HERNANSANZ, S., FLORES, L.A., SANZ, A., LÓPEZ-LARA, F. Programas de Cuidados Paliativos en España, año 2000. *Med. Pal. (Madrid)* 2001; 8(2):85-99.
46. COHEN, S.R., BOSTON, P., MOUNT, B.M., PORTERFIELD, P. *Changes in quality of live following admission to palliative care units*. *Palliat Med* 2001;15:363-71.
47. Junta de Andalucía. *Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales*. Sevilla: Consejería de Salud; 2001.
48. Junta de Castilla y León. Centro Regional de Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor: VARA HERNANDO, F.J., coordinador. *Protocolos en Medicina Paliativa*. 2ª ed. Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 2001.
49. KISSANE, D., CLARKE, D.M., STREET, A.F. *Demoralization syndrome - A relevant psychiatric diagnosis for palliative care*. *Journal of Palliative Care* 2001;17(1):12-21.
50. INSALUD. Subdirección General de Atención Primaria. Evaluación del Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte: Instrucciones 2001. Madrid: INSALUD; agosto, 2001.
51. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Primaria. Cartera de servicios de Atención Primaria: Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Madrid: INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa; 2001.
52. Junta de Andalucía. Plan Integral de Oncología de Andalucía: 2002-2006. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
53. Generalitat Valenciana. Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana 2002-2006. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2002.
54. Federación de Sociedades Españolas de Oncología. Tercer Libro Blanco de la Oncología en España. Madrid: FESEO; 2002.
55. Xunta de Galicia. Plan Oncológico de Galicia 2002-2005. Consellería de Sanidad; 2002.
56. Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado: Cuidados Paliativos. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
57. Junta de Extremadura. Programa Marco de Cuidados Paliativos. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud; 2002.
58. FERRIS, F., BALFOUR, H.M., BOWEN, K., FARLEY, J., HARDWICK, M., LAMOMTAGNE, C., et al. *A Model to Guide Hospice Palliative Care: based on national principles and norms of practice*. Ottawa: Canadian Hospice Palliative Care Association; 2002. (www.cpcna.net).
59. FLORES, L.A., CENTENO, C., HERNANSANZ, S., RUBIALES, A.S., LÓPEZ-LARA, F. *Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos 2002*. Valladolid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); 2002.
60. MARTÍNEZ, J.A., ALONSO, J.M., ALBERT, V. *Cáncer y Medicina de Familia*. Madrid: Fundación SEMERGEN. Drug Farma; 2002.

61. FERNÁNDEZ, A., FERNÁNDEZ, T., ALONSO, C., MARCILLA, M., CORTINA, A., CONDE, M. et al. *Actitud de los usuarios de centro de salud ante el diagnóstico de enfermedad terminal. Atención Primaria* 2002 oct.;30(7):449-54.
62. LLERAS, S. *Gestión por procesos: su utilidad en Atención Primaria. SEMERGEN* 2002; 28(6): 307-14.
63. GÓMEZ-BATISTE, X., DE LA MATA, I., FERNÁNDEZ, M., FERRER, J.M., GARCÍA, E., NOVELLAS, A. et al. Ministerio de Sanidad y Consumo, SECPAL, FAD. *Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.*
64. DECRETO 122/2002, de 7 de noviembre, por el que se aprueba la Estrategia Regional contra el Cáncer en Castilla y León 2002-2004. B.O.C.yL., nº218, 11 de noviembre 2002.
65. Gobierno Vasco. *Guía para la representación de los procesos de un hospital. Vitoria: Departamento de Sanidad. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud; enero 2003.*
66. FERNÁNDEZ, I., FERNÁNDEZ, E., SANZ, R. *Cuadernos de Gestión* 2003 (enero-marzo);9(1):7-25.
67. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). *Guía de Cuidados Paliativos.* (www.secpal.com).
68. SOLSONA, J.F., SUCARRATS, A., MAULL, E., BARBAT, C., GARCÍA, S., VILLARES, S. *Toma de decisiones al final de la vida. Encuesta sobre la actitud ante la muerte en el paciente crítico. Med. Clin. (Barc)* 2003; 120(9):335-6.
69. MONTES-ROMERO, J.A., RODRÍGUEZ-GALDEANO, M., CERVANTES-BONET, B., MARÍN, N. *Sobre "toma de decisiones al final de la vida". Med Clin (Barc)*2003;121(8):317-8.
70. BENÍTEZ-ROSARIO, M. *Cuidados Paliativos en pacientes no oncológicos. Med. Clin. (Barc)* 2003;121(8):297-8.
71. DE LIMA, L., BRUERA, E. International Association for Hospice and Palliative Care – IAHPIC (Asociación Internacional de Cuidados de Hospicio y Paliativos): reporte de iniciativas y actividades internacionales. *Med Pal (Madrid)* 2003; 10(2):62-5.
72. Sacyl. Gerencia Regional de Salud. Dirección Técnica de Atención Primaria. *Evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Plan de Gestión* 2003.
73. DIE TRIL, M. *Los trastornos del estado de ánimo. En: Die Tril M., Editora. Psico-Oncología. Madrid: Ades Ediciones; 2003. p. 347-66.*
74. SCHROEDER PUJOL, M. *Impacto emocional y tratamiento psicológico durante la fase terminal. En: Die Tril M., Editora. Psico-Oncología. Madrid: Ades Ediciones; 2003. p. 629-45.*
75. BENÍTEZ-ROSARIO, M.A., ASENSIO, A. *Las mejores páginas web en cuidados paliativos. FMC* 2003;10(6):401-2.
76. GORT, A.M., MAZARICO, S., BALLESTÉ, J., BARBERÁ, J., GÓMEZ, X., DE MIGUEL, M. *Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en cuidados paliativos. Med Clin (Barc)* 2003;121(4):132-3.
77. ARRANZ, P., BARBERO, J.J., BARRETO, P., BAYÉS, R. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. 1ª ed. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas; 2003.*
78. GIL, F.L., MATÉ, J. *Gestión de una Unidad de Psico-oncología. Asesoramiento genético. En: REMOR, E., ARRANZ, P., ULLA, S. Editores. El Psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2003. p. 679-700.*
79. COMAS, M.D., SCHROEDER, M., VILLALBA, O. *Intervención psicológica en una unidad de cuidados paliativos. En: REMOR, E., ARRANZ, P., ULLA, S., Editores. El Psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2003. p.777-813.*
80. AGRA, Y., SACRISTÁN, A., PELAYO, M., FERNÁNDEZ, J. *Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales de un área sanitaria de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública* 2003;77(5): 567-79.

81. GAMO, E., DEL ÁLAMO, C., HERNANGÓMEZ, L., GARCÍA, A. *Seguimiento de pacientes que consultan por duelo*. Actas Esp. Psiquiatr. 2003;31(5): 239-43.
82. Junta de Castilla y León. Estadística de Mortalidad en Castilla y León 1999. Consejería de Sanidad. Observatorio de Salud Pública. Servicio de Estadística; 2003.
83. Junta de Castilla y León. Movimiento natural de la población en Castilla y León: Defunciones 2000. Estadística sobre mortalidad. Consejería de Hacienda. Dirección General de Estadística; 2003.
84. JUAN, C. *Los cuidados del enfermo en el final de la vida*. Jano 2003 extra nov;65(1495):1472-7.
85. GÓMEZ-BATISTE, X., BORRELL, R., ROCA, J., TRELIS, J., NOVELLAS, A. *Ética clínica y cuidados paliativos*. Jano 2003 extra nov;65(1495): 1478-81.
86. GÓMEZ-BATISTE, X., NOVELLAS, A., ALBURQUERQUE, E., SCHRODER, M. *Información y comunicación en enfermos con cáncer avanzado y terminal*. Jano 2003 extra nov;65(1495): 1482-9.
87. Declaraciones institucionales sobre la enfermedad terminal y los cuidados paliativos. Jano 2003 extra nov.; 65(1495): 1497-8.
88. AZULAY TAPIERO, A. *La sedación terminal. Aspectos éticos*. An. Med. Interna (Madrid) 2003; 20(12): 645-9.

