

Manual para el Manejo del Paciente

en Cuidados Paliativos
en Urgencias Extrahospitalarias



SUMMA 112



Comunidad de Madrid

Manual para el Manejo del Paciente
en Cuidados Paliativos
en
Urgencias Extrahospitalarias

Reservados todos los derechos.

No está permitida la reproducción total o parcial de esta publicación, ni su tratamiento informático, ni la transmisión por ningún medio ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos, sin el permiso previo de los titulares del Copyright.

© editores 2011 - SUMMA 112

ISBN: 978-84-939476-0-6

Edición y diseño: Arrow Concept SL

Con el patrocinio de Ferrer Farma, S.A.

Esta obra refleja las opiniones de los autores y no representan necesariamente las de Ferrer Farma S.A.



C/ Galileo 281-285 Entlo 1º 2ª, 08028 Barcelona

Índice de autores

M^a Paz Agustín Illueca

Médico del SUMMA 112

Juana Arrieta Canales

Médico del SUMMA 112

Angela Benites Burgos

Médico del SUMMA 112

M^a Luisa del Río García

DUE del SUMMA 112

Ana Isabel Moral Lamela

Médico del SUMMA 112

Emiliana Rodríguez Franco

DUE del SUMMA 112

M^a Jesús Saldaña Martínez

Médico del SUMMA 112

Blanca M^a Vázquez Quiroga

Médico. Coordinadora Equipos Urgencia SUMMA 112

Fernando Vegas Ibáñez

Médico del SUMMA 112

ÍNDICE

CONTENIDO

– INTRODUCCIÓN	7
– DEFINICIONES	9
– MANEJO DEL DOLOR	13
– MANEJO DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	23
– MANEJO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS ..	29
– MANEJO DE LAS COMPLICACIONES RENALES Y URINARIAS	33
– MANEJO DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS ..	37
– MANEJO DE ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS	41
– MANEJO DE SÍNTOMAS SISTÉMICOS	47
– ÚLTIMOS DÍAS	51
– CUIDADOS DE ENFERMERÍA	55
– ANEXOS	61
• ESCALA DE KARNOFSKY	63
• ÍNDICE DE KARNOFSKY	64
• VADEMÉCUM EN CUIDADOS PALIATIVOS	65
• ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS	71
• ALGORITMOS	77
• BIBLIOGRAFÍA	87

PRESENTACIÓN

El modelo de atención a los Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid está orientado a asegurar, en todos los niveles del sistema sanitario madrileño, una atención sanitaria de calidad para los enfermos terminales, que responda a las necesidades y expectativas del enfermo y su familia.

En la Comunidad de Madrid, fuera del ámbito del hospital, el SUMMA 112 es el único servicio sanitario extrahospitalario que presta asistencia las 24 horas del día los 365 días del año, y su actuación garantiza no sólo la atención a las urgencias y emergencias, sino también la continuidad asistencial en aquellos tramos horarios distintos de los habituales en Atención Primaria.

Esta continuidad asistencial y de cuidados debe prestarse de forma más eficaz, si cabe, a los pacientes en situación terminal, ya que, como plantea la estrategia del Plan Regional de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, debe existir una adecuada coordinación entre niveles asistenciales y entre recursos convencionales y recursos específicos de cuidados paliativos.

Con estas premisas como referencia, un grupo de profesionales del SUMMA 112, bajo los auspicios de la Dirección Médica del SUMMA 112, crearon en 2006 la Comisión de Cuidados Paliativos del SUMMA 112, cuyos objetivos finales eran por una parte, construir una línea de cooperación y coordinación con Atención Primaria y por otra, detectar necesidades y facilitar herramientas a los profesionales del SUMMA 112 para atender a este colectivo.

En respuesta a este último objetivo se elabora el siguiente Manual con el que queremos facilitar la asistencia a los pacientes en situación terminal proporcionando a nuestros profesionales una herramienta de consulta de fácil manejo y adaptada a nuestro medio de trabajo.

El Manual se divide en tres partes bien diferenciadas: una primera parte donde figuran las definiciones y criterios de terminalidad; una segunda parte, eminentemente clínica, donde se abordan las patologías más frecuentes agrupadas por aparatos incluyendo dos capítulos dedicados específicamente a cuidados de enfermería y últimos días y una tercera parte de anexos, donde se incluyen un vademécum de paliativos, la escala analgésica de la OMS y los algoritmos de los distintos capítulos.

Esperamos que el esfuerzo realizado en la elaboración de este Manual os sea de utilidad y contribuya a mejorar la atención que prestamos a nuestros ciudadanos.

Dr. Pedro Martínez Tenorio
Director Gerente del SUMMA 112

INTRODUCCIÓN

La atención a los enfermos que padecen una enfermedad en fase avanzada ha pasado a ser objeto de una mayor preocupación, tanto por parte de los profesionales sanitarios como de la sociedad en su conjunto. Esto se debe principalmente al envejecimiento de la población, al aumento de las enfermedades oncológicas y a la mayor supervivencia de estos pacientes. Los cuidados paliativos tienen como objetivo intentar aliviar el sufrimiento y mejorar en lo posible su calidad de vida.

La frontera entre el tratamiento curativo y el paliativo se difumina en aras de dar una respuesta a las necesidades de cada paciente y cada familia en el momento en que éstas aparezcan. Así, aplicaremos gradualmente un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el enfermo deja de responder al tratamiento específico.

DEFINICIONES

CONTENIDO

- SITUACIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL . 10
- CUIDADOS PALIATIVOS 10
- CRITERIOS DE TERMINALIDAD
EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO 10
- CRITERIOS DE TERMINALIDAD
EN EL PACIENTE NO ONCOLÓGICO 11

SITUACIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL

Es “aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la existencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos, con un pronóstico vital limitado, que genera una gran demanda de atención, y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación” (*Plan Nacional de Cuidados Paliativos, bases para su desarrollo*).

CUIDADOS PALIATIVOS

Son aquellos que “consisten en la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación.

La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. Si fuera necesario el apoyo debe incluir el proceso de duelo” (5 de mayo de 1991. *Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE.*).

Paciente paliativo

Aquel que presenta una enfermedad avanzada progresiva e incurable, en el que el tratamiento específico para la enfermedad ha sido optimizado al máximo, que presenta múltiples problemas o síntomas intensos que no mejoran a pesar del tratamiento adecuado, y cuya vida es limitada.

Estos pacientes pueden ser **Oncológicos** ó **No oncológicos**.

CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

- Presencia de una enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable; con diagnóstico histológico demostrado. En algunas situaciones especiales y de manera excepcional, se aceptará la ausencia de diagnóstico histológico. En estas situaciones, en las que por la situación clínica del paciente no se considera adecuado proceder a una investigación exhaustiva de su neoplasia, se deberá haber excluido tumores potencialmente tratables.
- Haber recibido terapéutica estándar eficaz y encontrarse en situación de es-

casa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico para su patología oncológica. En determinadas situaciones se deben utilizar recursos considerados como específicos por su impacto favorable sobre la calidad de vida (quimioterapia oral, radioterapia, hormonoterapia, bifosfonatos, moléculas en 3ª y 4ª línea. etc...)

- Presencia de problemas ó síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con el proceso de morir.
- Pronóstico vital limitado a los últimos meses de vida, a excepción de aquellas situaciones clínicas complejas que aconsejen cuidados paliativos por la previsión de ganancia en calidad de vida.

CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN EL PACIENTE NO ONCOLÓGICO

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, sin respuesta al tratamiento médico o quirúrgico.
- El tratamiento específico para la patología de base ha sido optimizado al máximo posible para el paciente. En general, el tratamiento específico, cuando existe, debe mantenerse en la fase final de la enfermedad. La sustitución del tratamiento específico por tratamiento paliativo puro es una excepción justificada sólo en situaciones de proximidad del *exitus*.
- Presencia de problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes a pesar del empleo del adecuado tratamiento específico, precisando varias visitas a urgencias, hospitalizaciones, etc. en los últimos 6 meses.
- Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte, con numerosas demandas de atención sanitaria en domicilio, residencias asistidas, etc.
- Pronóstico vital limitado. Los pacientes susceptibles de una atención específica son aquellos que presenten una situación más cercana al final de la vida. Los instrumentos que pueden facilitar la discriminación adecuada en la mayoría de las enfermedades de base se basan en el diagnóstico y el pronóstico.
- Dentro de los **No oncológicos**, los criterios de **Situación Terminal** son los siguientes:
 1. **Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC):** Síntomas de ICC en reposo a pesar del tratamiento (incluyendo al menos un IECA y un diurético), ICC grado IV con fracción de eyección < 20%. Arritmias no controlables a pesar de tratamiento, historia de síncope, disnea severa.
 2. **Insuficiencia Respiratoria Crónica y EPOC:** Enfermedad con FEV1 < 30% presencia de Cor pulmonale, o fallo cardíaco derecho, hipoxemia en reposo con O2 domiciliario pO2 < 55 ó Sat.parcial de oxígeno < 88%, Hipercap-

nia, pérdida de peso $\geq 10\%$ en los últimos 6 meses, Taquicardia en reposo ≥ 100 lpm. EPOC grado IV.

3. **Insuficiencia Hepática:** Enfermo no candidato a trasplante hepático, ascitis refractaria a restricción de líquidos y diuréticos, peritonitis bacteriana, síndrome hepato-renal, encefalopatía hepática refractaria a restricción proteica, lactulosa y neomicina, sangrado recurrente por varices a pesar de trasplante adecuado. Pérdida de peso progresiva, malnutrición.
4. **Insuficiencia Renal:** Pacientes que podrían ser candidatos a diálisis pero rechazan la misma o el trasplante, tienen una expectativa de vida menor de 6 meses. Presenta oliguria < 400 ml/24h, pericarditis urémica, síndrome hepato-renal.
5. **Demencia Avanzada:** Deterioro cognitivo muy severo, incapaz de comunicarse verbalmente con sentido, reconocer cuidadores etc. Con complicaciones médicas en el último año como neumonitis por aspiración, infecciones de tracto urinario, sepsis, fiebre recurrente tras antibiótico, dificultad para deglutir.
6. **Esclerosis Lateral Amiotrófica:** Su tratamiento es siempre paliativo ya que se produce la muerte neuronal de neuronas motoras, no afectando a neuronas sensitivas, musculatura ocular, esfínteres y función cognitiva. (Estos pacientes reúnen siempre criterios, independientemente del grado de afectación).

MANEJO DEL DOLOR

CONTENIDO

– DOLOR.	14
– CLASIFICACIÓN	14
– TERMINOLOGÍA ÚTIL.....	14
– PRINCIPALES SÍNDROMES DOLOROSOS .	15
– TRATAMIENTO DEL DOLOR	16
– TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	16
– DOSIS DE RESCATE	18
– CAMBIOS DE MRF A FTD.....	19
– CAMBIOS DE FTD A MRF.....	19
– AJUSTE DE LA MORFINA:	
RECOMENDACIONES.	19
– ERRORES FRECUENTES	21

DOLOR

El dolor es una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular. Siempre es un fenómeno subjetivo, el paciente es el que mejor puede informar de su dolor.

Más allá de las definiciones se ha de considerar que el dolor es una experiencia somato-psíquica.

CLASIFICACIÓN

1. POR SU DURACIÓN:

- Agudo
- Crónico

2. POR SU MECANISMO FISIOLÓGICO:

- Somático: Dolor bien localizado, pulsátil, punzante o rodente.
- Visceral: Profundo, sordo y difuso como una presión o tracción.

3. NEUROPÁTICO:

- Central
- Periférico
- Simpático

El paciente suele referir un dolor extraño, referido como descargas, corriente eléctrica, quemazón, acorchamiento, presión.

4. POR SU CURSO:

- Continuo, persistente a lo largo del día
- Episódico

TERMINOLOGÍA ÚTIL

1. **ALODINIA:** Dolor que aparece ante un estímulo que normalmente no produce dolor.
2. **CAUSALGIA:** Síndrome doloroso con dolor urente tras la lesión traumática de un nervio.
3. **DISESTESIAS:** Sensación anormal desagradable, puede ser espontánea o evocada.
4. **HIPERALGESIA:** Aumento de la respuesta dolorosa frente a un estímulo normal doloroso.
5. **HIPERESTESIA:** Aumento de la sensibilidad ante la estimulación táctil y térmica.
6. **HIPERPATÍA:** Síndrome doloroso caracterizado por una sensibilidad extrema, especialmente con la estimulación dolorosa.
7. **HIPOESTESIA:** Disminución de la sensibilidad ante un estímulo táctil o térmico.
8. **PARESTESIA:** Sensación anormal no desagradable. Puede describirse como hormigueo, hinchazón etc.

Es esencial recordar que en el paciente oncológico, sólo el 60% de los dolores que padece tienen su origen en la progresión de la propia neoplasia, un 33% se pueden relacionar con el tratamiento oncológico o con otras patologías coexistentes-intercurrentes.

PRINCIPALES SÍNDROMES DOLOROSOS

- 1. AFECTACIÓN ÓSEA:** Se trata de dolor que el paciente localiza bien en una/s zona/s de su cuerpo. La zona dolorosa se corresponde con el relieve óseo y la presión sobre el hueso exagera el dolor. El comienzo del dolor suele ser insidioso: la aparición brusca e intensa sugiere posible fractura. Los cuadros más frecuentes son las metástasis en la base del cráneo (se suelen acompañar de afectación de pares craneales), vertebrales o costales.
- 2. AFECTACIÓN NERVIOSA:** Normalmente por compresión medular. Se trata de una emergencia oncológica, se debe de sospechar ante cualquier paciente con dolor en el raquis junto con alteraciones de la fuerza y/o la sensibilidad. El dolor aumenta con el decúbito supino y mejora con la sedestación o la bipedestación: además, a lo anterior se le añade disfunción autonómica. Otros tipos de dolores por afectación neurológica varían dependiendo del plexo que se afecte.
 - **Carcinomatosis meníngea:** aparece en un 10% de todos los cánceres, cursa con cefalea e irritabilidad meníngea y alteraciones del estado de alerta.
 - Dolor postmastectomía, postoracotomía.
 - **Polineuropatías:** en el tratamiento con quimioterapia (QT) es frecuente que el paciente se queje de disestesias en manos y pies.

El dolor neuropático disestésico y continuo se debe de tratar como 1ª elección con gabapentina y amitriptilina.

Si el dolor es lancinante o episódico la 1ª elección es gabapentina ó carbamazepina.
- 3. DOLOR MUSCULAR:** El dolor muscular suele describirse como sordo, difuso y asociado con rigidez, suele evocarse con la palpación del músculo y su movimiento.

Se deben de utilizar relajantes musculares tipo diazepam 2,5-10 mg/VO por la noche.
- 4. PSEUDORREUMATISMO CORTICOIDEO:** Se caracteriza por mialgias y artralgias junto con sensación de cansancio con cierto predominio en intercostales.
- 5. DOLOR ABDOMINAL:** Este tipo de dolor puede tener múltiples causas como la compresión gástrica, estreñimiento, dolor hepático, por afectación de páncreas. Dolor pélvico etc.

El dolor **visceral** se trata con **Dexametasona** 2-4 mg/ día como dosis inicial, ya que es por distensión abdominal.

El dolor **cólico** se debe de tratar con **hioscina**, N-metilbromuro 10-20 mg/6-8 h.

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Consideraciones generales

1. Identificar las causas.
2. Analgesia regular y ajustar dosis individuales. Prescribir los analgésicos de forma regular y anticipándose al dolor. Dejar pautada la analgesia de rescate.
3. La coanalgesia es más la norma que la excepción.
4. Objetivos realistas.
5. Revisar regularmente y monitorizar.

Factores pronósticos

Según la ESS (Edmonton Staging System) existen factores según el dolor se encuentre en el estadio I o II.

ESTADIO I	ESTADIO II
Dolor visceral, óseo o de partes blandas	Dolor neuropático, mixto o de causa desconocida
Dolor no incidental	Dolor incidental
No existencia de distress emocional	Existencia de distress emocional
Escala lenta de opioides	Incremento rápido de la dosis de opioides
No antecedente de alcoholismo o adicción a drogas	Antecedente de alcoholismo o adicción a drogas
Buen control del dolor en el 93%	Buen control del dolor en el 55%

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El Tratamiento se basa en el uso racional de analgésicos y coanalgésicos según la Escala de Analgesia de la OMS.

ESCALÓN I	ESCALÓN II	ESCALÓN III
Analgésicos no opioides + - Coanalgésicos Paracetamol AINES Metamizol	Opioides débiles + - Coanalgésicos Codeína Dihidrocodeína Tramadol	Opioides potentes + - Coanalgésicos Morfina Fentanilo Metadona Oxycodona Buprenorfina

Observaciones

1. Escalón I:

- Todos los fármacos incluidos aquí tienen techo terapéutico.
- La asociación de Paracetamol + AINES no consigue un mejor control del dolor.
- Mayor gastropatía aparece en la asociación de 2 AINES, en la asociación con corticoides, las dosis altas, pacientes > 65 años y el consumo de alcohol y tabaco.
- Igual de eficacia entre los distintos AINES.
- Antes de iniciar un tratamiento con un fármaco del siguiente escalón, aumentar la dosis hasta alcanzar dosis máximas.
- Administrar protectores gástricos: omeprazol, lasoprazol, esomeprazol.

EQUIVALENCIAS : 500 mg. **AAS** = 650 mg. **PARACETAMOL** = 400 mg.
IBUPROFENO = 25 mg. **DICLOFENACO**.

2. Escalón II:

El tramadol no se debe de administrar en pacientes con epilepsia.

3. Escalón III:

- **MORFINA (MRF)**: Primer tratamiento de elección en control de dolor.
- Suele comenzarse con **MRF** oral de liberación rápida: (comprimidos de 10 y 20 mg. Solución oral 2 mg/ml y 20 mg/ml)
- **Dosis de inicio de 5 mg-10 mg/4 h.**
- A continuación se ajusta la dosis al alza según la respuesta del dolor y la toxicidad. La recomendación habitual es aumentar la dosis un tercio cada 24-48 horas y administrar medicación de rescate para ser tomada de forma simultánea siempre que sea precisa.
- El efecto analgésico de la MRF oral de liberación rápida comienza a los 35-45 min., la de liberación retardada a las 2-4 H de su administración con un pico máx. de 3-6 H y la de MRF SC a los 10-15 min, con una duración de 4 H.
- Siempre se deben administrar laxantes profilácticos de forma simultánea y se ha de contar con antieméticos por si aparecen náuseas. Los ancianos y los pacientes con alteraciones renales pueden necesitar dosis menores administradas en intervalos más amplios. La mayor parte de los pacientes consiguen alivio del dolor con menos de 200 mg de morfina diarios.
- En los pacientes con dolor intenso puede ser necesario ajustar la dosis con MRF parenteral. Una dosis inicial adecuada para los pacientes que no han recibido nunca opiodes es la de 10 a 20 mg. de morfina al día por vía subcutánea. La dosis se puede aumentar a continuación según la escala de dolor medida a las 24-48 horas.

EQUIVALENCIAS: DOSIS MRF ORAL / 2 = DOSIS MFR SC
DOSIS MRF ORAL / 3 = DOSIS MRF IV

- **FENTANILO (FNTL).** Considerando la morfina como el fármaco de elección para el dolor, dado su fácil manejo, bajo coste y sus numerosas presentaciones, el fentanilo se presenta como alternativa eficaz para todos aquellos pacientes que presenten efectos secundarios a la morfina. Las presentaciones más utilizadas son el Fentanilo Transdérmico (FTD) y el Fentanilo Transmucoso Oral (FTMO).
 1. FTD: Indicado en dolores estables no progresivos o incumplimiento terapéutico, así como pacientes cuya vía oral esté impedida.
 - Parches de 12, 25, 50, 75 y 100 mcg/h (validez 72 H)
 - Para su aplicación debe existir una piel intacta, en zona sin vello y sin sudoración.
 - Si aparece fiebre, se debe disminuir la dosis o retirar el parche por incremento de la absorción.
 - Se cambia el parche cada 72 H.
 2. FTMO: Indicado en el dolor irruptivo.
 - Su efecto analgésico comienza a los 5-10 min.
 - **Dosis de inicio 200 mcg** (esperar 15 minutos. Si no cede el dolor, repetir la misma dosis. No deben utilizarse más de dos unidades de FTMO de la misma dosis para tratar un mismo episodio de dolor).
 - Se puede consumir un máximo de 4 unidades/día (de la misma posología). Si el paciente presenta más de 4 episodios de dolor irruptivo al día, valorar ajuste del tratamiento analgésico de base.
 - El uso de FTMO como principio activo para el tratamiento del dolor irruptivo está por encima de cuál sea el principio activo de la medicación de base, es decir, no hay necesidad de administrar el mismo principio activo para el dolor irruptivo que el que se administra para el dolor crónico de base.

EQUIVALENCIAS: FNTL 25 mg/h (parche 72 H) = 30-60 mg MRF oral
de liberación rápida
OXICODONA 10 mg = 20 mg MRF oral

DOSIS DE RESCATE

a) Tratamiento de base con MRF. Rescate con MRF.

- Dosis de rescate: Misma dosis de MRF oral de liberación rápida ó 1/10 de DDT (dosis diaria total) de MRF. Se puede repetir a la hora si no mejora el dolor.
- Si > 3 dosis de rescate/día, se incrementa la DDT entre un 30-50%.

b) Tratamiento de base con FTD. Rescate con MRF.

- Dosis de rescate: De 5-10 mg de MRF de liberación rápida por cada 25 mcg de FTD.
- Si > 3 dosis de rescate/día, se incrementa la dosis FTD en 25 mcg/H.

c) Tratamiento de base con MRF o con FTD. Rescate con FTMO.

- Dosis de rescate: el FTMO tiene presentaciones de 200, 400, 600, 800, 1.200 y 1.600 mcg.
- Empezar con dosis de 200 mcg (esperar 15 minutos. Si no cede el dolor, repetir la misma dosis. No deben utilizarse más de dos unidades de FTMO de la misma dosis para tratar un mismo episodio de dolor).
- Si no se controla el episodio, pasar a la posología inmediatamente superior y seguir la misma pauta hasta controlar el dolor.

CAMBIOS DE MRF A FTD

- Calcular la DDT MRF (60 mg MRF = 25 mg/h FTD).
- Establecer dosis de rescate/día, aumentar 25 mcg/h FTD la dosis del parche. Si se produce somnolencia disminuir 20-30% DDT de FTD.

CAMBIOS DE FTD A MRF

- Calcular la dosis DDT FTD (25 mg/h de FDT = 60 mg MRF).
- Calcular un 25% menos de DDT por tolerancia cruzada incompleta.
- Comenzar tras 12 h después de la retirada del parche con pauta oral de MRF.
- Establecer dosis de rescate 1/10 DDT MRF oral ó dosis fraccionada cada 4 h.
- Reajustar a 36 h: Si > 3 dosis de rescate/día, aumentar 30-50% la DDT de MRF. Si se produce somnolencia disminuir 20-30% DDT de MRF.

MRF Morfina
FTD Fentanilo transdérmico
FTMO Fentanilo transmucosa oral
DDT Dosis diaria total

AJUSTE DE LA MORFINA: RECOMENDACIONES

- Usar compuestos de liberación inmediata, cada 4 horas por vía oral.
- Empezar con una dosis baja, en general 10 mg cada 4 horas (5 mg en ancianos) en pacientes que ya reciben un analgésico del 2º escalón. Si se salta el segundo escalón, 5 mg cada 4 horas puede resultar suficiente.

- Prescribir morfina de liberación inmediata intercurrente (a demanda) en la misma dosis que se administra cada 4 horas, con la frecuencia necesaria (hasta un máximo de una dosis cada hora).
- El número de dosis extra que se pueden administrar no tiene límites. Se deben tener en consideración el número de dosis intercurrentes o de rescate empleadas cuando se calcule la dosis diaria total.
- Aumentar la dosis que se administra cada 4 horas, aproximadamente un 30 o un 50% cada 24-48 horas, hasta conseguir controlar el dolor. Se sugiere el siguiente protocolo de incremento: 10-15-20-30-40-60-80-100-130 mg.
- Una dosis doble de morfina a la hora de acostarse no sustituye de forma eficaz a las dosis cada 4 horas por la noche. Se debe prescribir una dosis a mitad de la noche (para mantener la dosificación cada 4 horas) o recomendar al paciente que tome una dosis de rescate si se despierta.
- Si el paciente recibe ya un compuesto de liberación lenta pero tiene un dolor intenso, ajustar de nuevo la dosis volviendo a introducir un compuesto de liberación inmediata cada 4 horas, con incremento de la dosis, según se ha descrito antes, hasta conseguir el control del dolor.
- Tras controlar el dolor con los compuestos de liberación inmediata cada 4 horas, empezar a administrar la morfina de liberación controlada. Para calcular la dosis, sumar todas las exigencias de morfina, que incluyen las dosis regulares y las dosis intercurrentes o de rescate durante las 24 horas previas, y prescribir la dosis correspondiente en un compuesto de toma única para las 24 horas o administrarla en dos dosis diarias cada 12 horas.
- Prescribir siempre morfina de liberación inmediata en una dosis equivalente a la que se administra cada 4 horas para el dolor intercurrente (p.ej. 10 mg de morfina de liberación inmediata en pacientes que toman 30 mgrs de liberación retardada dos veces al día).
- A todos los pacientes que empiezan a recibir morfina se les deben prescribir laxantes profilácticos.
- Si los pacientes no pueden tomar la morfina oral, la vía alternativa preferida es la subcutánea.
- No está indicada la administración intramuscular de morfina en el dolor crónico porque la administración subcutánea resulta más sencilla y menos dolorosa.
- La morfina se debería prescribir para administración mediante infusión subcutánea en 24 horas (salvo que se emplee una bomba de infusión con dosis horarias).
- Las dosis intercurrentes (equivalentes a la dosis parenteral cada 4 horas) se pueden administrar cada 1-2 horas.
- La dosis intercurrente debería tener una acción de unas 4 horas de duración.
- Valorar el número de dosis intercurrentes necesarias cada día y modificar en consecuencia la dosis de 24 horas.
- Pocos pacientes desarrollan efectos secundarios intolerables a la morfina. En tales pacientes se debe plantear un cambio a un opioide alternativo.

ERRORES FRECUENTES

- Falta de uso de técnicas no farmacológicas para controlar el dolor.
- No administrar opioides a los pacientes con dolor hasta fases muy avanzadas de la enfermedad.
- No tratar los efectos secundarios de los opioides de forma profiláctica (por ejemplo el estreñimiento).
- No tratar por completo los efectos secundarios de los opioides (por ejemplo las náuseas).
- Usar dosis inapropiadas de opioides (demasiado bajas o demasiado altas) en intervalos temporales inadecuados.
- Fracaso en disipar los temores y errores de concepto sobre los opioides.
- Falta de prescripción de opioides para el dolor intercurrente.
- Fracaso en determinar la causa del dolor y, por consiguiente, del mejor tratamiento.
- Usar un opioide por una vía inadecuada (por ejemplo opioides orales en pacientes con obstrucción intestinal o malabsorción).
- Falta de reconocimiento del deterioro de la función renal como causa de una toxicidad inesperada por opioides.
- Usar conversiones de los opioides recogidas en libros de texto sin tener en consideración las características individuales de cada paciente.

MANEJO DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

CONTENIDO

- 1. MEDIDAS GENERALES. 24
- 2. BOCA DOLOROSA. 24
- 3. CANDIDIASIS 24
- 4. MUCOSITIS. 25
- 5. ULCERAS (AFTAS) 25
- 6. ESTREÑIMIENTO 25
- 7. Náuseas/vómitos 26
- 8. HIPO 27

1. MEDIDAS GENERALES

- Mirar siempre la boca.
- Cepillar los dientes con cepillo infantil (suave) con pasta fluorada 2/veces al día y enjuagarse con agua con sal tras las comidas.
- Cepillar la dentadura postiza con agua y sal y sumergirla por la noche en agua con hipoclorito sódico. Si hay partes metálicas sumergirla en solución de clorhexidina.
- Para enjuagues elegir agua con sal o SSF caliente o frío. Si existe riesgo de infección elegir clorhexidina al 2% 2 veces/día después del cepillado y aclarado con agua, ya que el flúor inactiva la clorhexidina.
- Los enjuagues con excipiente de alcohol favorecen las infecciones por hongos.
- Utilizar enjuagues con agua oxigenada sólo si existe detritus de mucosa oral.

2. BOCA DOLOROSA

- Evitar alimentos salados, ácidos o especiados, chupar cubitos de hielo y tomar alimentos fríos, no colocar prótesis dentarias.
- Si el dolor es localizado, aplicar en la zona dolorosa **Gel** de lidocaína viscosa al 2-5% tantas veces como sea necesario, pues su duración de acción es corta. (no comer o beber antes de 60 minutos)
- Si el área dolorosa es extensa realizar enjuagues con **bencidamina** de 2-4 veces al día (no beber o comer hasta pasados 60 minutos), se puede aplicar una capa fina de **Gel** de carbenoxolona, y si persiste el dolor analgésicos solos o asociados a opioides débiles.

3. CANDIDIASIS

- Se pueden llevar a cabo dos tipos de tratamiento, siempre eligiendo como 1ª opción el tratamiento tópico.
- Tratamiento Tópico: **Nistatina** 5ml/4 veces al día (7-14 días). Mantenerla en mayor tiempo posible en la boca, no comer ni beber hasta pasados 30 minutos del enjuague, si tienen prótesis dentaria, introducirla por la noche en solución de nistatina y si no tiene metal, dejarla en una solución de hipoclorito sódico.
- Tratamiento Sistémico: **Fluconazol** (DIFLUCAN) 50-100 mg/día (7días). En casos rebeldes **Itraconazol** 100 mg/día (15 días).

4. MUCOSITIS

- Se debe controlar el dolor con opioides.
- Se debe mantener una buena higiene oral realizando enjuagues con 500 cc de **bicarbonato sódico 1/6 M** + 30 ml de **nistatina** en solución + 10 mg de **hidrocortisona** (actocortin 100 mg, 1 vial) + 80 mg de **gentamicina** + 10 ml de **mepicaina** al 2%.

5. ULCERAS (AFTAS)

- Su Tratamiento es:
 - Enjuagues con **clorhexidina** 10 ml/12 h.
 - Si con el tratamiento anterior no se resuelve se pasa **corticoides tópicos** como **triamcinolona** pasta al 0,1% o **hidrocortisona** Comp. Después de cada comida y tras higiene dentaria, aplicar una pasta que cubra la úlcera 2 a 4 veces/día, los comprimidos de hidrocortisona se disuelven sobre la úlcera 4 veces/día.
 - Si la úlcera es muy extensa o de difícil acceso, utilizar **beclometasona** en spray 1 puff 2-4 veces/día.
 - En úlceras recurrentes disolver una cápsula de **doxiciclina** en agua y realizar enjuagues durante 2-3 minutos 4 veces/día.

6. ESTREÑIMIENTO

- Medidas no farmacológicas
Valorar las causas del estreñimiento: debidas al propio tumor, a los efectos secundarios de la enfermedad: disminución de ingesta de sólidos y líquidos, inactividad, debilidad, efectos secundarios de fármacos, enfermedades concomitantes....
- Medidas farmacológicas: laxantes

Si heces duras

	Principio activo	Dosis	P. Latencia
OSMÓTICOS	LACTULOSA (Duphalac)	15-30 ml/12 h	1-2 días
	LACTITOL (Emportal)	10-20 gr/día	1-2 días
	SALES DE MAGNESIO	10-30 gr/día	6 horas
	POLIETILENGLICOL (Movicol) * 8 sobres/1 l. agua (500 cc/12 h)	10-30 gr/día	1-3 días

Si heces blandas

SENOSIDOS	PUNTUAL * no en hepatopatías	15-30 mg/día (10-20 gotas)	6-12 horas
PICOSULFATO	EVACUOL/GUTALAX	5-15 mg/día	
BISACODILO	DULCO LAXO	10 mg/día	6-12 horas
	Vía rectal	DULCO LAXO	5-15 min
Lubricantes			
PARAFINA	HODERNAL	15-20 ml/8-12 h	1-3 días
	EMULIQUEN	15-20 ml/8-12 h	
	Vía rectal	Enema aceite de oliva Supositorio de glicerina	30 min
Laxantes vía rectal			
Microenemas (Micalax)//Enema Casen 250			

- **Si obstrucción intestinal:** ½ Enema Casen 250 + 60 cc lactulosa (jarabe) + 60 cc aceite de oliva + 1 Micralax + 15 cc agua oxigenada + analgésicos (morfina o Fentanilo s.c.) + hioscina + antieméticos (haloperidol)

7. NÁUSEAS/VÓMITOS

- Por hipertensión intracraneal o Tumor SNC:
 - Origen: Estimulo del centro del vomito.
 - Fármaco: **dexametasona** 16 mg/día (dosis fraccionadas) disminuir dosis hasta 4-6 mg/24 h.
- Por repetición conductas, ansiedad, estímulos sensoriales (olfato, visión):
 - Origen: Corteza cerebral
 - Fármaco: benzodiazepinas: **loracepan** 1-2 mg. por vía oral o sublingual.
- Por Fármacos, Alteraciones metabólicas, Tóxicas propias del tumor o Secundaria a isquemia intestinal:
 - Origen: Zona de gatillo quimiorreceptora
 - Fármaco: **haloperidol**: 1,5- 5 mg/noche VO o SC dosis única. Si persiste, añadir **dexametasona** 2-16 mg o sustituir **haloperidol** por **metoclopramida** 25- 100 mg/día.

- Por Radioterapia/Quimioterapia, Tumores abdominales y pélvicos. Estreñimiento
 - Origen: Vagal.
 - Fármaco: **ondansetron metoclopramida** 10 mg/6 h; **domperidona** 10-20 mg/6 h; **omeprazol** 20 mg/día; **dexametasona** 2-16 mg/día; **laxantes**.

8. HIPO

- Medidas no farmacológicas: Aumentar La concentración de CO₂ respirando en bolsa, apnea ó estimular el nervio vago bebiendo agua, traccionando la lengua o tocando la úvula.
- Medidas farmacológicas: Se debe de valorar la causa y dependiendo de ella poner tratamiento:
 1. Por fármacos: retirarlos.
 2. Por edema peritumoral: **dexametasona** 8 mg/24 h
 3. Por distensión gástrica: **dimeticona** 10 mg/6 h + **metoclopramida** 10 mg/6 h.

Si persiste: **baclofeno** 5-10 mg/8-12 h ó **haloperidol** 1,5-3 mg/noche.
Si no da resultado: **midazolam** 15 mg/día SC

MANEJO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

CONTENIDO

- 1. DISNEA 30
- 2. ATAQUE DE PÁNICO RESPIRATORIO ... 31
- 3. TOS 31
- 4. HEMOPTISIS..... 32
- 5. ESTERTORES PREMORTEM 32

1. DISNEA

- Sensación subjetiva de falta de aire.
- Es una urgencia.
- Multifactorial:
 - Por la propia enfermedad.
 - Secundaria al estado general.
 - Relacionada con el tratamiento.
 - Enfermedad preexistente.

TRATAMIENTO: etiológico si es reversible.

- Medidas no farmacológicas
- Medidas farmacológicas.

Broncodilatadores

- Incluso en ausencia de sibilancias puede existir un componente reversible de broncoconstricción.
- **Salbutamol:** 2,5-5 mg/6h aerosoles o 2 aplicaciones/6 h en cámara.
- **Bromuro de ipratropio:** 250- 500 µgr/6 h en aerosol o 2 aplicaciones/6 h con cámara.
- Aerosoles de suero fisiológico.

MORFINA

- Reduce el trabajo respiratorio excesivo y disminuye la respuesta ventilatoria a la hipoxia e hipercapnia → la respiración se hace más eficaz y disminuye la sensación de disnea.
- Sin contacto previo: 5 mg/4-6 h.
- Contacto previo: 10 mg/4 h.
- Dosis de rescate 1/6 DDT.

BENZODIACEPINAS: ansiolíticos.

- **Loracepam:** 1-2 mg/8.12h
- **Diacepam:** 5-10 mg/8-12h
- **Midazolam:** 5 mg sc. (Se aumenta según respuesta)
- DISNEA TERMINAL: infusión subcutánea continua: 5-15 mg/día.
 - Se aumenta 5 mg/día hasta control.

CORTICOIDES

- Indicados en infiltración pulmonar, linfangitis carcinomatosa, obstrucción de la vía aérea, síndrome de la vena cava superior.

- DEXAMETASONA: 6-8 mg/día aumentando hasta 10-12 mg/día si no respuesta (en desayuno). Suspender en 7-10 días si no eficacia.
- **OXÍGENO**: si saturación < 90%. No uso rutinario.

CUIDADOS GENERALES

- Enseñar al paciente y la familia a reconocer la disnea y manejo de la medicación.
- Transmitir confianza y tranquilidad. No agobiar al paciente.
- No dejar al paciente solo.
- Posición confortable, fisioterapia, drenaje postural, ejercicios respiratorios.

SEDACIÓN

- **Mlidazolam** sc 5-20 mg bolo inicial. Continuar c/4-6 h con bolos o infusión continua IV de 60 mg/24 h.
- Muy importante informar y explicar a la familia que el paciente permanecerá dormido hasta su fallecimiento.

2. ATAQUE DE PÁNICO RESPIRATORIO

- Es una urgencia en paliativos.
- Se debe a la suma de disnea y crisis de pánico, con sensación de muerte inminente → taquipnea → ventilación ineficaz → aumento de ansiedad → taquipnea.

TRATAMIENTO

- **Morfina** 5 mg + **Midazolam** 5 mg. Aumentar según respuesta. Una vez controlado infusión continua y valorar en 24 h.

3. TOS

- Tos aislada: **dextrometorfano**: 15-30 mg/4-8h
- Tos + dolor: **codeína**: 30-60 mg/4-6h.
 - **Dihidrocodeína**: 30-60 mg/12h.
 - **Morfina**: 5 mg/4-6h.
- Si persiste tos: Titular **opioide más potente** + **dextrometorfano**.
 - Posible **anticolinérgico** inhalado.
- Tos productiva e incapaz de toser: **hioscina** 10-20 mg/6-8h.

CUIDADOS GENERALES

- Humidificar el ambiente.
- Hidratación.

- Enseñar a toser al paciente.
- Ante incapacidad para toser no aspirar.

4. HEMOPTISIS

- Leve-moderada:
 - Suprimir tos, retirar AINES.
 - Posible radioterapia.
 - **Adrenalina** inhalada 1%: 1 mg = 1ml diluido en 5cc de Suero Fisiológico
- Severa: Sedación.

CUIDADOS GENERALES

- Informar a la familia.
- Transmitir tranquilidad.
- Cubrir con paños verdes o rojos para evitar la ansiedad.
- No dejar solo al paciente.

5. ESTERTORES PREMORTEM

- Últimas 24-48 h.
- Es un ruido debido a la oscilación de las secreciones.
- Muy importante explicarlo a la familia.

Hioscina: 20 mg/6-8 h sc. Eficaz solo si administración precoz.

Escopolamina: 0,5-1 mg/4 h sc (Efecto sedante)

CUIDADOS GENERALES

- Decúbito lateral, elevar la cabeza.
- Limitar ingesta hídrica.
- Cuidados de la boca.
- No aspirar secreciones.

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES RENALES Y URINARIAS

CONTENIDO

- COMPLICACIONES RENALES Y URINARIAS
EN PACIENTES TERMINALES 34
- 1. INSUFICIENCIA RENAL 34
- 2. UROPATÍAS OBSTRUCTIVAS. 34
- 3. HEMATURIA Y SÍNDROMES
CISTÍTICO-HEMORRÁGICOS. 35
- 4. DISFUNCIONES VÉSICO-
ESFINTERIANAS 35
- 5. FÍSTULAS URINARIAS 36
- 6. ALTERACIONES EN EL MANTENIMIENTO
DEL SONDAJE VESICAL 36

COMPLICACIONES RENALES Y URINARIAS EN PACIENTES TERMINALES

Las manifestaciones urológicas en pacientes terminales son múltiples y en la mayoría de los casos constituyen urgencias médicas.

Las situaciones clínicas que con más frecuencia nos podemos encontrar son:

- Insuficiencia renal
- Uropatías obstructivas
- Hematurias y síndromes cístico-hemorrágicos
- Disfunciones vésico-esfinterianas
- Fístulas urinarias
- Alteraciones en el mantenimiento del sondaje vesical

1. INSUFICIENCIA RENAL

En pacientes terminales la función renal se pierde lenta y progresivamente, no suele ser oligúrica e implica una lesión irreversible del riñón, que indica una aceleración del proceso del fin de la vida. Por lo que nuestra intervención en el contexto de un paciente terminal sería expectante y paliativa, cuidando del confort y aliviando síntomas.

2. UROPATÍAS OBSTRUCTIVAS

1. **Tracto superior:** la solución es quirúrgica, aunque siempre valorando la situación del paciente. En el caso de pacientes terminales nos indican la evolución de su enfermedad. Tendríamos que derivar al hospital para valoración o, si la perspectiva de muerte es muy inminente, actuar para aliviar síntomas.

Los hallazgos clínicos de la obstrucción del tracto urinario superior (si el curso evolutivo ha sido lento) son: aparición de anurita con escasa o nula sintomatología previa y, lo más frecuente, dolor abdominal y disfunción de la diuresis.

El diagnóstico y la decisión terapéutica ha de efectuarse con carácter de urgencia. En fases avanzadas de la enfermedad, las técnicas invasivas están contraindicadas.

2. **Tracto inferior:** las podemos diagnosticar mediante la exploración física: si existe dolor o disconfort en hipogastrio y a la palpación identificamos una vejiga distendida, podemos aliviarlo mediante la colocación de una sonda vesical.

Si no es factible el sondaje por vía uretral, las otras soluciones son quirúrgicas, siempre evaluando correctamente al paciente y predominando en la decisión del abordaje la idea de confort y bienestar del mismo.

Si no fuera posible el sondaje vesical deberíamos derivarlo al hospital para una punción suprapúbica o valoración por cirugía.

Material para el sondaje vesical:

1. Sonda vesical.
2. Jeringa de 10 cc.
3. Agua bidestilada para llenar el globo.
4. Lubricante urológico.
5. Guantes estériles.
6. Paño estéril.
7. Povidona yodada.
8. Gasas y compresas.
9. Bolsa recolectora de orina.

3. HEMATURIA Y SÍNDROMES CISTÍTICO-HEMORRÁGICOS

1. Si la hematuria se acompaña de sintomatología irritativa miccional con aumento de frecuencia, dolor u opresión en hipogastrio y fiebre, nos sugiere infección y su control se hará con tratamiento antibiótico.
2. Si la hematuria es asintomática y el paciente esta en una situación terminal, el objetivo será la tranquilidad del paciente y su confort.
3. Una complicación frecuente de las hematurias macroscópicas es la retención urinaria aguda, debido generalmente a la obstrucción del tramo urinario por coágulos. Se debe actuar con urgencia ya que la distensión vesical provoca dolor en hipogastrio y ansiedad.

El tratamiento consiste en sondar al paciente para evacuar la orina y los coágulos y realizaremos lavados vesicales con suero frío hasta que el líquido sea claro.

Material para los lavados: Si no esta sondado procederemos al sondaje.

1. Jeringa de 50 cc.
2. Suero fisiológico, frío
3. Guantes estériles.
4. Paño estéril.
5. gasas y compresas.
6. Bolsa recolectora de orina.

4. DISFUNCIONES VÉSICO-ESFINTERIANAS

La más frecuente es la incontinencia urinaria.

En pacientes terminales las alternativas no son farmacológicas, sino que se deben utilizar dispositivos absorbentes o sondajes uretrales.

5. FÍSTULAS URINARIAS

Son comunicaciones anómalas establecidas entre el aparato urinario y algún otro órgano.

Tendría que ser valorado por el oncólogo y/o el cirujano para decidir el tratamiento a seguir.

6. ALTERACIONES EN EL MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL

Las complicaciones más frecuentes que nos podemos encontrar en un paciente portador de una sonda vesical son:

- Obstrucción de la sonda con falta de emisión de orina de más de una hora de evolución. Se corrige mediante lavados con suero fisiológico.
- Infección vesical: El tratamiento se hará con antibióticos específicos.

MANEJO DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

CONTENIDO

- 1. CARCINOMATOSIS MENÍNGEA 38
- 2. CONVULSIONES 38
- 3. MIOCLONÍAS 38
- 4. COMPRESIÓN MEDULAR 39

1. CARCINOMATOSIS MENÍNGEA

- Diseminación leptomeníngea tumoral.
- Clínica: Los síntomas más frecuentes son:
 - Dolor inespecífico o neurítico de cualquier localización.
 - Pérdida de fuerza, ya sea paresia o plejía de alguna extremidad.
 - Amaurosis uni o bilateral.
- La sintomatología puede ser única o múltiple, se tiene que sospechar en el caso que existan síntomas discontinuos, por ejemplo diplopía y dolor radicular.
 - Diagnóstico: RNM
 - Tratamiento: Se basa en:
 1. Uso de analgésicos según las características del dolor.
 2. **Corticosteroides**: iniciar el tratamiento con **dexametasona** 4 mg/6 h. La dexametasona debe disminuirse progresivamente 2 mg cada tres días según respuesta del paciente.

2. CONVULSIONES

- Alteración abrupta de la actividad cortical eléctrica que se manifiesta por un cambio en la conciencia, un síntoma motor, sensorial o conductual.
 - Diagnóstico: Normalmente clínico.
 - Se suele acompañar de analítica, TAC y RNM.
 - Tratamiento:
 1. Tratamiento de la crisis:
 1. **Diazepam** 10 mg rectal ó iv.
 2. **Midazolam** 10-15 mg sc ó iv.
 3. **Clonazepam** iv 1 mg hasta que desaparezca la crisis.
 4. Repetir a los 15-30 minutos si no hay respuesta.
 2. Tratamiento de base:
 - Tratamiento de la alteración electrolítica, de la tumoración.
 - Si existe tumoración iniciar tratamiento con dexametasona 4 mg/6 h y antiepilépticos. El antiepiléptico de elección es la **fenitoína**, se realizará una impregnación iv con 100 mg a pasar en 1h en 250 ml de suero fisiológico y posteriormente 100 mg/8 h via oral.
 3. Tratamiento específico
 - Radioterapia en caso de metástasis cerebrales y en caso que el índice de Karnofsky sea superior o igual al 70%.

3. MIOCLONÍAS

- Movimientos involuntarios arrítmicos y rápidos que pueden ser generalizados o focales.

- **Diagnóstico:** Clínico.
- **Tratamiento:** Se debe de investigar la causa y si es tratable corregir la glucemia o rotar opiodes.
- Si no se encuentra la causa o el enfermo está en situación avanzada tratamiento con **benzodiazepinas** **Diazepam** 5-10 mg via oral o rectal, **clonacepam** 0,5-1,5 mg/24 h via oral, SC, iv ó **midazolam** 5-10 mg via oral, subcutánea o iv
- Todos los opiodes pueden producir mioclonías

4. COMPRESIÓN MEDULAR

- Pérdida de transmisión de información del SNC a extremidades, debido al completo o parcial desplazamiento de la médula espinal y/o saco dural.
- Los tumores implicados más frecuentemente son los de mama, pulmón, próstata, mieloma y linfoma, pudiendo coexistir varias localizaciones.
 - Síntomas
 - Según avanzamos en el tiempo:
 - dolor de espalda: empeora en decúbito y mejora en sedestación o bipedestación.
 - parestesia, hipoestesia, hiperreflexia.
 - retención urinaria, estreñimiento.
 - paraplejia.
 - Diagnóstico
 - La clave reside en sospecharlo ante un paciente con posibles metástasis en columna y dolor a la palpación o percusión de las vértebras a nivel de la lesión sospechada.
 - Hay que tener muy en cuenta las quejas del paciente sobre dolor de espalda, sensaciones raras en las extremidades inferiores y dificultades al orinar.

LA COMPRESIÓN MEDULAR ES UNA EMERGENCIA.

- Tratamiento
 - Dosis altas de corticoides: **dexametasona** 16 mgr. iv.
 - Remitir urgente a centro oncológico: posibilidad de tratamiento radioterápico (90% de los casos) o cirugía.
 - Si el índice de Karnofsky es menor del 40%, debe plantearse el tratamiento farmacológico como primera opción.

MANEJO DE ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

CONTENIDO

- 1. TRASTORNOS ADAPTATIVOS 42
- 2. ANSIEDAD 42
- 3. DEPRESIÓN 43
- 4. INSOMNIO 44
- 5. DELIRIO 45

- Las **fases psicológicas** ante el cáncer son las siguientes:
 - Crisis existencial.
 - Acomodación y mitigación
 - Recurrencia y Recaída
 - Deterioro y Debilitamiento: Hacia la terminalidad
- Los **principales trastornos psiquiátricos** que se encuentran en los pacientes oncológicos son:
 - Trastornos adaptativos
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Insomnio
 - Delirio

1. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Constituyen un estado psicológico intermedio entre la patología psiquiátrica franca y el afrontamiento normal bajo circunstancias estresantes.

Se presenta como síntomas emocionales o trastornos en el comportamiento dentro de los 3 meses siguientes al inicio del proceso oncológico.

De acuerdo a la clínica predomina el sentimiento depresivo, el ansioso o el mixto.

2. ANSIEDAD

Existe una ansiedad normal en toda persona ante la muerte. Sin embargo, ésta cristaliza después en miedos específicos: miedo a morir, al dolor, a quedar dependiente...

- Se distinguen distintos tipos:
 - Trastorno generalizado (inquietud, dificultad para la atención, tensión muscular.....)
 - Crisis de ansiedad
 - Fobias específicas (miedo a la venopunción, ante ciertas exploraciones)

Tratamiento

Las más utilizadas son las benzodiacepinas. Si es necesario se realizará una dosificación progresiva teniendo como límites la “angustia mal controlada” y la sedación excesiva.

Según su vida media se clasifican en:

- acción ultracorta: **Midazolam**: de 10 a 60 mg/24 horas. iv, sc

- acción corta:
 - **Alprazolam:** 0,25-2 mg/8 horas. vo, sl
 - **Lorazepam:** 0,5-2 mg/6-8 horas. vo, sl
- acción larga: **Diacepam:** 5-10 mg/6-12 horas. vo, im, iv

3. DEPRESIÓN

Es un síndrome que altera el funcionamiento normal del individuo. Es distinto de tristeza normal, no depende de la voluntad del sujeto, ni es un signo de debilidad.

Está infradiagnosticada e infratratada en estos pacientes. Debe tratarse porque puede empeorar otros síntomas, la adherencia al tratamiento, el riesgo de suicidio, el aislamiento social etc.

Los síntomas que nos deben poner en alerta son: tristeza, aumento o disminución importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía casi cada día.

Depresión y ansiedad en conjunto son los trastornos psiquiátricos mas frecuentes en el enfermo con cáncer: la mitad de los ansiosos tienen depresión, un tercio de los depresivos presenta ansiedad y muchos pacientes con ansiedad desarrollan con el tiempo una depresión.

Para elegir el antidepresivo se debe de tener en cuenta varios factores:

- Pronóstico vital:
 - Si es de días: ajustar analgesia y sedación
 - Si es menos de 3 semanas: Metilfenidato
 - Si es de varios meses: ISRS, IRSN, ADT
- Si ya ha tomado un antidepresivo con anterioridad, valorar su tolerancia y eficacia. Nos servirá de guía para una nueva prescripción.
- Tipo de depresión: se puede asociar a ansiedad, agitación, inhibición, o incluso riesgo de suicidio

Fármacos recomendados:

- Si expectativa de vida menor de 3 semanas: Es recomendable usar un psicoestimulante, *metilfenidato* (Rubifen*, Omozin*)
 - Dosis inicial: 5 mg en desayuno
 - Dosis habitual: 10-20 mg en desayuno y comida

Indicaciones: inicio de acción rápido (2-3 días) para trastornos adaptativos con ánimo deprimido. Puede asociarse al ISRS (vigilando los efectos secundarios). Mejora la capacidad de atención, concentración, la capacidad cognitiva en pacientes con tumores cerebrales o sometidos a radioterapia cerebral.

Efectos secundarios (en 10-20%). Mas frecuentes: nerviosismo, insomnio.

Otros: diarrea, sequedad de boca, taquicardia, arritmia, prurito-urticaria (transitorio que mejora al disminuir la dosis y tomándolo por la mañana).

Un 15% no lo tolera.

Interacciones: Probable con fenitoina, fenobarbital, primidona, ISRS, antihipertensivos y haloperidol.

- Si expectativa de varios meses: los antidepresivos más recomendables son: Sertralina, Citalopram, Venlafaxina y Mirtazapina.
 - El Alprazolam tiene un pequeño efecto antidepresivo además de ansiolítico por lo que puede ser útil en casos de depresión y ansiedad.
 - En general los efectos secundarios de estos fármacos son alteraciones mentales, neuromusculares y autonómicas por exceso de serotonina en el SNC, provocando inquietud, sudoración, hiperreflexia etc.

Como recomendación en general podemos decir:

- **Si depresión y ansiedad sin insomnio: sertralina (Vestirán*)** 25 mg al día aumentando en 2-3 días a 50 mg/día y posteriormente hasta 100 mg/día según la respuesta clínica.
- **Si depresión con astenia, falta de interés: venlafaxina (Dobupal*, Vandral*)** a dosis de 37,5 mg/12 horas y aumentando a las dos semanas, se puede llegar a dosis de 150 mg/día según la respuesta clínica.
- **Si depresión con ansiedad, insomnio, pérdida de apetito: mirtazapina (Rexer)** iniciándose con 15 mg por la noche e incrementar en una semana a 30 mg.

4. INSOMNIO

Es la sensación subjetiva del paciente de sueño insuficiente, dificultad para iniciarlo o mantenerlo, sueño de mala calidad o no reparador.

Es muy importante facilitar un buen descanso nocturno ya que mejora el ánimo y ayuda en el control del dolor y aumenta la sensación de bienestar del paciente.

Un caso especial es el paciente con dolor, en este caso siempre tenemos que tratar primero el dolor y luego el insomnio.

Tratamiento

- **Medidas generales:**
 - Conseguir una adecuada higiene del sueño: mantener en lo posible el ciclo vigilia –sueño, no dormir siesta a últimas horas de la tarde, ambiente lo más agradable posible, no despertar para medicación.
 - Evitar pasar mucho tiempo en la cama mientras sea posible, y cuando se está en ella intentar estar activo.
- **Fármacos: El fármaco de elección son las benzodiacepinas.**
 - Si el insomnio es de conciliación: hipnótico de vida media corta
 - **Lormetazepan** (Loramet*, Noctamid*) 1-2 mg

- **Midazolam** (Dormicum* 7,5 mg) 1 comp
- **Loprazolam** (Somnovit*) 1 mg
- Si despertar precoz e interesa un cierto grado de sedación diurna: Hipnótico de vida media larga
 - **Flurazepan** (Dormodor* 30) 1/2 comp. Como dosis inicial.
- Si predomina la ansiedad:
 - **Diacepam:** 5-10 mg/12 horas
 - **Cloracepato potásico** (Tranxilium*) 5-30 mg/día

5. DELIRIO

Estado confusional agudo que resulta de una disfunción cerebral difusa.

De inicio agudo o subagudo y secundario a trastornos metabólicos, médicos o fármacos.

Es el principal cuadro psiquiátrico que suele verse en fase terminal, siendo además un factor de mal pronóstico y menos supervivencia. Además hace difícil la correcta valoración del paciente e impide que este tome decisiones.

Tiene un gran impacto en la familia ya que a veces le cuesta acercarse al enfermo.

Criterios diagnósticos del delirium (DSM- IV)

- Alteración de la comunicación y la atención
- Alteración cognitiva (memoria, orientación, lenguaje y percepción)
- Presentación aguda (horas o días) y curso fluctuante. Intervalos lúcidos.
- Evidencia de proceso subyacente relacionado etiológicamente con la alteración o sustancia inductora

Hay unos síntomas precoces:

- Insomnio con pesadillas y alucinaciones.
- Irritabilidad, rechazo a colaborar.
- Ansiedad, labilidad emocional.

El delirium en situación de agonía ocurre en el 80%. El paciente está agitado, sobre todo por la noche, intenta levantarse, quitarse todo. Es la expresión de mal funcionamiento cerebral y no necesariamente de malestar y sufrimiento.

Tratamiento

- El objetivo del tratamiento es tratar las causas reversibles
- Se puede revertir fácilmente:
 - La neurotoxicidad por opioides

- La deshidratación
- La hipercalcemia
- Más difícil de revertir:
 - Si ha tenido episodios previos.
 - Si está relacionado con encefalopatía, hipoxemia, alteraciones metabólicas o fallo orgánico.

Fármacos: el fármaco de elección es el Haloperidol: 1-3 mg V. O. ó 1/2 ampolla/6 horas vs, im, sc, iv

Si agitación es más intensa ½ ampolla cada 15-20 minutos en la 1ª hora y luego cada 60 minutos según precisa. No superar 20 mg/24 horas

- Si persiste agitación:
 - **Risperidona** 0,5-3 mg/12 horas.
 - **Clorpromacina** (Largactil*) 12.5-50 mg/4-12 horas.
 - **Levomepromacina** (Sinogan*) 12,5-50 mg/4-8 horas

ISRS = inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

IRSN = inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina.

ADT = antidepresivos tricíclicos.

MANEJO DE SÍNTOMAS SISTÉMICOS

CONTENIDO

- 1. ANEMIA 48
- 2. ASTENIA..... 48
- 3. DIAFORESIS 49
- 4. FIEBRE..... 49

1. ANEMIA

Se define la Anemia como una Hemoglobina (Hb) < de 13 g/100 ml en hombre y < 12 g/100 ml en la mujer y en enfermos oncológicos como una (Hb) < de 11 g/100 ml, con una prevalencia superior al 77% en hombres y del 68,2 en mujeres.

Su etiopatogenia es multifactorial por déficit de Hierro (hemorragia, malaabsorción), déficit de ácido fólico y vit. B12, infiltración medular, hemolisis.

Clínicamente, por tratarse de anemias crónicas asociadas al proceso tumoral, sus manifestaciones se pueden superponer a las propias del proceso oncológico: astenia, anorexia, debilidad, disnea al esfuerzo, taquicardia, alteraciones cognitivas, edemas periféricos, mareos.

- **Su tratamiento es etiológico:**
 - hierro
 - cianocobalamina
 - prednisona 1 mg/Kg de peso
 - transfusión de concentrado de hematíes (si Hb < 8 g/100 ml)
 - y administración de eritropoyetina humana (40.000 UI/via SC/semana cuyos efectos comienzan a las 4 semanas de su administración)

2. ASTENIA

Se define como una sensación subjetiva de cansancio o debilidad persistente relacionada con el cáncer o con su tratamiento.

Aparece en el 70-90% de los pacientes y a veces, persiste durante 1 año tras el tratamiento exitoso del mismo.

Su etiopatogenia es multifactorial, producido directamente por el tumor (por la afectación de la hipófisis) o por los productos de degradación tumoral (inducidos por el tumor pero producidos por el huésped o por factores asociados): alteraciones metabólicas, efectos secundarios al tratamiento, alteraciones neurológicas o psiquiátricas.

- Su tratamiento debe ser etiológico:
 - control del dolor
 - medidas higiénico-dietéticas
 - transfusiones
 - administración de eritropoyetina
 - retirar los fármacos que contribuyan a la astenia
 - comunicación.
 - y como tratamiento farmacológico: Prednisona 20-40 mg/día (su efecto se mantiene durante 2-4 semanas) ó Acetato de megestrol 460 mg/día (tarda 2-4 semanas en ser efectivo)

3. DIAFORESIS

Se define como una sudoración profusa, generalmente de carácter nocturno y con una frecuencia de aparición del 14 al 28%. Es más frecuente en mujeres con cáncer de mama o en hombres con cáncer de próstata orquitosmizados.

- **Su tratamiento debe ser etiológico:**
 - se puede emplear la **tioridazina** 10-15 mg/V.O./por la noche.
 - si se asocia al uso de **opioides**, debe considerarse la **rotación** del mismo.
 - se puede emplear el uso de **estrógenos** en mujeres posmenopáusicas y si está contraindicado, se pueden usar los **betabloqueantes**, la **metildopa** o **andrógenos**.
 - en hombres orquitosmizados debe emplearse el **acetato de ciproterona** 100 mg/8 h/V.O. También se puede emplear el **acetato de megestrol** 20 mg/12 h/V.O.

4. FIEBRE

Se considera fiebre cuando se alcanza una temperatura de 38 °C en 3 determinaciones en al menos una hora, o de **38,5 °C** en una determinación.

La fiebre de origen tumoral aparece en el 15-57% de los casos, estando relacionada con mecanismos de hipersensibilidad, la producción de pirógenos, citoquinas y fenómenos de necrosis tumoral.

Una respuesta adecuada al uso de Naproxeno 500 mg/12 h/V.O. se considera como diagnóstico de este tipo de fiebre.

- Su tratamiento consiste en administrar una terapia específica para cada tipo de fiebre:
 - de origen infeccioso: **antibióticos**.
 - de origen paraneoplásico: **dexametasona** 4-8 mg/día + AINEs (**naproxeno** 500 mg/12 h, **diclofenaco** 20 mg/8-12 h) ó **metamizol** 500-2000 mg/h V.O. rectal o IV.
 - Junto a medidas no farmacológicas: Aporte adecuado de líquidos, soporte nutricional, evitar la transpiración (retirar ropa), aplicar compresas húmedas o baños de agua templada.

ÚLTIMOS DÍAS

CONTENIDO

– OBJETIVO.....	52
-----------------	----

OBJETIVO

1. Garantizar que la muerte del paciente se logre en condiciones lo más cómoda y menos agresiva posible.
2. Conseguir que el paciente en ningún momento se sienta abandonado.
3. Ofrecer apoyo emocional a la familia y al paciente.

Desde el servicio de urgencias y emergencias, a veces esto puede resultar extraño por el tipo de trabajo que realizamos, **pero realmente es esto lo que necesitan** y sólo así, tranquilizando al paciente y la familia, evitaremos traslados innecesarios al hospital, y conseguiremos que el paciente muera en su entorno, si este era su deseo. **Garantizando eso si las mejores condiciones de confort y de control de síntomas.**

La AGONÍA se ha definido como: “El estado que precede a la muerte, en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente”. Suele ser una situación de gran impacto, ante la proximidad de la muerte.

- La situación de agonía se caracteriza por los siguientes síntomas y signos:
 - Postración en cama o capaz de incorporarse de la cama sólo con gran dificultad.
 - Debilidad intensa.
 - Escaso interés en la comida y la bebida.
 - Disfagia.
 - Aumento de la somnolencia.
- En los últimos días y horas de vida, es posible que estén presentes los siguientes signos:
 - Frialidad cutánea progresiva, desde la periferia en sentido central.
 - Piel de tacto frío y húmedo.
 - Cianosis cutánea en las extremidades y alrededor de la boca.
 - Disminución de la diuresis.
 - Disminución del nivel de consciencia.
 - Posibles “estertores” al respirar.
 - La respiración se vuelve irregular y superficial (patrón de Cheyne-Stokes).
 - Aspecto céreo de la cara.
 - Relajación de los músculos faciales, con mayor prominencia de la nariz.
- Es importante conseguir una buena comunicación con el paciente y la familia:
 - Identificar al cuidador principal: valorar la sobrecarga física o psíquica para evitar la claudicación familiar, ya que es uno de los motivos principales de ingresos. Debemos tener en cuenta que siempre que detectemos que existe

una claudicación familiar (y siempre que sea posible), debemos solicitar un ingreso en una unidad especializada que garantice los cuidados que en ese momento la familia no es capaz de dar a través de los circuitos establecidos con otros niveles asistenciales.

- Buscar un momento y lugar tranquilo para informar e informarse.
- Una escucha activa.
- Empatía.
- Uso del silencio y del tacto.
- Mostrar disponibilidad del servicio, en cualquier momento.

CONTROL DE SÍNTOMAS; LA SEDACIÓN

Los síntomas que más estrés y discomfort supone al paciente y la familia son el dolor, la disnea, el delirio y la agitación, la hemorragia, náuseas y vómitos incontrolables, astenia y distress psicológico. En estos últimos momentos lo que más se recomienda es la **sedación**.

La sedación se plantea tras el fracaso clínico de las medidas farmacológicas y no farmacológicas habituales, con el objetivo de disminuir la conciencia del paciente ante determinados síntomas o situaciones intolerables y cuando la muerte esta próxima.

- Si nos encontramos ante un **delirio**:
 - Como primera opción: Haloperidol ½ ampolla/15-20 minutos en la primera hora y posteriormente cada 60 minutos según precise. No superar 20 mg/24 h/Levopromazina (ampollas 25 mg/ml) 12,5-50 mg/4-8 horas
 - Como segunda opción: Midazolan (ampollas 15 mg/ml) via sc
- Si nos encontramos ante **una disnea, hemorragia, dolor, ansiedad, pánico, distress psicológico, otros...**: Como opción utilizamos Midazolan (ampollas 15 mg/ml) via sc de 5-20 mg bolo inicial y continuar cada 4-6 horas
 - Utilizamos la vía subcutánea por ser la más cómoda y la de menos complicaciones para el paciente

NO OLVIDAR

- Lo indicado en el enfermo agudo puede estar contraindicado en el moribundo.
- Las medidas de soporte vital ayudan poco en el confort.
- Algunos pacientes sufren más por el tratamiento que por la enfermedad.
- No es éticamente admisible mantener la vida a toda costa, cuando la situación del enfermo es irreversible.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CONTENIDO

– 1. OSTOMÍAS	56
– 2. BOCA SECA	56
– 3. CUIDADOS DE LA PIEL	57
– 4. PRURITO	57
– 5. ÚLCERAS MALIGNAS.	57
– 6. ÚLCERAS DE DECÚBITO	57
– 7. LINFEDEMA	58
– 8. NUTRICIÓN	58
– 9. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	58
– 10. AMBIENTADOR	59

1. OSTOMÍAS

Son una importante medida paliativa. Se trata de la derivación quirúrgica de una víscera hueca o de un conducto, generalmente el intestino o vías urinarias, para que aflore a la piel.

Las complicaciones que podemos encontrarnos en el mantenimiento de las ostomías en un paciente terminal son **la retracción, el prolapso, las estenosis y las hernias**.

Todas estas complicaciones **son de solución quirúrgica**, por lo que **se debería llevar al hospital para valoración**.

Un apartado especial lo merece la **Traqueotomía** (por ser una de las ostomías más frecuentes). La obstrucción es una de las complicaciones más graves que podemos encontrar y cuyo tratamiento es la aspiración de secreciones en los casos más graves y en los que el paciente no esté en situación de agonía.

En los casos de agonía, la sedación sería la medida más aconsejable, para evitar más sufrimiento y molestias al enfermo.

- **Material para la aspiración de secreciones:**

1. Aspirador.
2. Sondas de aspiración de diversos calibres.
3. Suero para lavado.

2. BOCA SECA

Es un síntoma que suele molestar mucho al paciente y por lo que suelen consultar con mucha frecuencia.

Debemos indicar a la familia la necesidad de mantener la boca con buena higiene: para ello debe hacer **una limpieza diaria con agua y bicarbonato**.

- Los cuidados irán enfocados a:
 1. mantener la cavidad oral húmeda y limpia.
 2. evitar molestias por sequedad
 3. disminuir el riesgo de infecciones y mal olor previniendo así el rechazo social producido por la halitosis.
 4. favorecer la comunicación del enfermo y de su disfrute de los alimentos.
 5. proporcionar confort al paciente.
- Se recomienda para aumentar la salivación:
 1. Chupar caramelos sin azúcar.
 2. Masticar chicle sin azúcar.
 3. Chupar trozos de piña natural (no en almíbar).

4. Saliva artificial: 12 mg de **metilcelulosa**, 0,2 ml de esencia de limón y 600 ml de agua.

3. CUIDADOS DE LA PIEL

Se debe mantener la piel en las mejores condiciones posibles, evitando la sequedad de la misma, para lo que utilizaremos jabones de PH neutro que sean muy grasos y crema hidratante.

Se debe evitar la piel húmeda en las zonas genitales y en axilas, pliegues mamarios o pliegues interglúteos, y detectar precozmente las micosis.

4. PRURITO

Suele producir incomodidad importante en los pacientes y lesiones por rascado. Para paliarlo se deben evitar baños calientes y prolongados, la sequedad cutánea y el calor excesivo.

En situaciones extremas y en áreas pequeñas se puede utilizar gel de lidocaína al 0,5-2%; pero si el prurito es generalizado, se utilizarán antihistamínicos sedantes.

5. ÚLCERAS MALIGNAS

Este tipo de lesiones con frecuencia tienden a aislar al paciente.

El objetivo en estos casos es prevenir el mal olor y explicarle al paciente claramente cómo se va a actuar y con qué tipo de curas y vendajes se le va a tratar para mejorar su bienestar.

6. ÚLCERAS DE DECÚBITO

La prevención es la clave del tratamiento, con protección de puntos vulnerables como talones, tobillos, codos y rodillas, así como la movilización regular del paciente.

Pero en la mayoría de los casos debido a la situación de desnutrición, y de terminalidad en la que se encuentra el paciente, las UPP (úlceras por presión) son inevitables. En esta situación es importante desculpabilizar al equipo y a la familia por no haberlas podido evitar. Al fin y al cabo la piel es un órgano más dentro del proceso de deterioro del paciente.

7. LINFEDEMA

Se deben extremar los cuidados cutáneos, evitar heridas y traumatismos, y se debe extremar la protección de la piel en las actividades cotidianas, evitando la exposición al calor, los masajes con fricción fuerte y el uso de ropa ajustada.

Como tratamiento para mejorar los edemas podemos **eleva el miembro, realizar masajes linfáticos y vendajes compresivos.**

8. NUTRICIÓN

En los enfermos terminales el síndrome de caquexia-anorexia y astenia se caracteriza por un estado de malnutrición severa debido, no sólo a la disminución de la ingesta y a alteraciones metabólicas, sino también al gasto metabólico que el tumor ocasiona.

Este síndrome contribuye a un importante sufrimiento ocasionado por la profunda alteración de la imagen corporal.

Cuando el síndrome tiene una repercusión importante en el paciente, existiendo una intolerancia a la anorexia y un sufrimiento psicológico por el deterioro de la imagen se recomienda tratamiento farmacológico.

9. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

En el paciente terminal la **vía de elección es la oral y la subcutánea.**

La vía subcutánea es la de elección cuando la oral se vuelve impracticable: es poco agresiva, bien tolerada y con escasos efectos secundarios.

Manejo de la vía subcutánea:

Se debe insertar una palomilla purgada en un ángulo de 35 grados, en las zonas que menos molesten al paciente. Se fija a la piel cubriéndola con un apósito y se cambia si hay induración, dolor, sangrado o extracción accidental; rotando la zona de punción.

A través de esta vía se puede rehidratar al paciente y administrar la mayoría de los fármacos.

Material:

1. Palomillas, si es posible con dispositivo similar a los catéteres intravenosos, ya que son menos lesivos, al no dejar el fiador dentro, o la aguja.
2. Antiséptico, tipo **povidona yodada**, para preparar la piel.

3. Esparadrapo para sujetar la palomilla.
4. Llave de tres pasos, si no lleva varias luces la palomilla.
5. Suero y jeringuillas para purgar la palomilla.
6. Infusor, el que tenga el área de Atención Primaria.
7. Jeringuillas para dejar medicación precargada y para que la pueda administrar la familia, si fuera necesario algún rescate.

10. AMBIENTADOR

- Para disminuir la sensación de mal olor, sobre todo, en los casos de úlceras malignas, se puede utilizar la siguiente fórmula:
 - **Gomenol** 5 cc.
 - **Eucalipto** 5 cc.
 - **Alcanfor cristal** 5 gr.
 - **Esencia de rosas** 10 ml.
 - **Alcohol** de 70° 100 ml.

Hacer mechas con algodones y colocar por la habitación.

Anexos

CONTENIDO

– ESCALA DE KARNOFSKY	63
– ÍNDICE DE KARNOFSKY	64
– VADEMÉCUM EN CUIDADOS PALIATIVOS	65
– ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS	71
– ALGORITMOS	77
– BIBLIOGRAFÍA.	87

ESCALA DE KARNOFSKY

Karnofsky DA, Abelmann WH, Graver LF, et al. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinom." CANCER 1948; 1: 634-56

Actividades	Puntuación	Equivalente físico
Normal, sin quejas, faltan indicios de enfermedad	100	Capaz de trabajo y actividad normales, sin necesidad de cuidados especiales
Llevar a cabo una actividad normal con signos o síntomas leves	90	
Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas morbosos	80	
Capaz de cuidarse, incapaz de actividad normal o trabajo activo	70	No apto para el trabajo. Capaz de vivir en la casa, satisfacer la mayoría de sus necesidades. Necesita una ayuda de importancia variable
Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades	60	
Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente	50	
Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales	40	Incapaz de satisfacer sus necesidades, necesita asistencia equivalente a la de un hospital. La enfermedad puede agravarse rápidamente.
Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo	30	
Gravemente enfermo. Tratamiento activo necesario	20	
Moribundo, irreversible	10	
Muerto	0	Muerto

ÍNDICE DE KARNOFSKY

100%	Normal. No hay evidencia de enfermedad.
90%	Posibilidad de llevar vida normal; ligeros signos o síntomas de enfermedad.
80%	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad.
70%	Posibilidad de cuidar de si mismo; imposibilidad de llevar una actividad normal o de realizar un trabajo activo.
60%	Requiere asistencia ocasionalmente, pero tiene posibilidades de llevar a cabo la mayoría de sus necesidades personales.
50%	Requiere asistencia y frecuentes cuidados médicos.
40%	Incapacitado; requiere asistencia y cuidados médicos especiales.
30%	Incapacidad severa; está indicada la hospitalización. No hay inminencia de muerte.
20%	Muy enfermo, es necesario hospitalizar; requiere tratamiento de sostenimiento.
10%	Moribundo. Progreso rápido fatal.
0%	Muerto.

VADEMECUM EN CC. PALIATIVOS				
FÁRMACO	DOSIS (mg)	DOSIS máx	VÍA ADMON	COMENTARIOS
ACETATO MEGESTROL (Maygace)	800 mg/día	1600 mg/día	Oral	Ca mama y endometrio como tto paliativo
ÁCIDO ZOLEDRÓNIC (Zometa)	4 ó 5 ml diluidos en 100 ml de SSF o G5%		iv	Prevención de fracturas óseas e hipercalcemias producidas por tumores
ALPRAZOLAM (Trankimazin)	0,5 -6 mg/día	8-10 mg/día	Vía oral	Sólo como 2ª elección si fallan otras BDZ
AMITRIPTILINA (Tryptizol)	30-75 mg/día	300 mg/día	Vía oral o iv	ADT con efecto sedante. Dolor neuropático.
BACLOFENO (Lioresal)	5 mg/8 h aumentar 5 mg/ 3 días	Máx 40 mg/día	Vía oral ó intratecal	Miorrelajante de acción de 2ª motoneurona útil en espasticidad
BECLOMETASONA (Becloasma, Becotide)	100 mcg/6-8 h	800 mcg/día	Inhalada	Corticoide inhalado tto asma y EPOC
BISACODILO (Dulcolaxo)	5-10 mg tras la cena		Oral	No en ancianos de forma prolongada porque puede producir hipopotasemia
BROMURO DE IPATROPIO (Atrovent)	20-40 mcg/día	Max 240 mcg/día	inhalado	Broncodilatador anticolinérgico
CITALOPRAM (Prisdal, seropram)	20 mg/día	Max 60 mg/día Ancianos 40 mg Insuf. Hepática 30 mg	Oral	Antidepresivo similar a la fluoxetina
CLORACETATO DIPOTÁSICO (Tranxilium)	10-45 mg/día			BDZ, Ansiolítico y privación alcohólica
CLOHIDRATO DE CLORHEXIDINA (Bucometasana, Angileptol)	1 comp/3-4h	Max 7 comp	Oral	Antiséptico bucal

VADEMECUM EN CC. PALIATIVOS

FÁRMACO	DOSIS (mg)	DOSIS máx	VÍA ADMON	COMENTARIOS
CLORIMIPRIMA-CINA (Anafranil)	30-50 mg/día	100-250 mg/día	Oral	ADT muy útil en trastornos obsesivos. En niños en déficit de atención
CLORPROMACINA (Largactil)	50 mg/día	Max oral 1500 mg/día	Oral, comp ó gotas Im iv.	Neuroléptico indicado en dolor asociado a delirium o agitación. En tenesmo rectal, hipo, sedación nocturna, antiemético
CODEINA (Codeisan, Bisoltus)	30-60 mg/6-8 h	240-360 mg/día	Oral	En uso crónico asociar laxante
DEXAMETASONA (Fortecortin)	4-24 mg/día		Oral. SC. IM. IV	Metástasis óseas, afecciones neurológicas. anorexia. Pueden producir hiperglucemia, HTA, gastropatía, miopatía, candidiasis
EQUIVALENCIAS 0,75 mg	4 mg metil-prednisolona (urbason)	5 mg prednisona (dacortin)	5 mg prednisona	20 mg hidrocortisona. 25 mg cortisona
DEXTROMETORFANO (Frenadol, Romilar, Bisolvon)	15 mg/4-6 h	Max 30 mg/6 h	Oral	Opioide tetracíclico de acción antitusígena
DIAZEPAM (Valium)	10-30 mg/8 h	3 mg/Kg/24 h	Oral Rectal Im Iv	BDZ Tto de elección en convulsiones febriles
DIHIDROCODEINA (Tosidrin, Paracodina)	30 mg/4-6 h		Oral	Agonista opioide similar a la codeína
DIMECOTINA (Aeroflat, aerored, pankreoflat)	0,5 mg/8h		Oral	Antieméticos, antiflatulentos
DOMPERIDONA (Motilium)	10-20 mg/6-8 h Rectal 60 mg/8-12 h		Oral Rectal	Antiemético

VADEMECUM EN CC. PALIATIVOS				
FÁRMACO	DOSIS (mg)	DOSIS máx	VÍA ADMON	COMENTARIOS
ESCITALOPRAM (Ciprallex, Esertia)	10 mg/24 h	20 mg/24 h	Oral	Antidepresivo de acción más rápida que el citalopram
FENITOINA (Epanutin)	100 mg/8 h		Oral Iv disuelto en SSF	Antiepiléptico no recomendado en jóvenes Riesgo de arritmias sobre todo iv
FLUCONAZOL (Difucan)	100 mg/24 h	600 mg/24 h	Oral	Antimicótico útil en infecciones sistémicas
FLUOXETINA (Adofen, Prozac)	20 mg/24 h	60 mg/24 h	Oral	En dosis única semanal recaídas frecuentes
FUROSEMIDA (Seguril)	20-80 mg en una dosis	160-200 mg/día	Oral Im Iv	Útil en pacientes con filtrado glomerular reducido
GENTAMICINA TÓPICA (Diprogenta)			tópico	Asociación de corticoide + antibiótico
HALOPERIDOL (Haloperidol)	0,5-5 mg/8 h		Oral Im	Cuadros psicóticos y antiemético
HIDROCORTISONA (Actocortina)	20-30 mg/día 500 mg/6-8h en anafilaxia		Oral Iv, diluido en SSG5% ó SSF Im	Corticoide de corta duración con efecto mineralocorticoide moderado
HIOSCINA (Buscapina)	Oral, rectal im, iv 20 mg/6-12 h Sc 0,4-0,6 mg/4-8h	Niños max 5 mg/8 h	Oral Iv directa o diluida en SSF Im Rectal Sc	Espasmos dolorosos. Absorción errática por vía oral Cuidados paliativos para disminuir secreciones bronquiales
IMIPRAMINA (Tofranil)	75 mg/día	300 mg/día	Oral	ADT con poco efecto sedante
ITRACONAZOL (Canadiol, Sporanox)	200 mg/12 h	600 mg/día	Oral	Antimicótico triazólico muy útil en infecciones sistémicas. Siempre después de las comidas

VADEMECUM EN CC. PALIATIVOS				
FÁRMACO	DOSIS (mg)	DOSIS máx	VÍA ADMON	COMENTARIOS
LACTOSA (Duphalac, Emportal)	Inicio de acción en 24-48 h 15-30 ml/día		Oral Rectal en pacientes en coma	Laxante de eficacia demostrada en el TTO de la encefalopatía hepática
LEVOMEPRONA-CINA (Sinogan)	10-25 mg/día	100 mg/8 h		Neuroléptico de menor potencia antipsicótica y mayor poder sedante que clorpromazina
LORAZEPAN (Idalpren, Orfidal)	2-6 mg/día	10 mg/día	Oral	BDZ con poca sedación diurna y poco efecto miorrelajante. Útil en insuficiencia hepática
MEPIVACAINA (Scandinibsa)		1g/24h ó 7 mg/kg/1,5 h		Anestésico local con duración del efecto 90-150min
METIL-FENIDATO (Rubifén)	5 mg/8 h	60 mg/día	Oral	Psicoestimulante de perfil similar a la anfetamina
METIL PREDNISOLONA (SOLUMODERIN URBASÓN)	2-60 mg/día por vía oral		Oral Parenteral	Corticoide de acción intermedia con poco efecto mineralocorticoide
METOCLOPRAMIDA (Primperán)	5-10 mg/8 h	1-2 mg/kg	Oral Parenteral	Antiemético que puede producir efectos extrapiramidales
MIDAZOLAM (Dormicum)	Sedación 2-2,5 mg iv			BDZ de vida media muy corta
MIRTAZAPINA (Rexer, Vastat)	15-30 mg/24 h	Mantenimiento 15-45 mg/día	Oral	Antidepresivo tetracíclico, marcado efecto sedante
MORFINA*				
NISTATINA (Mycostatin)	100.000 U/6 h	1.000.000U/6h	Tópico bucal Oral	En pacientes no inmunodeprimidos

*ver escala analgésica de la OMS

VADEMECUM EN CC. PALIATIVOS				
FÁRMACO	DOSIS (mg)	DOSIS máx	VÍA ADMON	COMENTARIOS
ONDASETRÓN (Zofrán)	0,15 mg/kg 8 mg/8 h v.o		Oral Iv	Antiemético antagonista de la serotonina
OMEPRAZOL	20 mg/12 h	40 mg/24h	Oral Iv	Antiulceroso inhibidor de la bomba de protones
PARAFINA LÍQUIDA (Hodernal)	15 ml/12-24 h		Oral	Laxante lubricante
PAROXETINA (Motivan, Seroxat)	20 mg/día	50 mg/día	Oral	Antidepresivo ISRS
POLIETILENGLICOL (Movicol, solución evacuante Bohm)	2-3 sobres/día			
PREDNISONA (Dacortin)	Oral 0,2 mg/kg Im. Iv se debe de utilizar dosis equivalentes de metilprednisona	Max 1,5-2 mg/kg	Oral Im Iv	Antiinflamatorio, inmunosupresor y coadyuvante
SALBUTAMOL (VENTOLIN)	Inh 100-200 mcg/4-6 h Con nebulizador 2,5-5 mg (0,5 ml de solución) diluidos en 2-5 ml de SSF Oral 2-4 mg/6-8 h Iv diluir en SSF o G5% Sc ó Im 500 mcg/4-6 H		Inhalatoria Oral Parenteral	En dosis altas, hipopotasemia, hiperglucemia e hipoxemia

VADEMECUM EN CC. PALIATIVOS

FÁRMACO	DOSIS (mg)	DOSIS máx	VÍA ADMON	COMENTARIOS
SALES DE MAGNESIO (DOLCOPIN, EUPEPTINA)	1-4/3-4 veces al día		Oral	Antiácido aluminico-magnésico
SENÓSIDOS (PUNTUAL)	12-36 mg/día al acostarse		Oral	Evitar si hepatopatía severa. Colorean de rojo la orina
SERTRALINA (AREMIS, BESITRAN)	50 mg/día	200 mg/día	Oral	Antidepresivo similar a la fluoxetina. En toma única
TRAZODONA (DEPRAX)	100-150 mg/día repartidos cada 8h	600 mg/día	Oral	Similar a amitriptilina con menos efectos 2º
TRIAMCINOLONA (PROTOSTEROLD, TRIGON DEPOT))	5-80 mg		Local	Corticoide de acción intermedia sin acción mineralocorticoide
VENLAFAXINA (DOBUPAL, VANDRAL)	75 mg/día en dos tomas	375 mg/día	Oral	Antidepresivo similar a la fluoxetina
ZOLPIDEM (STILNOX)	10 mg en ancianos 5 mg		Oral	Hipnótico de rápida acción se debe de tomar acostado. No en miastenia gravis

TRATAMIENTO DEL DOLOR

ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS – I ESCALON				
Fármaco	Dosis (mg)	Dosis máx.	Via administr.	Comentarios
PARACETAMOL	1 gr/4 h	6 gr/día	Oral/IV	Hepatotóxico
AAS	1 gr/4 h	6 gr/día	Oral	Ojo. Síndrome de Reye
METAMIZOL	2 gr/6h	8 gr/día	Oral/rectal/IV	Util en dolores viscerales. Agranulocitosis. hipotensión
IBUPROFENO	600 mg/6 h	2,4 gr/día	Oral/solución	Menor afectac. gastrolesiva
DICLOFENACO	25-50 mg/6-8 h	200 mg/día	Oral/rectal/SC	Baja incidencia gastrolesiva
NAPROXENO	500 mg/8 h	1500 mg/día	Oral/rectal	

OBSERVACIONES	Tienen techo terapéutico
	La asociación Paracetamol + AINES no se consigue un mejor control del dolor
	Mayor gastropatía en: la asociación de 2 AINES, la asociación con corticoides, las dosis altas, ser ≥ 65 años y el consumo de alcohol y tabaco.
	Igual eficacia entre los distintos AINES
	Antes de iniciar un tratamiento con un fármaco de siguiente escalón, aumentar la dosis hasta alcanzar dosis máximas
	Administrar protectores gástricos: OMEPRAZOL//LASOPRAZOL (OPIREN FLASH)// ESOMEPRAZOL(NEXIUM)
EQUIVALENCIAS	500 AAS = 650 PARACETAMOL = 400 IBUPROFENO = 25 DICLOFENACO

ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS – II ESCALON

Fármaco	Dosis (mg)	Dosis máx.	Vía administr.	Comentarios
TRAMADOL	50-100/4-6 h	400 mg/día	Oral/rectal/SC/ IV/IM	No en pacientes epilépticos
CODEÍNA	30-60/6-8 h	240-360/día	Oral	Estreñimiento

PRESENTACIÓN	TRAMADOL: caps 50 mg/solucion 1 ml = 100 mg = 40 gotas/ supositorios 100 mg ampollas 2 ml = 100 mg(IM/IV/SC)
	CODEÍNA comp. 30 mg
OBSERVACIONES	TRAMADOL (SC): en Pacientes terminales es la 1ª opción
	TRAMADOL (IV): Diluir 1 ampolla en 10cc SSF y adm. lentamente
EQUIVALENCIAS	10 mgr TRAMADOL = 2 mg MFN//dosis de TRAMADOL/4 = dosis de MFN
	60 mgr CODEÍNA = 10 mgr MFN//30 mgr CODEÍNA = 650 mgr PARACETAMOL

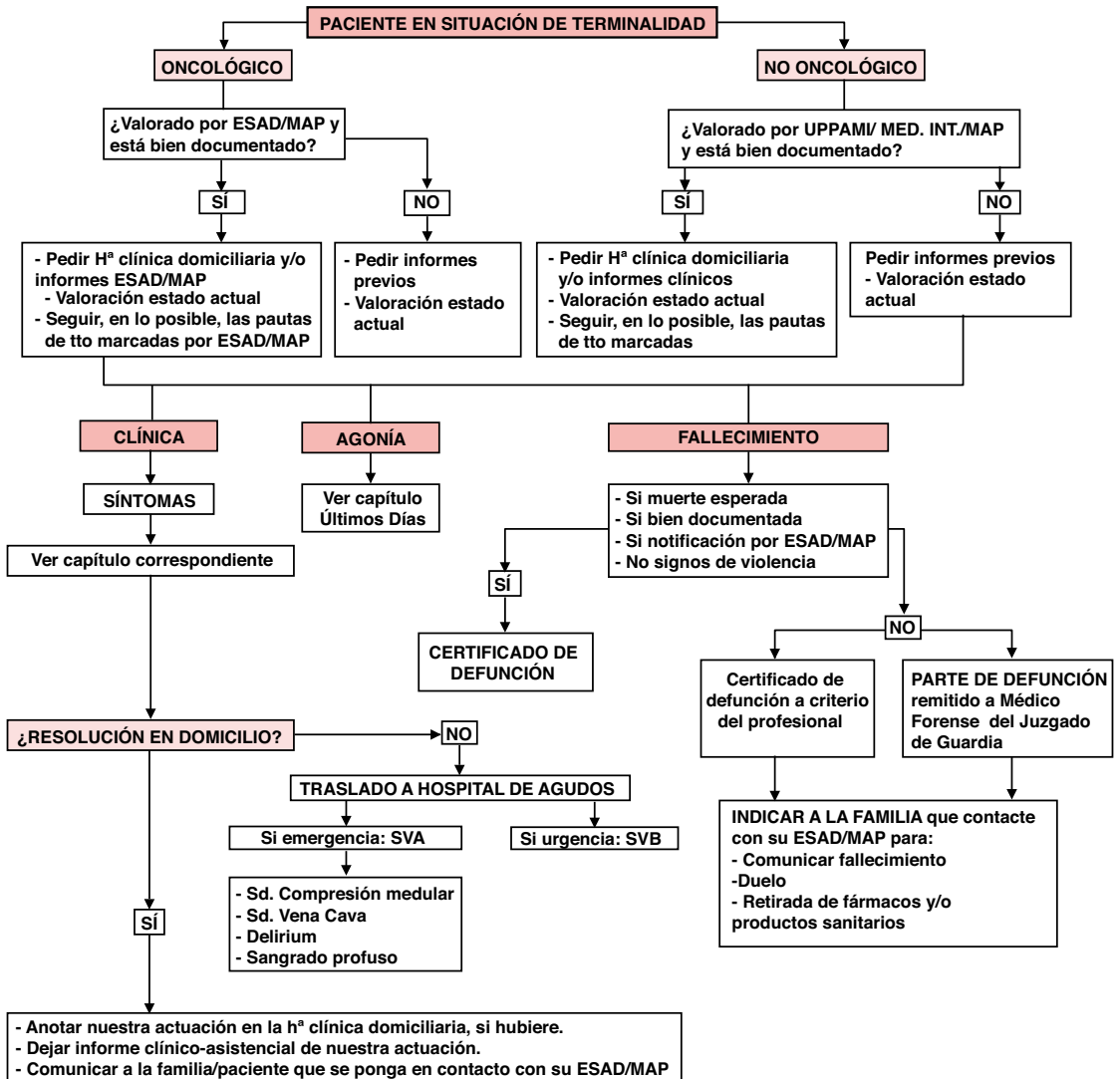
ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS – III ESCALON			
Fármaco		Presentación	Nombre comercial
MORFINA ORAL liberación RÁPIDA		Comp 10 y 20 mg	SEVREDOL
		Solucion oral 2 mg/ml y 20 mg/ml 10-30 mg	ORAMORPH
liberación RETARDADA (12 h)		Comp 10,30, 60, 100 y 200 mg	SKENAN
		Comp. 5,10,15,30,60,100 y 200	MST CONTINUS
De liberación RETARDADA (24 h)		Comp. 30, 60, 120, y 200 mg	MST UNICONTINUS
MORFINA VIA SC		Viales 1 ml al 1% (10 mg); al 2% (20 mg) y de 2 ml al 2% (40 mg)	CLORURO MORFICO
FENTANILO	Transdérmico (FTD)	Parches de 12, 25, 50,75 y 100 mcg/h (72 h)	DUROGESIC MATRIFEN
	Transmucosa oral (FTMO)	Comprimidos con aplicador 200, 400, 600, 800, 1200 y 1600 mcg	ACTIQ
BUPRENORFINA	Transdérmica	Parches de 35, 52,5 y 70 ng (max 140/24 h)	TRANSTEC
	Sublingual	Comp. 0,5 - 0,4 mg	BUPREX
METADONA		Comp. 5, 30 y 40 mg y viales de 10 mg	METASEDIN
OXICODONA		Comp liberación retard. 10, 20, 40 y 80 mg	OXYCONTIN
		Caps 5,10 y 20 mg y Sol. Oral 10 mg/ml	OXYNORM

OBSERVACIONES	
MORFINA (MRF)	Primer tratamiento de elección para control el dolor (MRF oral liberación rápida)
	Dosis de inicio: 5 mg/4h
	Dosis de rescate: Misma dosis de MRF oral liberación rápida ó 1/10 de DDT de MRF, se puede repetir a la hora si no mejora el dolor. Si ≥ 3 dosis de rescate/día, se incrementa la DDT entre 30-50%
	El efecto analgésico de la MRF oral liberación rápida comienza a los 30-45 min; la de liberación retardada a las 2-4 horas de su administración con un pico máximo 3-6 h y la de la MRF SC a los 10-15 min. con una duración de 4 h
	MRF oral/2 = MRF SC//MRF oral/3 = MRF IV
FENTANILO	Indicado en dolores estables (no progresivos) o incumplimiento terapeutico
	Piel intacta, sin vello, no sudoración, si fiebre: disminuir la dosis o retirar el parche por incremento de absorción, se cambia el parche cada 72 h
	Dosis de rescate: De 5-10 mg de MRF de liberación rápida por cada 25 mcg de Fentanilo. Si ≥ 3 dosis de rescate/día, se incrementa la dosis 25 mcg/h
	FTMO: es eficaz en dolor irruptivo, su efecto analgésico comienza a los 5-10 min. Comenzar con 200 mcg (esperar 15 min., sino cede el dolor repetir la misma dosis, max. 2 para el mismo dolor) Se puede consumir un máximo 4/día
	EQUIVALENCIA: 25 mgr/h FENTANILO (72 h) = 30-60 mg MRF
OXICODONA	EQUIVALENCIA: 10 mgr OXICODONA = 20 mg MRF
MRF -> FTD	Calcular la DDT MRF (60 mg MRF = 25 mgr/h FTD)
	Establecer dosis de rescate: 1/10 DDT MRF oral ó dosis fraccionada cada 4 h
	Reajustar a 72 h: Si ≥ 3 dosis rescate/día, aumentar 25 mcg/h FTD la dosis del parche. Si se produce somnolencia disminuir 20-30% DDT de FTD
FTD -> MRF	Calcular la DDT FTD (25 mgr/h FTD = 60 mg MRF)
	Calcular un 25% menos de DDT por tolerancia cruzada incompleta
	Comenzar tras 12 h después de la retirada del parche con pauta oral de MRF
	Establecer dosis de rescate: 1/10 DDT MRF oral ó dosis fraccionada cada 4 h
	Reajustar a 36 h: Si ≥ 3 dosis rescate/día, aumentar 30-50% la DDT de MRF. Si se produce somnolencia disminuir 20-30% DDT de MRF

COADYUVANTES			
Fármaco	Presentación	Dosis	Nombre comercial
CORTICOIDES			
DEXAMETASONA	Comp 1 mg y ampollas de 4 y 40 mg	4-24 mg/día	FORTECORTIN
OBSERVACIONES	Indicaciones: Metástasis óseas, afectaciones neurológicas, anorexia (2-4 mg). Vía administración: VO, IV, SC, Rectal Efectos secundarios: Hiperglucemia, HTA, gastropatía, miopatía, candidiasis		
EQUIVALENCIAS (0,75 mg)	4 mg Metilprednisona (Urbason)/5 mg Prednisona (Dacortin)/5 mg Prednisolona/20 mg Hidrocortisona/25 mg Cortisona		
ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS			
AMITRIPTILINA	Comp 10, 25, 50 y 75 mg	25 mg/noche	TRYPTIZOL
	Indicaciones: Dolor neuropático, neuralgia postherpética. D. máx. 150 mg/día (1/1/1) Efectos secundarios: Sedación, hipotensión, sequedad de boca		
VENLAFAXINA	Comp. 5,10,15,30,60,100 y 200	75 mg/noche	VENDRAL retard
	Indicaciones: Geriatria, Ictus, enfermos polimedicados D. máx. 225 mg/día (1/1/1)		
MIRTAZAPINA	Comp. flash	15-45 mg/día	REXER
	Indicaciones: Dolor neuropático de < 3 semanas (no indicados en evoluc. días)		
SERTRALINA	Comp 50, 100 mg solución 20 mg/ml	50 mg/día	BESITRAN
CITALOPRAM	Comp 20, 30 mg	10-20 mg/día	PRISDAL
PAROXETINA	Comp 20 mg	20 mg/día	SEROXAT
ANTICONVULSIVANTES			
Indicados en Dolor neuropático			
CARBAMACEPINA	Comp 200, 500 mg, Solución 2 ml/400 mg	200-400 mg/día	TEGRETOL
	Incrementar dosis cada 3 días. Dosis efectivas 400-800 mg/d. Máx. 400 mg/8 h		

PREGABALINA	Comp 25, 75, 150, 300 mg	75 mg/12 h	LYRICA
	Indicaciones: neuropatía Diabética, epilepsia. Dosis efectivas 150-600 mg/día (1/1/1)		
VALPROATO SÓDICO	Comp 200, 400 mg	200 mg/día	DEPAKINE
	Incrementar dosis cada 3 días. Dosis efectivas 400-800 mg		
GABAPENTINA	Comp 300, 400, 600, 800 mg	300 mg/día	NEURONTIN
	Incrementar dosis cada 3 días. Dosis efectivas 900-1800 mg		
NEUROLÉPTICOS			
Indicados en dolor asociado a delirium o agitación			
CLORPROMAZINA	Comp 25, 50 mg, Amp. 25 mg Gotas 1 g = 1 mg	50 mg/día	LARGACTIL
	Indicaciones: Tenesmo rectal, hipo, sedación nocturna, antiemético		
HALOPERIDOL	Comp 10 mg Gotas 1 ml = 20 gotas = 2 mg	0,5-5 mg/8 h	HALOPERIDOL
	Indicaciones: Cuadros psicóticos, antiemético		
ANSIOLÍTICOS (BENZODIAZEPINAS)			
MIDAZOLAN	Comp 7,5 mg, amp. 5 ml (5 mg/ml = 25 mg)	5-7,5 mg	DORMICUM

PACIENTE EN SITUACIÓN DE TERMINALIDAD



PALIATIVOS ÚLTIMOS DÍAS**ÚLTIMOS DÍAS****OBJETIVOS**

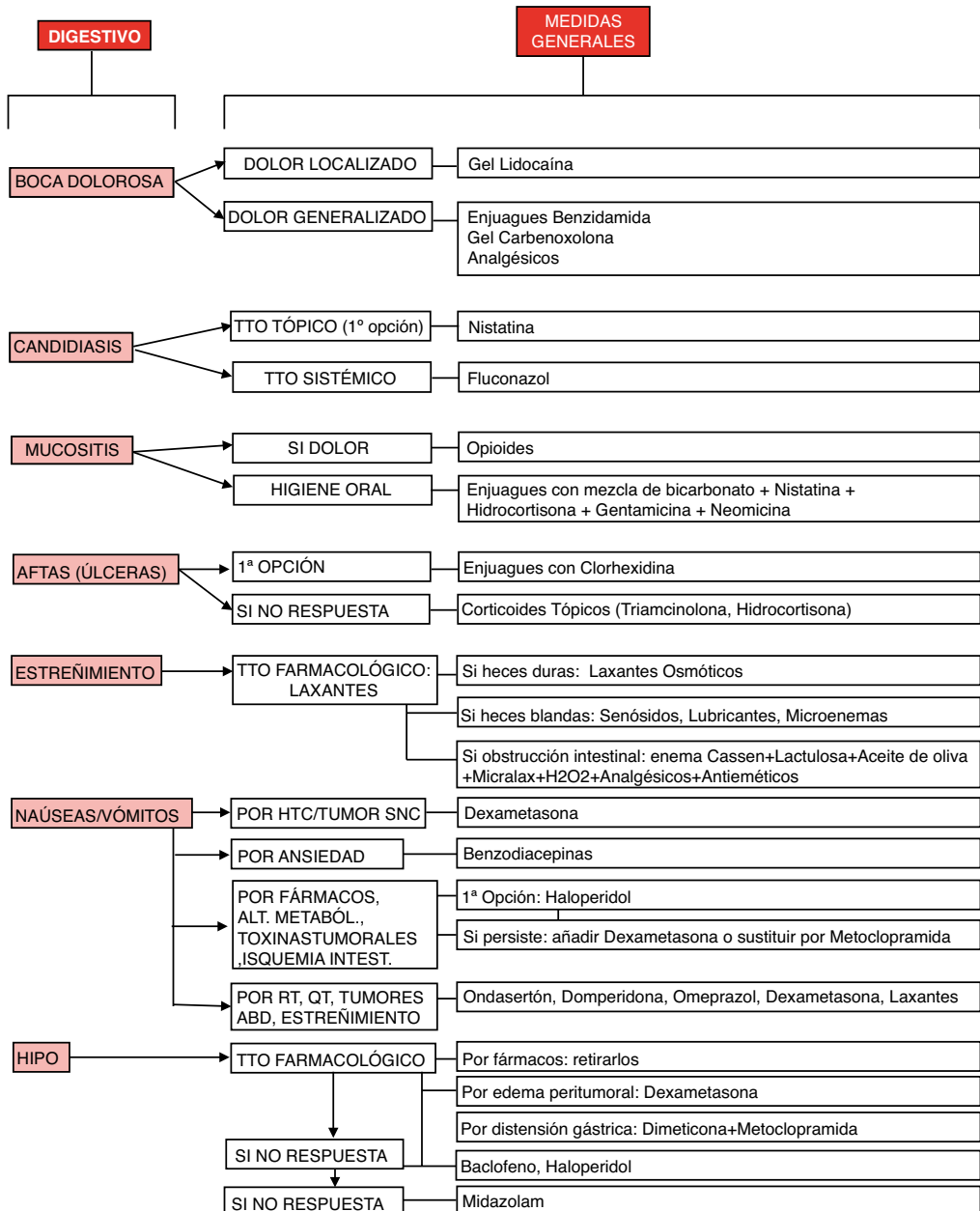
Garantizar que la muerte del paciente se logre en condiciones lo más cómoda y menos agresiva posible

Conseguir que el paciente, en ningún momento, se sienta abandonado

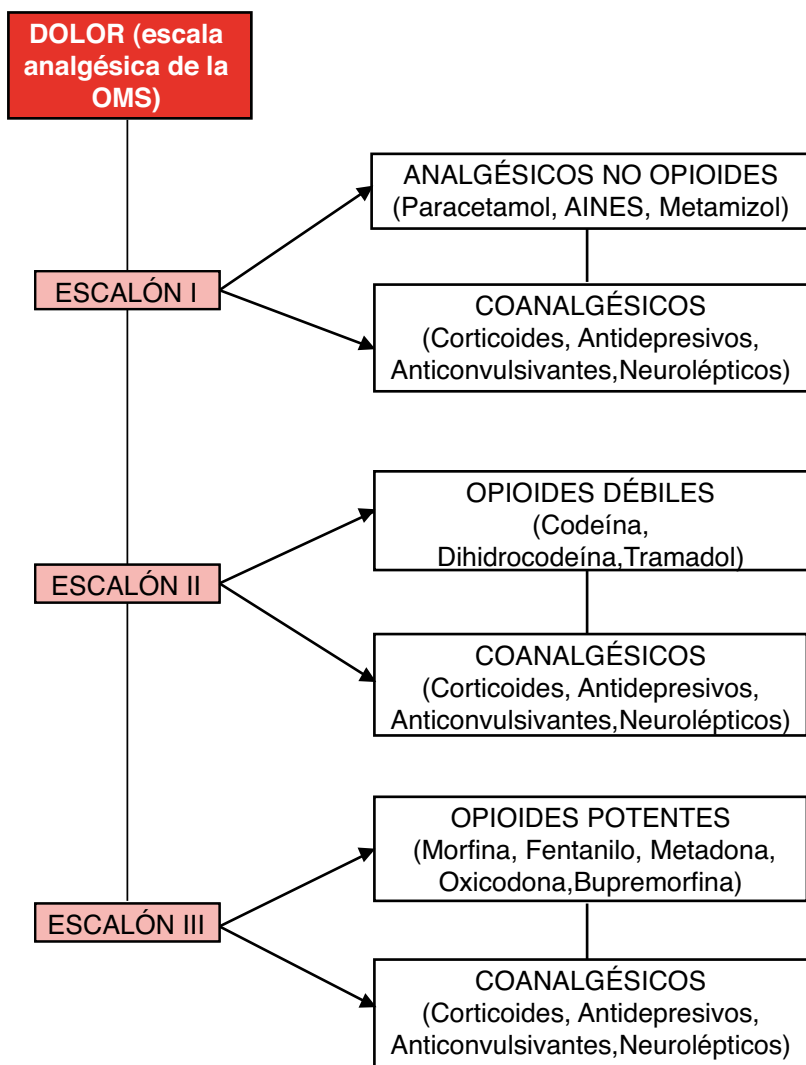
Ofrecer apoyo emocional a la familia y el paciente

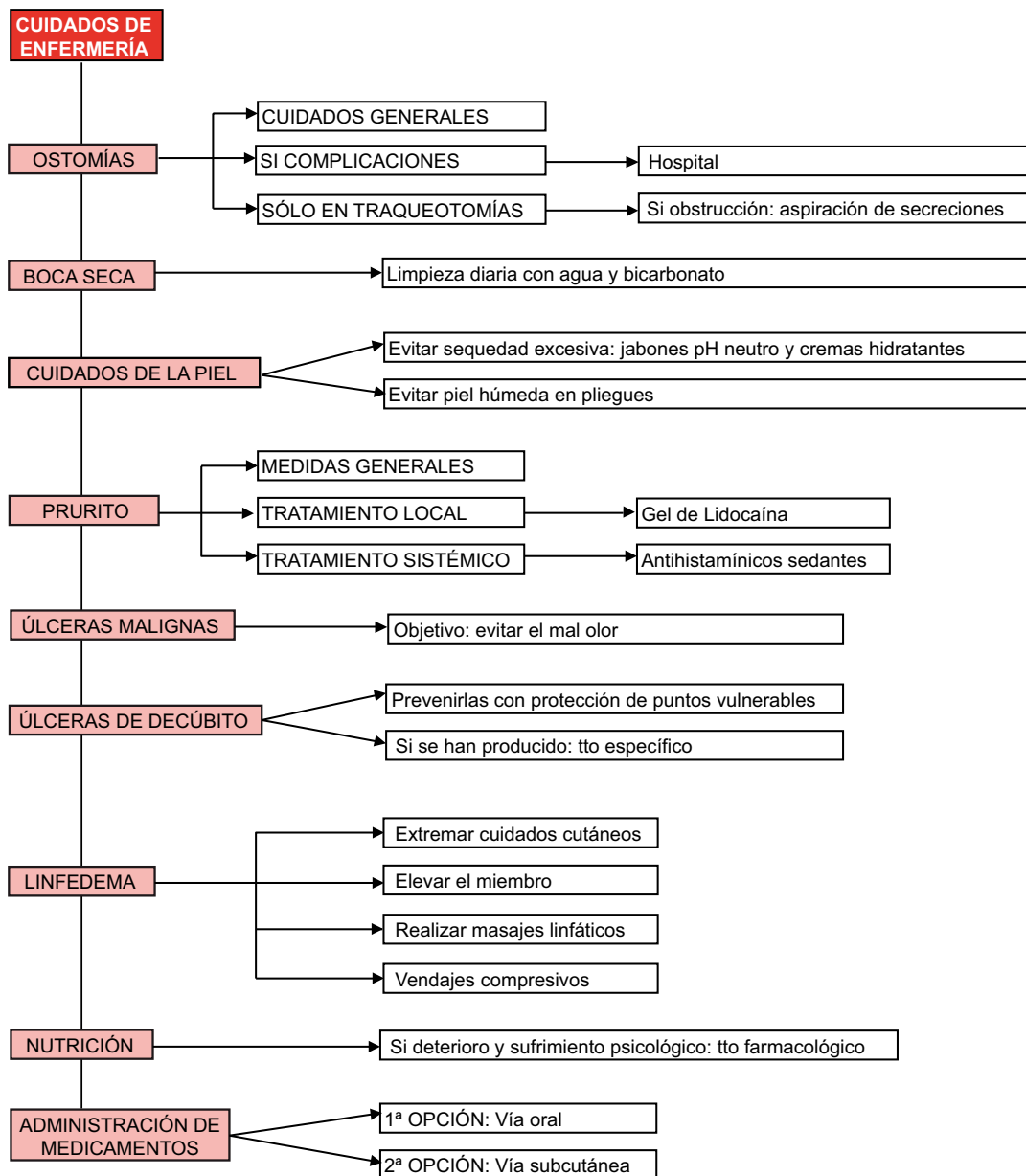
Control de síntomas: LA SEDACIÓN.
Midazolam+Haloperidol+Escopolamina butilbromuro

PALIATIVOS GASTROINTESTINAL

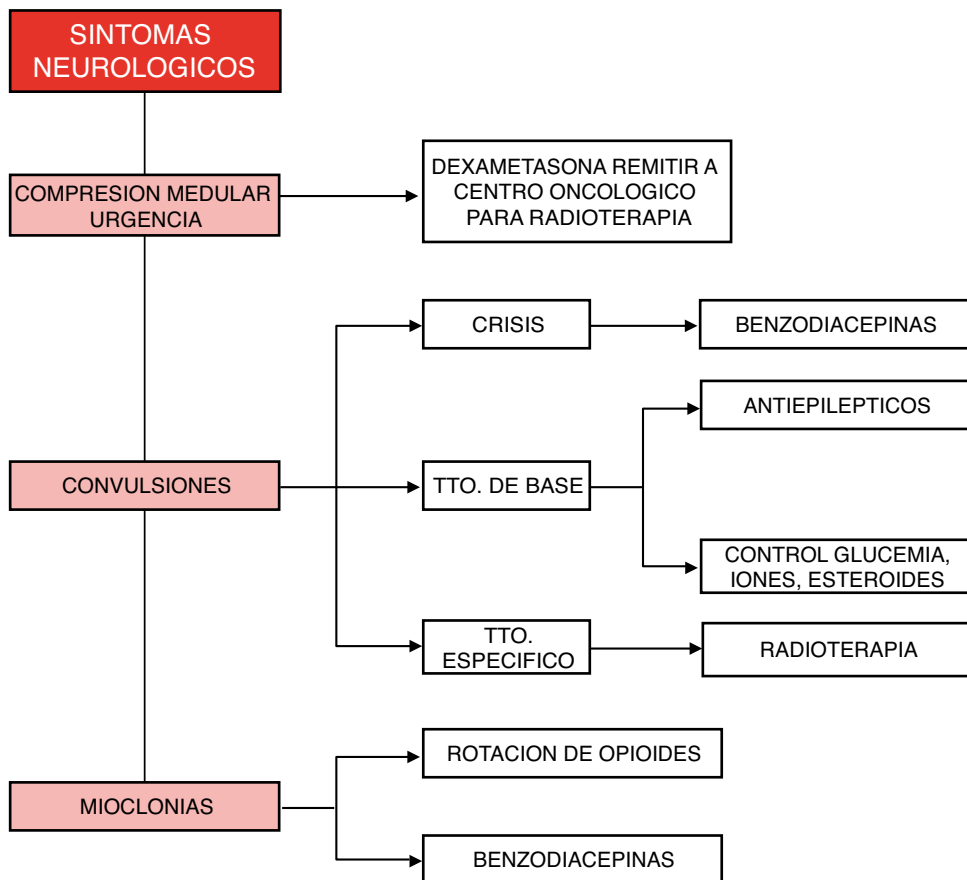


PALIATIVOS DOLOR

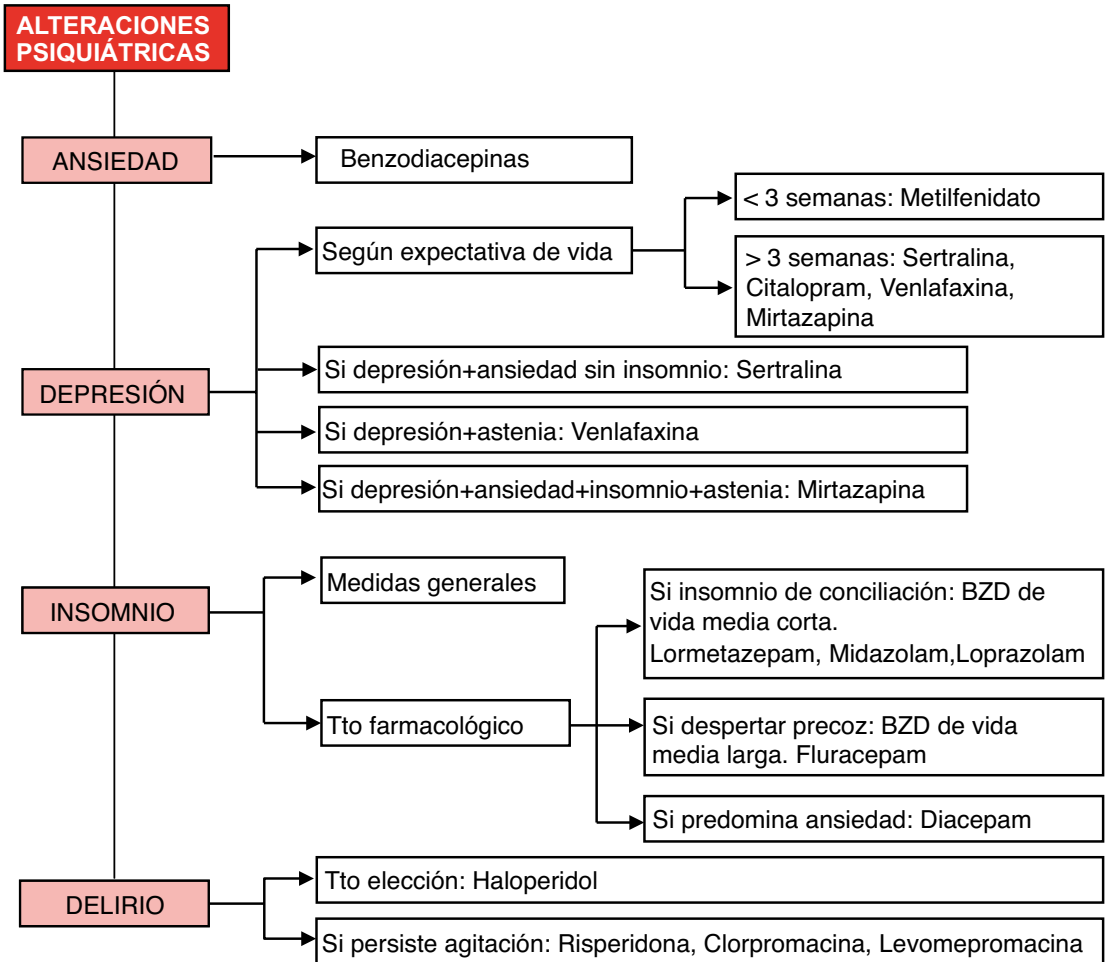


CUIDADOS DE ENFERMERÍA

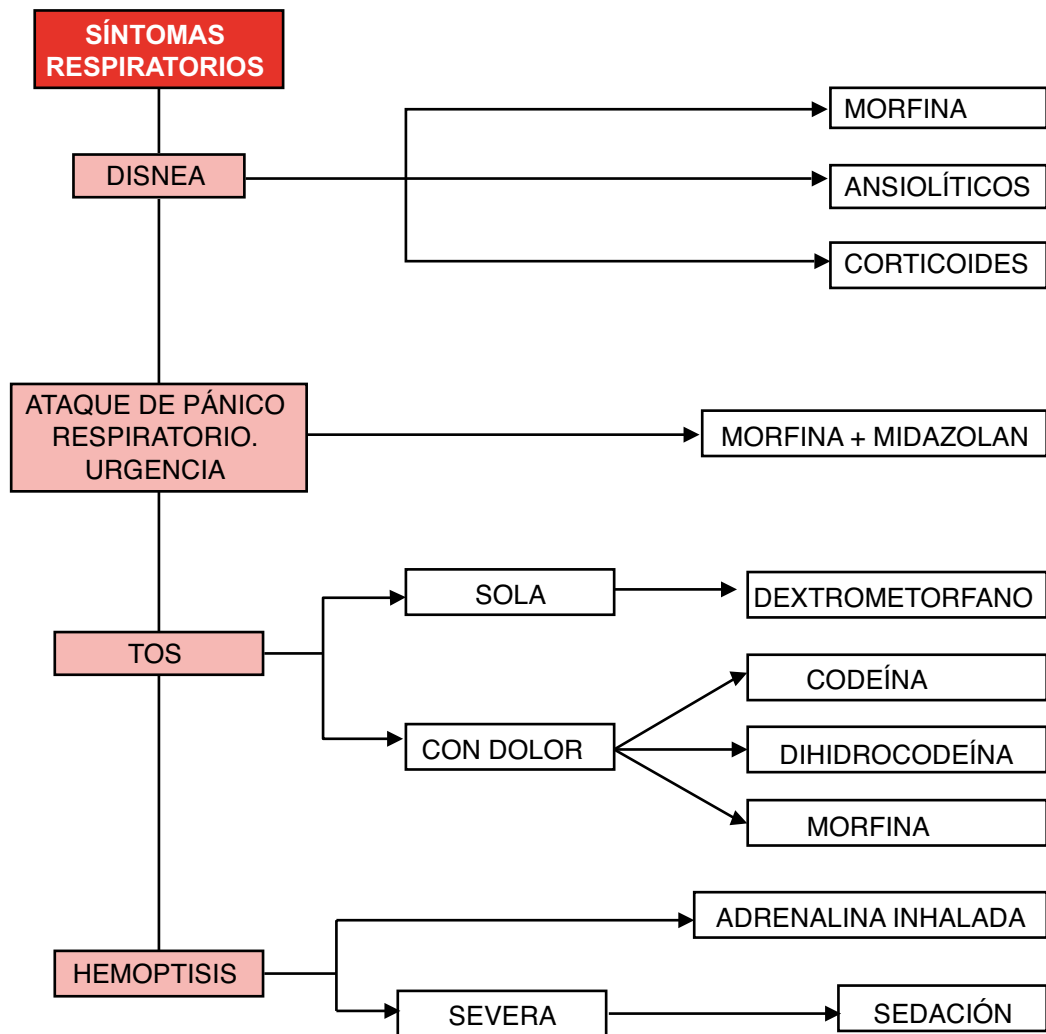
SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

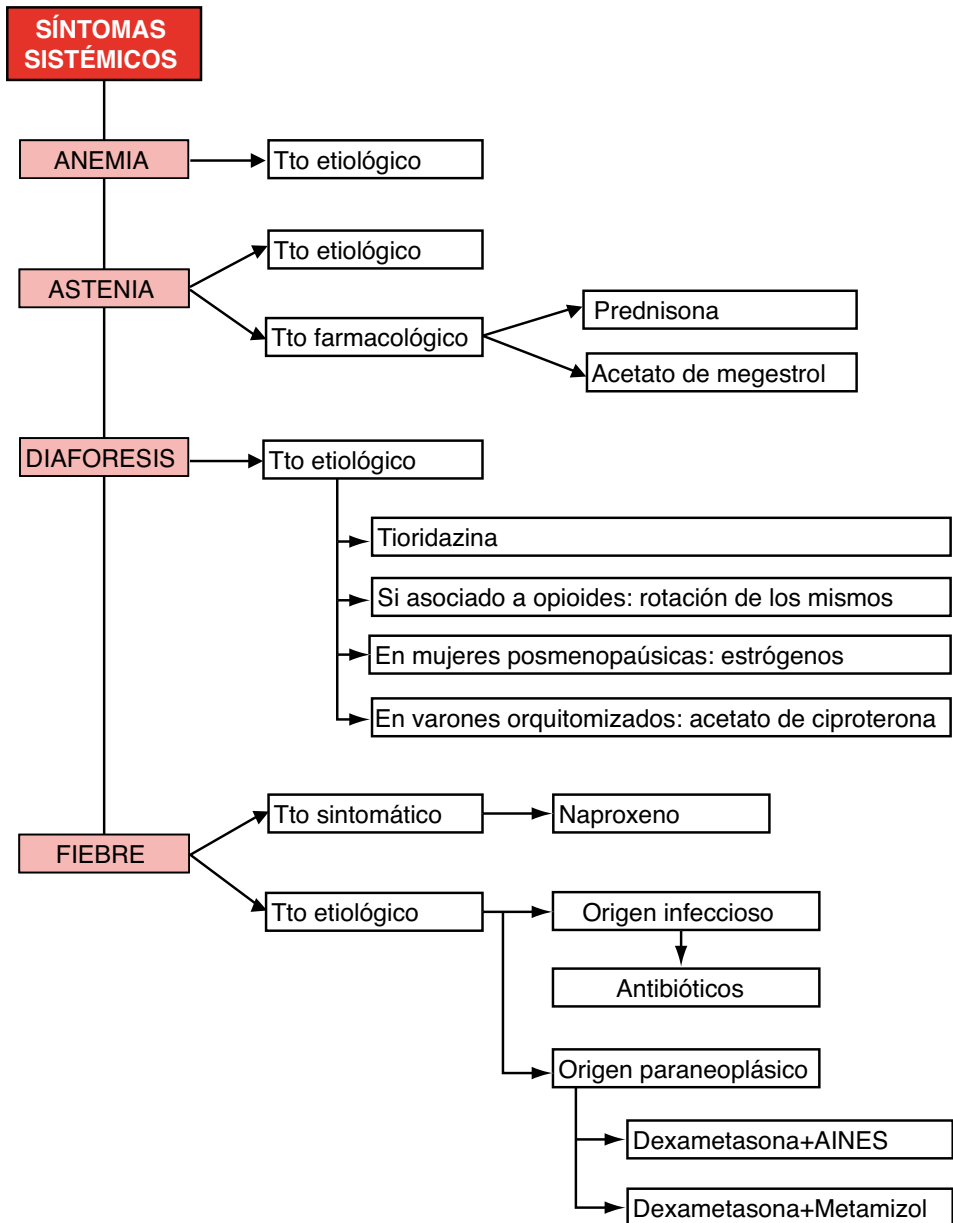


ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

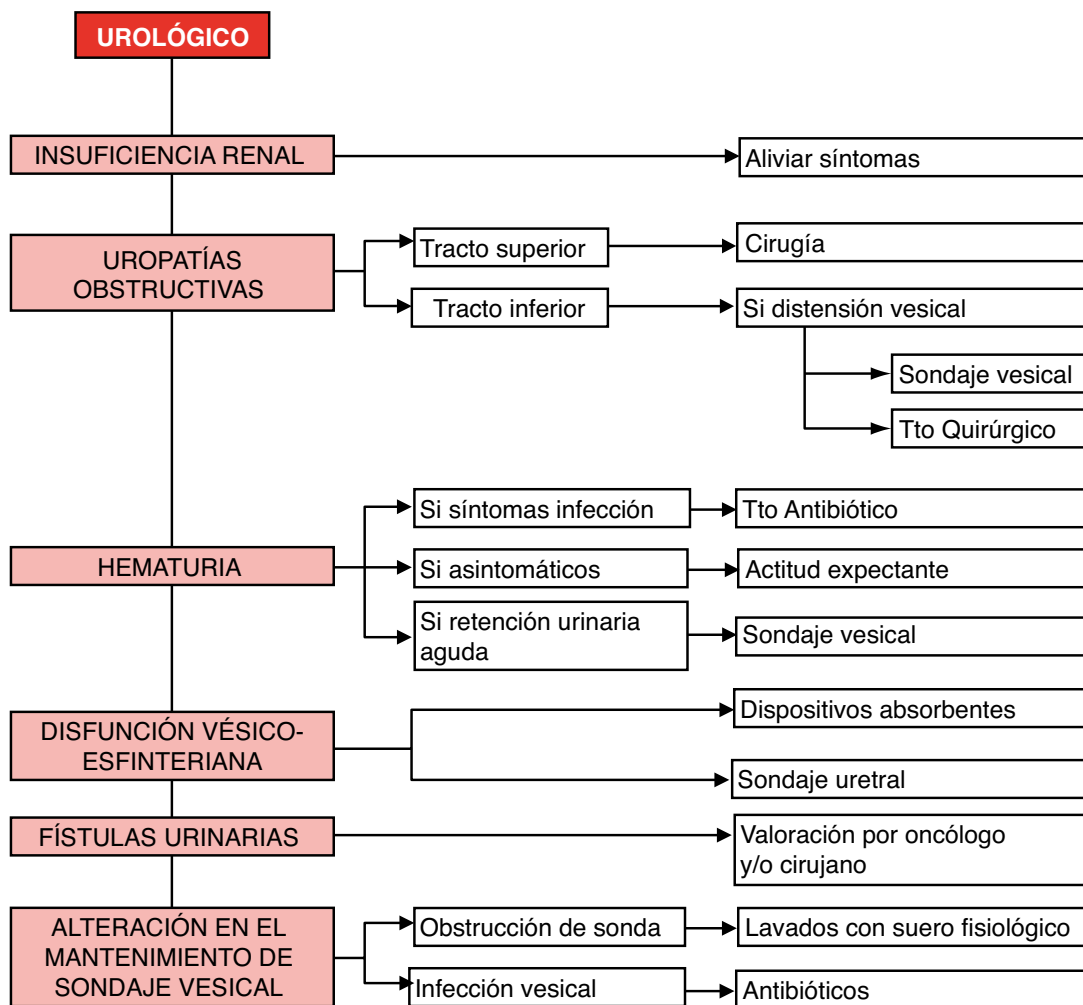


SÍNTOMAS RESPIRATORIOS



SÍNTOMAS SISTÉMICOS

SÍNTOMAS UROLÓGICOS



BIBLIOGRAFIA

1. Strasser F. Eating related disorders in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer* 2003;11:11-20
2. Thomas JR von Gunten CF. Management of dyspnea. *J.Support Onco* 2003; 1:23-32
3. Jackson KC Lipman AG. Farmacos para la ansiedad en el tratamiento paliativo. En *La Biblioteca Cochrane plus*, 2005 numero 1
4. De Miguel C, Lopez A: Atención al paciente oncológico en la etapa final de la vida. En *El Medico* 9/6/06 25-43
5. Vilches Y, Ferre F. Utilización del metilfedinato en cuidados paliativos. *Med.Pal.* 2004; 2:107-21
6. Jennings AL, Davies AN. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnea. *Thorax* 2002; 57:939-44
7. Couceiro A, Nuñez Olarte J. Sedacion en enfermo terminal. *Med PI* 2001;3:138-43
8. Centeno C, Bruera E. Opioides y neurotoxicidad *Med Pal* 1999; 1:3-12
9. Hanks GW, De Conno F. Morfina y opiaceos alternativos en el tratamiento del dolor oncologico. *Med Pal.* 2002 1: 22-29
10. Centeno E, Bruera E. Tratamiento y prevención del síndrome de neurotoxicidad por opioides. *Med Pal* 1999; 2:56-66
11. Gili F, Gracia A. Dolor irruptivo y su tratamiento adecuado *Med Pal* 201;2:109-112
12. De Miguel C, Lopez A: Tratamiento del dolor en el paciente oncologico AMF:2006
13. De Miguel C, Lopez A: Colocación de vía subcutánea en el paciente oncologico AMF:2006
14. Centeno C, Bruera E. Metastasis oseas. Manifestaciones clinicas y complicaciones. *Med Pal* 2001;2:100-108
15. Grau P, Rodríguez M. Utilización de vías de infusión subcutánea en pacientes geriátricos con enfermedades no oncológicas en situación de ultimos días *Med Pal* 2003;10:133-135
16. Corrales E, Porta J. Control de síntomas en pacientes con cancer avanzado y terminal 1ª ed Madrid: Aran ediciones 2004:271-277
17. Gonzalez Baron, Manuel. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del enfermo con cáncer. Ed Panamericana. 2007.
18. J. M. Antequera; J. Barbero; J. Batiz; R. Bayés; M. Csares; J. Grevás; M. Gomez Sancho; A. Pascual; J. A. Seoane. Guías de ética en la práctica médica: Etica en cuidados paliativos. Fundación de ciencias de la salud. 2006.
19. P Arranz; J. J. Barbero; P. Barreto; R. Bayés. Intervencion emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos. Ed Ariel 2003
20. Gonzalez Baron, Manuel. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del enfermo con cáncer. Ed Panamericana. 2007.
21. J. M. Antequera; J. Barbero; J. Batiz; R. Bayés; M. Csares; J. Grevás; M. Gomez Sancho; A. Pascual; J. A. Seoane. Guías de ética en la práctica médica: Etica en cuidados paliativos. Fundación de ciencias de la salud. 2006.
22. P Arranz; J. J. Barbero; P. Barreto; R. Bayés. Intervencion emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos. Ed Ariel 2003

ISBN: 978-84-939476-0-6



Con la colaboración de:

