

CUIDADOS PALIATIVOS

GUÍAS PARA EL MANEJO CLÍNICO



**Organización
Panamericana
de la Salud**
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



CUIDADOS PALIATIVOS

GUÍAS PARA EL MANEJO CLÍNICO



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

LISTA DE AUTORES

Cuidados Paliativos:
Guías para el Manejo Clínico (2ª Edición)
Eduardo Bruera y Liliana De Lima (editores)

Dra. Mariela Bertolino
Coordinadora
Unidad de Cuidados Paliativos
Hospital E Tornú – Fundación FEMEBA
Buenos Aires, Argentina

Dra. Roxana Bonacina
Supervisora Docente
Programa de Asistencia
Continua Integral (PACI)
Programa Argentino de Medicina Paliativa –
Fundación FEMEBA
Hospital Nacional Baldomero Sommer
Buenos Aires, Argentina

Dr. Eduardo Bruera
Jefe Departamento de Cuidados Paliativos
y Rehabilitación Médica
University of Texas MD Anderson
Cancer Center
Houston, USA

Dra. Bárbara Carlés de Márquez
Presidente
Asociación Venezolana de Cuidados
Paliativos Instituto de Seguridad Social
Caracas, Venezuela

Dra. Liliana De Lima
Directora Ejecutiva
International Association for Hospice
and Palliative Care
Houston, USA

Licda. Noemí Díaz
Psicóloga Clínica
Unidad de Cuidados Paliativos
Hospital Tornú – Fundación FEMEBA
Buenos Aires, Argentina

Dra. Veronica Dussel
Medica Asistente
Unidad de Cuidados Paliativos
Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan
Buenos Aires, Argentina
Asistente Investigación – Grupo de Cuidado
Pediátrico
Dana Farber Cancer Institute
Boston, USA

Dr. Hugo Fornells
Jefe Servicio de Medicina Paliativa
Sanatorio Británico de Rosario
Rosario, Argentina

Dr. John Jairo Franco
Profesor Departamento de Medicina
Interna/Oncología
Universidad del Valle
Facultad de Salud
Cali, Colombia

Dra. Mercedes Franco
Psicóloga Clínica
Unidad de Oncología
Centro Médico Imbanaco
Cali, Colombia

Licda. Clara Granda
University of Pennsylvania Cancer Center
Philadelphia, USA

Dr. Juan Diego Harris
Assistant Professor
Pain and Palliative Care Service
Montefiore Medical Center
Albert Einstein College of Medicine
Bronx, USA

Sra. Estela Jaime
Coordinadora de Voluntariado
Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Dr. E.
Tornú, Buenos Aires.
Programa Argentino de Medicina Paliativa-
Fundación FEMEBA
Buenos Aires, Argentina

Dr. Roberto Levin
Profesor Adjunto
Universidad de la República
Servicio de Oncología Clínica
Facultad de Medicina
Presidente Asociación Uruguay
de Cuidados Paliativos
Montevideo, Uruguay

Dr. Gustavo Montejo
Jefe Unidad de Cuidados Paliativos
y Clínica del Dolor
Hospital Civil de Guadalajara
Guadalajara, México

Dr. Jairo R. Moyano Acevedo
Jefe de Sección Clínica del Dolor
y Cuidados Paliativos
Fundación Santa Fe
Bogotá, Colombia

Dr. Flavio Nervi
Profesor Titular
Pontificia Universidad Católica de Chile
Facultad de Medicina
Santiago, Chile

Dr. Juan Santiago Palma
Clinical Fellow in Pain Management
Massachusetts General Hospital Pain Center
Department of Anesthesia and Critical Care
Harvard Medical School
Boston, USA

Dra. María Pruvost
Jefe Sección de Dolor y Medicina Paliativa
Servicio de Anestesiología
Hospital San Roque
Cordoba, Argentina

Dra. Lisbeth Quesada
Jefe Clínica de Cuidados Paliativos
y Control de Dolor
Hospital Nacional de Niños/
Albergue San Gabriel
San José, Costa Rica

Dra. María Antonieta Rico
Presidente Asociación Chilena
para el estudio del Dolor
Unidad de Cuidados Paliativos
Instituto Nacional del Cáncer
Santiago, Chile

Dr. Hernán Rincón
Jefe Sección de Psiquiatría
Fundación Valle del Lili
Cali, Colombia

Dr. René Rodríguez
Coordinador Clínica Alivio del Dolor
y Cuidados Paliativos
Instituto Seguros Sociales
Docente Facultad de Medicina
Universidad Libre
Cali, Colombia

Dra. Paulina Taboada
Profesora Auxiliar
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Dr. Roberto Wenk
Director
Programa Argentino de Medicina Paliativa
Fundación FEMEBA
Buenos Aires, Argentina

ÍNDICE



1.CUIDADOS PALIATIVOS: PRINCIPIOS GENERALES **3**

Dr. ROBERTO LEVIN

2.PRINCIPIOS ÉTICOS RELEVANTES EN MEDICINA PALIATIVA **9**

Dra. PAULINA TABOADA

3.LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA **15**

Dra. MERCEDES FRANCO

4.DUELO **21**

Licda. NOEMI DIAZ

5.VALORACIÓN DEL DOLOR POR CÁNCER **27**

Dra. BÁRBARA CARLÉS DE MÁRQUEZ

6.ANALGESIA OPIOIDE EN DOLOR POR CÁNCER **31**

Dr. JAIRO MOYANO

7.NEUROTOXICIDAD POR OPOIDES **35**

Dr. JUAN DIEGO HARRIS

8.NÁUSEA CRÓNICA Y VÓMITO EN EL PACIENTE CON CÁNCER **41**

Dr. RENÉ RODRÍGUEZ

9.ANOREXIA Y CAQUEXIA **49**

Dr. FLAVIO NERVI

10. ESTREÑIMIENTO / CONSTIPACIÓN **55**

Dra. MARIELA BERTOLINO

11.MANEJO PALIATIVO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL **61**

Dr. Juan Santiago-Palma

12.HIDRATACIÓN **67**

Dra. MARÍA DE LOS ANGELES PRUVOST

13.HIPERCALCEMIA MALIGNA **71**

Dr. JOHN J. FRANCO

14.ASTENIA/FATIGA **75**

Dr. EDUARDO BRUERA, Dr. LARRY DRIVER

15.DISNEA 79

Dr. HUGO FORNELLS

16.DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES TERMINALES 85

Dr. HERNÁN G. RINCÓN, Dr. JUAN E. GÓMEZ, Dra. LILIANA DE LIMA

17.DELIRIO 91

Dr. GUSTAVO MONTEJO

18.SITUACIONES URGENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS 97

Dra. M. ANTONIETA RICO PAZOS, Enf./Licda. M. ALEJANDRA CURA CAPURRO

19.VALORACIÓN DE SÍNTOMAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS 103

Dra. VERÓNICA DUSSEL

20.TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CUIDADO PALIATIVO PEDIÁTRICO 113

Dra. LISBETH QUESADA TRISTÁN

21.ULCERAS POR DECUBITO 119

Licda. ROXANA BONACINA

22.EL CUIDADO DE LA CAVIDAD ORAL 127

Enf./Licda. CLARA GRANDA-CAMERON

**23.DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE
VOLUNTARIADO EN CUIDADOS PALIATIVOS 133**

Sra. ESTELA JAIME, Dr. ROBERTO WENK

24.ANEXO-HERRAMIENTAS 137

PREFACIO

América Latina ha dado un vuelco hacia un perfil epidemiológico en el que predominan las enfermedades crónicas no transmisibles. Los cambios demográficos, fundamentalmente el aumento de la población adulta y la urbanización han aumentado la carga por enfermedad y los costos de los servicios de salud.

Para el año 2020 se espera que ocurran 840.000 defunciones por cáncer en América Latina y el Caribe. Uno de los aspectos más descuidados en la atención de las personas con cáncer son los cuidados paliativos, los que deberían comenzar en el momento mismo del diagnóstico.

Esta publicación tiene el propósito de brindar al personal de salud información sobre el manejo de pacientes que requieren cuidados paliativos, por ejemplo, aquellos con cáncer avanzado. Aunque hay menos defunciones por SIDA y otras enfermedades crónicas, muchas de estas requieren también de control del dolor y manejo de síntomas relacionados con el progreso de la enfermedad y los tratamientos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cumplió recientemente 100 años de existencia. Durante esta celebración, se destacaron muchos de los logros en salud pública en los que la OPS ha ejercido un importante liderazgo. Al inicio del siglo 21, se presentan nuevos desafíos, con una mayor población adulta y por lo tanto, mayor demanda por parte de personas con problemas crónicos progresivos.

La Organización apoya a los países a aumentar la disponibilidad de drogas de bajo precio para el manejo del dolor, impulsa programas comunitarios que incorporan los cuidados paliativos en la atención primaria y capacita al personal de salud para brindar un sistema de soporte que incluya los cuidados paliativos como componente del tratamiento.

Este manual sirve el propósito de contribuir a fomentar acciones en pro de las personas que requieren cuidados paliativos, sus familias y su comunidad.

SYLVIA C. ROBLES
Unidad de Enfermedades No Transmisibles
Organización Panamericana de la Salud

AGRADECIMIENTO

Durante los dos últimas décadas, los profesionales en cuidados paliativos han desarrollado un cuerpo de conocimientos que permite controlar la gran mayoría de los síntomas físicos y psico-sociales de los pacientes con enfermedades avanzada y sus familias. Sin embargo, los cuidados paliativos no se enseñan a nivel de pregrado o postgrado en la gran mayoría de las universidades de la Región de las Américas.

Como consecuencia, muchos médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales de la salud tienen acceso limitado a esta información. La ausencia de material en castellano y el costo de las publicaciones existentes agravan este problema. Con el propósito de brindar una guía que pueda llenar este vacío, el International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se unieron en este proyecto.

Esta segunda edición de la primera Guía de Cuidado Paliativos publicada hace algunos años por los OPS es el resultado de un trabajo en equipo en el que participaron varios profesionales de América Latina y representa un esfuerzo de cooperación internacional para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado en nuestra Región.

La segunda edición tiene nueve capítulos adicionales y una tabla de herramientas para la valoración de síntomas. Adicionalmente, los capítulos que aparecieron en la primera edición han sido revisado y actualizados con base en la última información disponible sobre tratamiento y manejo de síntomas.

Este libro no intenta cubrir todos los aspectos del cuidado físico, psicológico, social y espiritual de los pacientes terminales y sus familias. Aquellos profesionales que tengan interés en información más completa puedan recurrir a otros textos de cuidado paliativo.

Gracias a todos por la colaboración y esfuerzo que le dedicaron a este proyecto. Estamos orgullosos del resultado y seguros que será muy útil en los países de América Latina.

Dr. Eduardo Bruera
Dra. Liliana De Lima
Editores

1. CUIDADOS PALIATIVOS: PRINCIPIOS GENERALES

Dr. ROBERTO LEVIN

El cáncer constituye hoy un verdadero problema de salud pública, cuya incidencia va en franco aumento. Cada año aproximadamente 9 millones de personas enferman de cáncer en el mundo y un 70% de ellos fallecen por la enfermedad. Por otra parte, dos tercios de los casos ocurren en los países en vías de desarrollo, que solo cuentan con el 5% de los recursos totales para el control del cáncer.

América Latina y el Caribe no escapan a esta situación, se estima que en los próximos años cerca de 1 millón de personas necesitarán cuidados paliativos en la región. La mayoría de los pacientes oncológicos, en nuestros países, fallecen en condiciones deplorables: sin la analgesia adecuada y sin los cuidados que la situación de una enfermedad terminal requiere. Es frente a esta situación que ya hace más de treinta años surge el Movimiento Hospice primero y los cuidados paliativos después. Así la OMS ha tomado estas iniciativas como propias y propone difundir los cuidados paliativos a nivel mundial. Los define de la siguiente manera:

“Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psico-sociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”.

Veamos esta definición un poco más de cerca. El paciente se encuentra en una situación de enfermedad avanzada, incurable, polisintomática y con múltiples causas de sufrimiento en la esfera psicosocial. Es la situación de “dolor total” como lo define la OMS, situación que vive el enfermo y su familia como una verdadera catástrofe: todas las certezas y seguridades de ayer, hoy han desaparecido.

¿Cuál es entonces la propuesta de los cuidados paliativos? En esencia, consiste en promover el *reajuste* del paciente y su familia a una nueva realidad para lograr el mejor afrontamiento posible a la situación de enfermedad terminal. Los caminos a través de los cuales se hace efectivo este reajuste pasan por:

- 1) Buen control del dolor y otros síntomas
- 2) Buena comunicación
- 3) Apoyo psicosocial
- 4) Trabajo en equipo

● CONTROL DE SÍNTOMAS

Si el objetivo es lograr el *reajuste* del paciente a una nueva realidad, es necesario que se encuentre en condiciones para poder hacerlo: ello solo será realizable si se lo mantiene lo más asintomático posible.

Si bien es evidente que nadie podrá aproximarse a un paciente transido de dolor o cursando un estado confusional por una hipercalcemia, hay algunos aspectos particulares referentes a la atención del paciente oncológico en las fases finales de la vida que deben considerarse.

Se deberá poner especial énfasis en la situación clínica particular de cada paciente, en cuáles son los objetivos razonables de cada tratamiento y en establecer *qué hacer y qué no hacer* en cada momento.

Debemos recordar que se trata de pacientes que no tienen posibilidades de un tratamiento curativo y que, no obstante su breve expectativa de vida (semanas o meses), siempre será posible ofrecerles un buen tratamiento sintomático. En esta situación se le exige al médico una valoración muy precisa de un equilibrio muy delicado: por un lado, no someter al paciente a exámenes inútiles y costosos, no agregar tratamientos agresivos o inoportunos y, por el otro, no descuidar un examen clínico atento y riguroso capaz de develar y prevenir situaciones puntuales que podrían afectar gravemente la calidad de vida del paciente. Es decir, no sobre-tratar ni sub-tratar al enfermo, sino saber guardar el equilibrio y valorar en cada circunstancia cuánto beneficio y cuánto perjuicio obtendremos con determinado tratamiento o con determinada abstención terapéutica. Deberá considerarse que no se trata de dispensar cuidados compasivos, sino que, por el contrario, la actitud clínica será la de indicar un tratamiento rápido y eficaz de todos aquellos síntomas potencialmente

reversibles y que apunte a mejorar la calidad de vida del enfermo. Se trata, en fin, de tomar las mejores decisiones en la situación de un enfermo terminal sin prolongar su agonía ni acelerar su muerte.

Huelga decir que para cumplir con estos objetivos no solo se debe lograr un control eficaz de síntomas, sino que, y tal vez sea lo más difícil, debe irse tejiendo un verdadero consenso entre el paciente, su familia y el equipo de salud.

● LA COMUNICACIÓN

Si la propuesta de los cuidados paliativos es el *reajuste* a una nueva realidad, será fundamental que tanto el paciente como su familia la conozcan. Este es el motivo por el cual es deseable que el paciente y la familia conozcan el diagnóstico y el pronóstico, esto es, no se trata en el ámbito de los cuidados paliativos de “decir la verdad” como un imperativo moral, sino que la mejor manera de ajustarse a una nueva realidad es empezar por conocerla. Esto puede no ser fácil en nuestro medio donde todavía es hegemónica una cultura paternalista y donde en muchas de las escuelas de medicina y en la práctica clínica diaria, frecuentemente a instancias de la familia, se mantiene al paciente ignorante y puerilizado.

Volvamos ahora al concepto de “dolor total” (sufrimiento): el dolor abarca mucho más que el componente físico. Este no es más que la “punta del iceberg” bajo la cual hay un sinfín de situaciones y factores (físicos, sociales, culturales, espirituales, religiosos, económicos, etc.) que hacen de ese dolor una experiencia individual única e irrepetible.

¿Cómo aproximarnos al “dolor total”, al sufrimiento del enfermo, si no a través de una comunicación franca y fluida, entendiendo como tal no solo el intercambio de información, sino el vínculo interpersonal con el enfermo. Solamente con una buena comunicación sobre la enfermedad, el manejo de síntomas, las expectativas del paciente y el afrontamiento de los problemas del final de la vida, es que lograremos que el enfermo y su familia puedan enfrentar mejor el “dolor total”, y tener una mayor autonomía y ser capaces, tal vez a través de la medicación, de la resolución de las diversas dificultades que se plantearán a lo largo de la enfermedad.

Por supuesto que establecer un buen vínculo interpersonal con el enfermo y su familia demanda tiempo, dedicación y una posición de escuchar e interpretar. Se requiere conocer al otro: ¿qué sabe sobre su situación, qué quiere saber, cuáles son sus temores, cómo acepta mejor la información?

Frecuentemente el paciente que ingresa a una unidad de cuidados paliativos ha sido informado, sin embargo, mantiene esperanzas no realistas o bien se mantiene en un estado de negación. Todo ello requiere un abordaje específico y confeccionado a la medida de cada paciente. Se deberá hablar con el paciente en un lenguaje claro y comprensible, sin términos médicos; cada paciente irá comprendiendo y aceptando la información a su propio ritmo y de acuerdo a su propia personalidad.

● APOYO PSICOSOCIAL

Encontrarse en las etapas finales de la vida y cercano a la muerte implica transitar por una sucesión de pérdidas. El enfermo aprenderá a desprenderse de algunas de sus capacidades y atributos propios, necesitando elaborar estos duelos y, a la vez, conservar el sentido de su vida.

El paciente que vive una situación de enfermedad prolongada, incurable e irremediamente progresiva pierde naturalmente su independencia y siente que pierde el control sobre sí mismo, lo que genera un sentido de impotencia frente, incluso, a las situaciones más cotidianas. La debilidad progresiva y otros síntomas le harán ver al paciente no solo que no es capaz de realizar algunas tareas habituales, sino que también debe renunciar a metas y proyectos de futuro. Es así que frecuentemente los pacientes experimentan un sentimiento de desesperanza e inutilidad, que los llevan a una pérdida de su autoestima expresada, a veces, como enojo y resentimiento, y otras, como apatía y depresión. La sensación de control se puede mantener respetando y facilitando la toma de decisiones del paciente con respecto de su cotidianidad : dieta, medicación, visitas, etc. Promover la actividad del paciente en distintas tareas que aún es capaz de realizar, pero que ha abandonado o que la familia le ha restringido por temor, promueve su sentimiento de autonomía. Por otra parte, siempre debe tenderse a acercar las expectativas del paciente y la familia a las realizaciones posibles, evitando frustraciones y falsas esperanzas.

Es fundamental tratar de rescatar el valor del ser sobre el hacer y así ayudar al paciente a conservar y valorar los logros obtenidos antes en su vida, como forma de mantener su autoestima. Mantener la esperanza con expectativas realizables le dan al paciente apoyo y seguridad. La esperanza depende menos de la percepción del futuro que de la percepción de su autoestima, de la confianza en su entorno y la eficacia de los cuidados que se le proporcionan.

Al igual que el paciente, cuando la familia recibe la noticia de que uno de ellos está en situación de enfermedad incurable y mortal en un plazo relativamente breve, se trastoca toda su estructura: habrá incertidumbre, temor, cambio de roles, y cambios de funcionamiento familiar y del sistema de vida de cada uno de sus integrantes.

Durante la evolución de la enfermedad la familia necesitará apoyo psicosocial de distinta índole: información, facilitación de la organización, acceso a estructuras de apoyo social, sostén en las etapas de conflicto interno y reconocimiento oportuno de los momentos de “agotamiento familiar”.

En estas situaciones es preciso conocer la dinámica familiar: determinar los sentimientos hacia el paciente (frecuentemente antagónicos), quién o quiénes serán “los cuidadores principales” que a su vez serán los interlocutores más relevantes con el equipo de salud, qué creen sobre la enfermedad y la muerte, cómo perciben al equipo de salud, qué nivel sociocultural posee esta familia, qué acceso y posibilidades económicas tienen para enfrentar una situación de enfermedad prolongada, son interrogantes que requieren ser respondidas.

De la misma manera que el paciente frente a la muerte próxima, la familia inicia un verdadero duelo anticipatorio donde paulatinamente se va aceptando la nueva realidad y se va preparando para la separación y la pérdida definitiva.

● EL TRABAJO EN EQUIPO

Cuando el objetivo es el cuidado del paciente, el tratamiento será *específico al paciente*, de acuerdo a sus valores y prioridades, es decir, implica consideraciones psicosociales, éticas, culturales y espirituales. Es por todo ello que el modelo de trabajo en cuidados paliativos es necesariamente el de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales médicos y no médicos.

En oposición al modelo “curativo” *centrado en conceptos médicos*, institucionalista y altamente tecnológico, los cuidados paliativos priorizan al paciente, la familia y el domicilio desde un funcionamiento en equipo interdisciplinario, no jerárquico y que asegure el abordaje integral del enfermo considerándolo un integrante más del equipo.

El equipo no se crea por decreto, sino que se construye día a día, desde la selección del personal (no cualquier persona sirve para trabajar en cuidados paliativos), la reunión semanal, la diversidad de los puntos de vista, hasta lograr con el tiempo un funcionamiento que la transforma en un solo organismo (es más que la suma de las partes) capaz de responder a las más diversas necesidades del paciente y su familia.

Lecturas recomendadas

- 1_Calman K.C. (1984)
Quality of life in cancer patients, an hypothesis.
J. Med. Ethics, 10: 124-127.
- 2_De Lima, L, Requejo, R.
Informe del taller de reguladores: asegurando la disponibilidad de opioides para cuidados paliativos. En Taller de reguladores: asegurando la disponibilidad de opioides para cuidados paliativos. Quito, diciembre 3-5 de 2000. OPS/OMS.
- 3_Doyle D, Hanks GWC, Mc Donald N. (eds.) (1998) Oxford Texbook of Palliative Medicine. Oxford University Press.
- 4_Driver, L, Bruera E. (2000) The M.D. Anderson Palliative Care Handbook. University of Texas MD. Cancer Center, Houston Texas.
- 5_Fox E. (1997)
Predominance of the Curative Model of Medical Care, a residual problem. JAMA, 278 (9): 761-763.
- 6_García E. (1996)
Asistencia al morir, el movimiento "Hospice". Quirón, 27 (3): 82-89.
- 7_Gómez-Sancho M (ed.) (1999) Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid, Arán Eds.
- 8_Joishy S. K. (1999)
Palliative medicine secrets. Hanley and Belfus, Inc| Philadelphia.
- 9_Levin R, Sabini G. (2001)
Cuidados paliativos en el paciente oncológico. Pautas de tratamiento. Unidad de Cuidados Paliativos, Servicio de Oncología Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de la República FEFMUR.
- 10_Newenschwander H, Bruera E, Cavalli F. (1997)
Matching the clinical function and symptom status with the expectations of patients with advanced cancer, their families, and health care workers. Support Care Cancer (4): 252-256.

La reunión semanal, con la concurrencia obligatoria de todos sus integrantes, constituye el eje de funcionamiento del equipo. Si bien no hay una jerarquía, debe existir un coordinador responsable (habitualmente el médico). Sin embargo, la palabra de cada uno de los integrantes deberá tener la misma importancia, sin llegar a ser autoritaria. Los papeles de cada participante son interdependientes y si bien sus intervenciones individuales son esenciales, debe tenerse presente que son sólo parte de un diseño mayor. Es indispensable obtener un lenguaje compartido y común donde se eviten las "jergas" de las distintas disciplinas: la médica, la psicológica, la de trabajo social.

Se tendrá siempre presente que el motivo de la reunión es el cuidado del paciente y se debe evitar transformarlo en un caso clínico, repleto de enfermedades y fallas orgánicas.

La reunión, y el intercambio al interior del equipo, es la circunstancia ideal para el abordaje de los problemas éticos que van surgiendo en la práctica diaria y cuya única resolución posible es precisamente desde la interdisciplinariedad.

Finalmente, pero de máxima importancia, es la dinámica del equipo: una excelente comunicación e interrelación entre sus integrantes es el factor que más protege a los cuidadores. En efecto, desde el propio equipo, ya sea con una asistencia especializada (psicólogo) o a través del simple hecho de compartir experiencias difíciles, o bien a través de un cambio temporal en la actividad asistencial, es que se va desarrollando el cuidado de los cuidadores.

2. PRINCIPIOS ÉTICOS RELEVANTES EN MEDICINA PALIATIVA

Dra. PAULINA TABOADA

● INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud se ven enfrentados con frecuencia a problemas de naturaleza ética en el cuidado de pacientes terminales. Algunos ejemplos son la toma de decisiones acerca de la conveniencia de revelar el diagnóstico y el pronóstico, de utilizar procedimientos de alimentación o hidratación artificial, de mantener o suspender ciertas terapias médicas, de tratar eventuales enfermedades intercurrentes (infecciones, accidentes vasculares, etc), de recurrir a medidas de soporte vital (por ej: diálisis, ventilación mecánica, monitoreo hemodinámico, drogas vasoactivas, reanimación cardio-pulmonar, etc.), etc.

El conocimiento de algunos principios éticos básicos facilita el análisis y resolución de este tipo de problemas en casos individuales. Los principios éticos generalmente aceptados en los diversos códigos de ética médica y que tienen especial relevancia en Medicina Paliativa son:

1_Principio de inviolabilidad de la vida humana

La vida no es un bien extrínseco a la persona humana, sino un valor fundamental del que derivan los derechos humanos. El deber de respetar y promover la vida es, por tanto, el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás. La vida corporal es condición necesaria para el ejercicio de cualquier otro derecho.

En el debate bioético contemporáneo sobre el final de la vida humana, se suele afirmar que nadie tiene derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea. Basándose en una peculiar concepción del respeto a la libertad individual (autonomía) del paciente, se propone entender el “derecho a una muerte digna” como el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido. De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); negarse a su realización podría suponer una forma de maleficencia.

Sin embargo, plantear que en ciertas situaciones la muerte pueda ser percibida como un alivio no equivale necesariamente a arrogarle al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona sufriente. Así lo percibió Hipócrates, quien en su famoso Juramento reclama de los médicos el compromiso de no dar a nadie una droga mortal aun cuando les sea solicitada, ni tampoco dar consejos con este fin. La concepción hipocrática es la que subyace a la práctica de la Medicina Paliativa contemporánea. El informe del Comité de expertos de la OMS establece que entre los objetivos específicos de los cuidados paliativos están el “reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal” y “establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga.”

Estos objetivos corresponden a una concepción del *derecho a morir con dignidad* no como un *derecho a morir*, sino como un derecho a una *forma de morir*. La expresión denota, entonces, una *exigencia ética*. La idea fundamental es que el ser *humano agonizante* plantea una serie de exigencias éticas tanto a los profesionales de la salud como a la sociedad. Los objetivos que se plantean los cuidados paliativos son una respuesta activa y concreta frente a estas exigencias éticas del morir humano.

2_Principio de proporcionalidad terapéutica

Parte integrante del imperativo ético de respetar y promover la vida humana es el deber moral de poner los medios necesarios para cuidar la salud, propia y ajena. Pero es evidente que nadie está obligado a utilizar todas las medidas médicas actualmente disponibles, sino solo aquellas que le ofrezcan una razonable probabilidad de beneficio. Más difícil resulta responder a la pregunta sobre la licitud moral de rechazar tratamientos potencialmente beneficiosos. Esta pregunta nos enfrenta al problema de los límites de la obligación moral de cuidar la salud.

En un intento por ofrecer una guía que ayude a distinguir las intervenciones médicas que son éticamente obligatorias de las que no lo son, se ha propuesto la clásica distinción entre medidas “ordinarias” y “extraordinarias”, doctrina que hoy se conoce mejor como principio terapéutico o principio de proporcionalidad terapéutica.

Este principio sostiene que existe la obligación moral de implementar solo aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de *debida proporción* entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumple, se consideran “desproporcionadas” y no son moralmente obligatorias. Por tanto, para determinar si en un caso particular una intervención médica es o

no moralmente obligatoria, se debe realizar un *juicio de proporcionalidad*. La relevancia moral de este juicio estriba en la ilicitud moral de omitir aquellas intervenciones que puedan reportar beneficios para el paciente particular, pues ello representaría una forma de eutanasia (por omisión).

Para verificar si esta relación de “debida proporción” se cumple o no en determinada situación, es necesario confrontar el tipo de terapia -su grado de dificultad, riesgos, costos y posibilidades de implementación -con los resultados esperables. Es decir, los elementos que deben tenerse en cuenta a la hora de juzgar la proporcionalidad de una intervención médica son, entre otros:

- + La utilidad o inutilidad de la medida.
- + Las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios.
- + El pronóstico con y sin la implementación de la medida.
- + Los costos (en sentido amplio): cargas físicas, psicológicas, morales, sociales, económicas, etc.

Es importante destacar aquí que el juicio acerca de la proporcionalidad de una determinada intervención médica debe hacerse por referencia al beneficio global de la terapia y no solo en relación a los posibles efectos fisiológicos que ella sea capaz de inducir. Así, por ejemplo, no basta que un determinado tratamiento sea útil en términos de reducir o aumentar la presión arterial o el potasio en la sangre, si estos efectos no significan un beneficio real para la evolución global del paciente. En la actualidad se están desarrollando diferentes modelos de pronósticos, basados en datos objetivos, que pueden brindar información importante para una mejor toma de decisiones (Medicina Basada en Evidencias).

Cabe precisar aquí que el juicio de proporcionalidad terapéutica no equivale al resultado de un mero análisis de costo/beneficio. Existen actos que, por su misma naturaleza, son siempre ilícitos y que no pueden justificarse simplemente en atención a las circunstancias o a los resultados positivos. El fin no justifica los medios.

3_Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia

El uso de opioides y otras drogas que pueden alterar el estado de vigilia del paciente es habitual en Medicina Paliativa. No es infrecuente que el recurso a este tipo de terapias genere dudas en la familia y/o en el equipo de salud. Se teme que los efectos adversos de estas drogas -como hipotensión, depresión respiratoria, etc. —podrían representar una forma de eutanasia. Ante esta inquietud cabe recordar, en primer lugar, que cuando

se utilizan en forma adecuada, los efectos secundarios de estas drogas no son tan frecuentes como se solía afirmar en el pasado.

Sin embargo, aun cuando en algún caso se pueda prever la ocurrencia de ciertos efectos adversos, ello no significa que usar estas terapias sea moralmente reprochable. Se aplica aquí el clásico principio ético conocido como doble efecto (o voluntario indirecto). Este principio señala algunas condiciones que deben darse para que un acto que tiene dos efectos –uno bueno y uno malo– sea moralmente lícito. Estas condiciones son:

- + que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente
- + que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino sólo tolerado
- + que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo
- + que el bien buscado sea proporcional al eventual daño producido

Si aplicamos este principio, por ejemplo, al tratamiento analgésico con dosis altas de opiodes, vemos que se busca directamente aliviar el dolor (efecto bueno) luego de haber agotado otras terapias que carecen de efectos negativos, no habría inconvenientes éticos en administrar opiodes, siempre y cuando los efectos adversos como una eventual hipotensión, depresión del centro respiratorio y/o sedación no sean directamente buscados, sino solo tolerados dado que no se dispone de otras alternativas eficaces de tratamiento. En estas condiciones, esta forma de terapia representaría el mayor bien posible para ese paciente.

En relación a la supresión de la conciencia, necesaria a veces, por ejemplo, en pacientes muy agitados, se aplicaría el mismo principio. Dado que las facultades superiores se consideran un bien objetivo de la persona, no sería lícito privar a nadie de su conciencia, sin una razón justificada. Para que sea moralmente lícita, esta privación de conciencia tiene que obedecer a un motivo terapéutico justificado y no debe ser directamente deseada, sino solo tolerada. No sería lícito, por ejemplo, sedar a un paciente por razones como falta del personal necesario para la atención.

4_Principio de veracidad

La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, en términos generales, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos, pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones (autonomía). Sin embargo, en la práctica hay situaciones en las que el manejo de la información genera especial dificultad para los médicos. Ello ocurre especialmente cuando se trata de comunicar malas noticias, como son el diagnóstico de

enfermedades progresivas e incurables o el pronóstico de una muerte próxima inevitable. En estas circunstancias, no es inusual –especialmente en Latinoamérica– optar por una actitud paternalista, que lleva a ocultar la verdad al paciente. Ello podría suponer caer en la “conspiración del silencio” que, además de representar nuevas fuentes de sufrimiento para el paciente, puede suponer una injusticia, pues priva al paciente del derecho a ejercer su autonomía.

Sin embargo, no revelar toda la verdad acerca del diagnóstico o pronóstico a un paciente determinado no siempre significa violar su autonomía. Sabemos que existen diferencias culturales en los estilos o modelos de toma de decisión. Así, mientras que en medios anglosajones la tendencia general es hacia un modelo individualista, en los países latinoamericanos es frecuente la opción por un modelo familiar de toma de decisiones. Por tanto, dependiendo del caso, respetar el deseo del paciente de optar por un modelo familiar de toma de decisiones puede representar justamente la forma concreta de respetar su autonomía.

Por otro lado, existen circunstancias en las que podría ser prudente postergar la entrega de la información a un paciente determinado en atención al principio de no-maleficencia. Este podría ser, por ej., el caso de pacientes con una depresión severa aún no adecuadamente tratada.

Por tanto, la comunicación de la verdad médica debe ir precedida por una cuidadosa reflexión sobre el *qué, cómo, cuándo, cuánto, quién y a quién se debe informar*. En el manejo de la información en Medicina Paliativa se han de aplicar con prudencia los cuatro principios básicos de la ética clínica: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

5_Principio de prevención

Prever las posibles complicaciones o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica, es parte de la responsabilidad médica (deber de previsibilidad). Implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir en caso de que ellas se presenten permite, por un lado, evitar sufrimientos innecesarios al paciente y, por otro, facilita el no involucrarse precipitadamente en cursos de acción que conducirían a intervenciones desproporcionadas. Cuando no se conversa oportunamente sobre las conductas que se adoptarán en caso de que se presenten, por ejemplo, complicaciones como hemorragias, infecciones, dificultad respiratoria, o un paro cardiorrespiratorio, es frecuente que se tomen malas decisiones, muy difíciles luego de revertir.

6_Principio de no abandono

Exceptuando casos de grave objeción de conciencia, sería éticamente reprochable abandonar a un paciente que rechaza determinadas terapias, aun cuando los profesionales de la salud consideren que ese rechazo es inadecuado. Permanecer junto al paciente y establecer una comunicación empática es, muchas veces, la mejor forma de lograr que recapacite.

Este principio ético nos previene también frente a una forma más sutil de abandono. La atención de pacientes terminales nos enfrenta necesariamente con las realidades del sufrimiento y la muerte, frente a las que pueden surgir la sensación de impotencia y la tentación de evadirse. Ello pone a prueba la verdad de nuestro respeto por la dignidad de toda persona, aun en condiciones de extrema debilidad y dependencia. El ethos de la medicina paliativa nos recuerda que incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces también consolar.

Lecturas recomendadas

- 1_Blanco, L.G. (1997) Muerte digna. Consideraciones bioético-jurídicas, Buenos Aires.
- 2_Ethical Pearls in Palliative Care. In: M.D. Anderson's Manual of Palliative Care.
- 3_Randall, F. & Downie, R.S. (1996) Palliative care Ethics. A Good Companion. Oxford Medical Publications: Oxford.
- 4_Roy, D. & MacDonald, N. (1998) Ethical Issues in Palliative Care. In Doyle, D., Hanks, G.W., MacDonald, N. Oxford Textbook of Palliative Care (2nd ed.) Oxford University Press, Oxford: 97 – 138.
- 5_Sgreccia, E. (1996) Manual de Bioética. México, Diana.
- 6_Twycross, R. (1998) Palliative Care. In Encyclopedia of Applied Ethics, Vol. 3, Academic Press: 419 – 433.
- 7_Zylicz, Z. & Janssens, M.J. (1998) Options in Palliative Care: Dealing with Those Who want to Die. Bailliere's Clinical Anaesthesiology, 12; 1: 121 – 131.

REFLEXIONES FINALES

El modelo de atención médica propuesto por la Medicina Paliativa contiene en sí el potencial para un profundo cambio en la cultura médica contemporánea. Frente a la lógica del 'imperativo tecnológico', que con frecuencia nos lleva a considerar que es éticamente justificable –o incluso exigible- todo lo que es técnicamente posible, esta disciplina nos presenta un modelo de atención 'personalista', es decir, un ethos profesional basado en el profundo respeto por la persona y por su dignidad.

Este potencial renovador de la Medicina Paliativa solo podrá llevarse a cabo si esta disciplina no sucumbe ante el peligro de transformarse en una técnica más –la técnica de controlar el dolor y los otros síntomas -sino que se mantiene fiel a la concepción global de la persona en su origen. Para ello es necesario tener presentes los principios éticos destinados a proteger la dignidad de la persona, incluso en condiciones de extrema debilidad, como suele ser la etapa final de la vida. El respeto por la dignidad de la persona y la aceptación de la finitud de la condición humana son las dos actitudes fundamentales que orientan la práctica de la Medicina Paliativa, según lo expresó la fundadora del movimiento Hospice:

“Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no solo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras” (Cicely Saunders).

3. LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA

Dra. MERCEDES FRANCO

La comunicación efectiva en cuidados paliativos es fundamental y abarca al paciente, la familia y al equipo interdisciplinario, en una interrelación dinámica y constante. Con frecuencia se ha entendido esencialmente como transmisión de información, como comunicación “al paciente” y no “con el paciente”. Si bien la transmisión de información es importante, la comunicación la trasciende. Durante la transmisión de información se genera una situación donde unos tienen el poder y el control de esta información y otros son agentes pasivos receptores de ella. La comunicación “con el paciente”, en cambio, implica participación activa, intercambio, compartir y puesta en común de la situación. Implica un compromiso del equipo interdisciplinario en su disposición a una escucha activa para comprender y compartir las necesidades y emociones del paciente. La empatía es la base de la buena comunicación y se define como la capacidad de escuchar activamente los sentimientos y emociones, y entender los motivos que los generan situándose en el lugar del otro. La actitud de escuchar tiene carácter terapéutico en sí misma. Sin embargo, esta actitud es mucho más efectiva si se basa en el manejo de técnicas de comunicación y en un sustrato teórico de lo que acontece a nivel cognitivo, afectivo y conductual en una persona en fase terminal y en su familia. La aparición de numerosos y diversos síntomas y la conciencia del deterioro generan alteraciones emocionales que se han de investigar a través de técnicas de comunicación para particularizar cada caso. Nada debe suponerse. Se debe indagar de qué manera el paciente está vivenciando su situación y la mejor forma de hacerlo es a través de preguntas. La consejería es un instrumento de la comunicación que tiene como fin desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional y desarrollo de recursos personales. Utiliza la pregunta para que el sujeto se dé respuesta a sí mismo provocando cambios más estables a nivel cognitivo y conductual. Es el arte de hacer reflexionar a una persona a través de interrogantes para que llegue a tomar decisiones que considere adecuadas para su consecuente bienestar. Al formular preguntas se consigue:

- + Investigar en lugar de basarse en suposiciones, identificando síntomas y preocupaciones del modo más específico posible.
- + Personalizar: no inferir a partir de la experiencia general de la mayoría.
- + Profundizar en el perfil biográfico del paciente y su familia.

1_Objetivos de la comunicación

- + Facilitar al paciente y a su familia la expresión de aspectos afectivos y conductuales relacionados a la fase terminal del paciente.
- + Contribuir para fomentar las condiciones físicas y emocionales que optimicen la calidad de vida del paciente.
- + Favorecer canales de comunicación entre el paciente y su familia, afectados por el proceso de la enfermedad y de los tratamientos.
- + Favorecer condiciones para que tanto el paciente como la familia tomen conciencia de la situación y acepten la muerte en mejores condiciones.

2_Estrategias en la comunicación

Aunque la comunicación con cada paciente es particular y tiene su propia dinámica, algunas estrategias resultan de utilidad:

- + Identificar las necesidades y preocupaciones del paciente lo más específicamente posible. ¿Qué es lo que más le preocupa? ¿Qué teme del procedimiento?
- + Evaluar el estado emocional del paciente clarificando el tipo de defensas psíquicas y recursos propios para fomentar los más adaptables en el manejo de su situación: “¿Cómo se siente anímicamente? ¿Qué hace cuando se siente angustiado?”
- + Indagar qué sabe concretamente de su proceso y qué quiere saber. La información *per se* no es válida, solo es útil cuando es demandada por el paciente y su provisión es terapéutica: “¿Cómo cree que va su tratamiento? ¿Qué desearía saber sobre los resultados?”
- + Identificar el tipo de relación familiar que tiene el paciente: quiénes viven con él en casa, cómo es la comunicación ahí, qué tanto apoyo percibe y de qué tipo, qué cambios se han dado a partir de la enfermedad, si ha participado de las decisiones, si hay una conspiración del silencio.
- + Identificar la actitud del paciente y la familia respecto de la evolución de la enfermedad: si hay aceptación o elaboración de esta, si tienden a negarla y buscan soluciones mágicas, etc.

- + Escuchar activamente, seguir el ritmo del paciente, su lenguaje verbal y no verbal, no interrumpir, mirar a los ojos, dar señal de recepción, atender a lo que dice: y cómo lo dice. “Me está diciendo que tiene dolor y lo veo en su expresión, ¿cómo es ese dolor?”
- + Empatizar, ponerse en el lugar del otro para comprender sus sentimientos. La actitud empática tiene carácter terapéutico: “Comprendo lo que debe sentir...”
- + Mantener la comunicación no verbal: mediante la cercanía o contacto visual se manifiesta la atención y el interés en el problema.
- + Elegir el lugar donde se habla: evitar pasillos, salas de espera.
- + Proporcionar mensajes de esperanza, por ejemplo, sobre la posibilidad de alivio y control del sufrimiento, basándose en la verdad que otorga la fiabilidad y credibilidad necesarias en la comunicación con el paciente.
- + Anticipar la información negativa, procurando que el paciente pueda procesarla: “Los resultados no son claros, debemos esperar la confirmación...”
- + Entregar información al paciente basada en su capacidad para comprenderla y assimilarla en ese momento, y luego confirmar si la comprendió correctamente.
- + Evitar mensajes impositivos (“Tiene que...”), preguntas que implican la respuesta (“Se sintió mejor con el medicamento, verdad?”) y preguntas múltiples. Se recomienda centrar la atención solo en la sintomatología física y evitar indicios innecesarios de empeoramiento.
- + La congruencia informativa entre el equipo interdisciplinario, el paciente y la familia, evita celos e inseguridades. El paciente puede comunicarse con más confianza con un miembro del equipo en particular.
- + La atención no se centra tanto en los síntomas en sí mismos, sino en la percepción que de estos tiene el paciente, en especial de los que le causan sufrimiento.

3_Perfil necesario del profesional

Aunque la comunicación con cada paciente es particular y tiene su propia dinámica, algunas estrategias resultan de utilidad:

- 1) Ser capaz de empatizar, de saber dar y recibir.
- 2) Saber escuchar, más que hablar, controlando la ansiedad que le generen situaciones difíciles.

- 3) Ser asequible y estar disponible, de acuerdo a los requerimientos del paciente, sin sobreidentificarse con él, lo cual afectaría no solo su vida personal, sino la objetividad terapéutica con ese paciente.
- 4) Guardar silencio cuando sea necesario, esto es, poseer buena capacidad de contención.
- 5) Tener habilidad para facilitar un ambiente cálido que permita al paciente expresar sus temores y emociones.
- 6) Desarrollar el arte de saber preguntar.
- 7) Tener bases teóricas y conocimientos acerca de lo que acontece con un paciente terminal y balancear teoría y práctica para buscar alternativas creativas.
- 8) Sentirse a gusto en el ejercicio de su profesión, manteniendo una expectativa realista que le ayude a manejar las limitaciones y frustraciones.
- 9) Pedir ayuda en caso necesario cuando se sienta sobreimplicado con un paciente, evitando sentimientos de omnipotencia.
- 10) Ser fiable al saber manejar la verdad, y así poder generar una relación de confianza.
- 11) Desarrollar con una práctica certera la intuición acerca de lo que necesita el paciente y su familia.
- 12) Elaborar —en el trabajo con pacientes terminales— situaciones personales de culpa, pérdida y miedos respecto de la muerte propia y la de sus seres queridos.

4_Funciones del profesional

- 1) Propiciar un clima de confianza que permita al paciente y a su familia ventilar sentimientos y expresar emociones.
- 2) Ayudar al paciente a interpretar aspectos afectivos y conductuales de la familia.
- 3) Ayudar a la familia a interpretar las emociones y conductas del paciente.
- 4) Facilitar al paciente la exploración de sentimientos que le resultan difíciles de aceptar.
- 5) Proteger la esperanza del paciente con una correcta orientación.
- 6) Fomentar en el paciente, en la medida de lo posible, la sensación de control.
- 7) Velar por la dignidad, autoestima y la autonomía del paciente.
- 8) Contribuir a la comprensión de los síntomas y resultados de exámenes en la evolución de la enfermedad.

- 9) Dar apoyo emocional y ser soporte psico en momentos de incremento de la angustia.
- 10) Aclarar al paciente y a la familia conductas médicas.
- 11) Facilitar al paciente la recuperación de vínculos significativos perdidos.
- 12) Establecer con el paciente y la familia metas alcanzables en el manejo de la situación.
- 13) Orientar al paciente sobre sus propias reacciones, evitando los sentimientos de culpa y desconcierto.
- 14) Ayudar al paciente y a su familia a reestructurar en los roles y la dinámica familiar, en la medida en que los cambios producidos por la evolución de la enfermedad así lo requieran.
- 15) Discutir con el paciente y la familia acerca del manejo de la información con los menores.
- 16) Motivar al paciente en la búsqueda de bienestar y condiciones confortables.
- 17) Interactuar permanentemente con todos los miembros del equipo retroalimentando.

5_ Elementos de la comunicación terapéutica

Los partícipes en esta comunicación son el paciente, la familia y el equipo terapéutico.

- + En la comunicación con el paciente el objetivo es obtener el máximo de información que permita valorar cuáles son las necesidades cognitivas y afectivas del paciente, sobre la base de un apoyo emocional.
- + La comunicación con la familia se centra en el apoyo emocional para el afrontamiento de la situación inmediata y preparación para la pérdida inminente, y en un soporte informativo que oriente sobre la utilización de recursos disponibles para brindar una ayuda más efectiva al paciente, favoreciendo la comunicación y los vínculos entre ellos.
- + Es fundamental la comunicación al interior del grupo, basada en una buena relación, para facilitar la disminución de los niveles de ansiedad y estrés asociados a la práctica profesional y evitar el *burnout* (síndrome de agotamiento profesional) a nivel individual y/o grupal.

Lecturas recomendadas

1. Arranz P, Bayés R.
(1997) Tratamiento de soporte: apoyo psicológico, oncología clínica. Glez. Barón (ed.) Madrid: Panamericana
2. Buckman, R.
Communication in palliative care: a practical guide. En Doyle D, Hanks G, MacDonalds N (eds.) Oxford textbook of palliative medicine. Oxford Medical Publications.
3. Gómez Sancho, M.
(1996.) Cómo dar malas noticias en Medicina. Madrid: Grupo Aula Médica,
4. Kübler-Ross, E. (1991)
Vivir hasta despedirnos. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
5. Maguire P. (1991)
Managing difficult communication tasks. En R Corney (ed.) Developing communication and counseling skills in medicine. New York: Tavistock/ Routledge.
6. Sanz Ortiz J, (1992) *La comunicación en medicina paliativa.* Med.Clin.

6_ La conspiración del silencio

Este tema merece especial atención por la frecuencia con que se presenta y por las consecuencias negativas que trae al paciente y a su familia el hecho de no afrontarlo. Se define como un acuerdo implícito o explícito de la familia para negar la situación del paciente al propio afectado. En el manejo del tema se debe tener en cuenta las necesidades del paciente y las necesidades de la familia. Es necesario evaluar y comprender cuáles son los temores de la familia; generalmente temen causar más sufrimiento al paciente y no saber cómo abordar el tema: "Entiendo que es difícil para ustedes, si les parece hablemos de ello.", "Qué temen que suceda si ella se llega a enterar de su situación". Es importante que se sientan tranquilos: "Respetaremos sus decisiones", "Qué les parece si escuchamos juntos a su padre y evaluamos después qué es lo que él necesita". También es necesario señalarles consecuencias de esta situación: "Cómo cree que se sentirá él cuando se entere que la enfermedad avanza y se le ha estado engañando", "Si usted estuviera en su lugar qué cree que le ayudaría más"

4. DUELO

Licda. NOEMÍ DIAZ

● INTRODUCCIÓN

El duelo (del latín *dolus*:dolor) es un *proceso adaptativo natural ante la pérdida* de una persona, objeto o evento *significativo*. Incluye reacciones y componentes físicos, psicológicos, sociales y espirituales, cuya intensidad y duración serán proporcionales a la significación de la pérdida.

El término “luto” del latín *lugere* (llorar) es la aflicción por la muerte de una persona querida; se manifiesta con signos visibles externos, comportamientos sociales y ritos religiosos.

Las características generales que diferencian el duelo por muerte del dolor por otras pérdidas importantes en toda biografía (de crecimiento, bienes materiales, espirituales, simbólicas, desarraigo, lazos afectivos, etc.) son: radicalidad, irreversibilidad y universalidad. Es un proceso *normal y necesario* que está relacionado con la fuerza de los apegos y que si bien conlleva sufrimiento en el costoso proceso de ajuste, puede ser portador de crecimiento al permitirle a la persona manejar de manera constructiva la pérdida.

● OBJETIVO

El objetivo de la atención al duelo es prevenir un duelo complicado y facilitar el proceso adaptativo. Forma parte de las tareas desarrolladas por los equipos de cuidados paliativos, mediante el proceso asistencial centrado en el bienestar y alivio del sufrimiento del paciente y su familia. Es importante que esta atención se inicie antes de su fallecimiento (prevención). En la mayoría de los casos no requerirá posteriores intervenciones específicas ni psicofármacos. Esto dependerá de si dispone de los recursos adecuados disponibles del paciente, tanto internos como externos, para afrontar la situación.

Habrà, por lo tanto, *niveles de asistencia diferentes* según se requiera: información únicamente, acompañamiento, asesoramiento o intervenciones específicas en el duelo, siendo imprescindible una adecuada evaluación inicial y un entrenamiento específico.

● MANIFESTACIONES DEL DUELO

Cognitivo/afectivo	Fisiológico	Conductual
Incredulidad	Vacío en el estómago	Alteraciones del sueño y/o alimentación
Confusión	Opresión pecho/garganta	Distracción
Alucinaciones visuales y/o auditivas	Boca seca	Aislamiento social
Dificultades de atención, concentración y memoria	Falta de aire	Llanto
Preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes	Falta de energía/debilidad	Evitación de recuerdos
Obsesión por recuperar la pérdida	Palpitaciones	Llevar o atesorar objetos
Distorsiones cognitivas Extrañeza/despersonalización	Aumento morbimortalidad	Llamado y/o conversación acerca del fallecido o con él
Impotencia/indefensión	Hipersensibilidad al ruido	Hiper o hipoactividad
Anhelos		Visitas frecuentes al cementerio
Tristeza, apatía, abatimiento		Visitas frecuentes a lugares preferidos del fallecido
Ira, frustración, enojo		
Culpa		
Angustia		
Soledad y abandono		
Alivio		

● FASES DEL DUELO

Diferentes autores describen de manera similar distintos momentos que resumiremos en: 1) Fase de aturdimiento. 2) Fase de anhelo y búsqueda. 3) Fase de desorganización y desesperación y 4) Fase de reorganización.

● INTERVENCIONES EN EL DUELO ANTES DEL FALLECIMIENTO

Se trabajará con el modelo de prevención, evaluando inicialmente a la familia (entendida como una unidad interaccional) a fin de detectar sus fortalezas y debilidades, sus necesidades, dificultades y temores, y los factores de riesgo asociados a un duelo complicado. Se brindará apoyo a través de la información, asesoramiento e intervenciones específicas para facilitar la organización, adaptación y aceptación del futuro próximo.

El trabajo previo al fallecimiento es fundamental, ya que permite la temprana derivación y asistencia psicoterapéutica de los miembros más vulnerables y facilita el contacto posterior.

● INTERVENCIONES EN EL DUELO POSTERIORES AL FALLECIMIENTO

- + Estarán dirigidas básicamente a ayudar a los dolientes a realizar lo que Worden llama las cuatro tareas del duelo: 1) Aceptar la realidad de la pérdida. 2) Experimentar el dolor. 3) Adaptarse al ambiente en que falta el fallecido y 4) Invertir la energía emotiva en otras personas o relaciones nuevas.
- + En duelos complicados, se realizarán intervenciones psicoterapéuticas específicas y se establecerá un diagnóstico diferencial entre duelo y depresión mayor y/o el uso apropiado de psicofármacos en este caso.

Cada equipo tendrá su propia modalidad, contactando generalmente a la familia entre los 15 y 20 días posteriores al fallecimiento, a través de una carta o de un seguimiento telefónico.

Las respuestas emocionales más frecuentes que necesitarán intervención son: ansiedad, sentimiento de impotencia, temores, enojo, ira. Esta última puede estar desplazada hacia el equipo médico, otros o hacia la persona misma. Puede aparecer ideación suicida (diagnóstico diferencial de la depresión según DSM IV). La tristeza es la respuesta universal y se relaciona con la significación personal de la pérdida. La culpa puede aparecer por el sentimiento de no haber ofrecido todo lo apropiado, idealizaciones o por conductas que fueron inadecuadas en la realidad.

En todas estas respuestas, la conducta terapéutica eficaz tenderá a su comprensión sin juzgar, a la identificación y normalización de las mismas, a la reestructuración cognitiva de las ideas irracionales y a la facilitación de pensamientos más adaptativos, reubicando responsabilidades y ayudando al perdón y despedida del ser querido.

Algunas técnicas y estrategias psicoterapéuticas de afrontamiento

- + Resolución de problemas, entrenamiento en toma de decisiones. Biblioterapia.
- + Técnicas de relajación para situaciones de ansiedad o insomnio.
- + Uso de fotos, cartas, poesía, pintura, para la estimulación de recuerdos y emociones.
- + Juego de roles o visualizaciones para representación de situaciones “inconclusas”, miedos, culpas, enojo, facilitación del perdón propio y hacia el fallecido.
- + Juego de roles o visualizaciones para representación de situaciones “inconclusas”.
- + Reestructuración cognitiva, entrenamiento en afrontamiento de situaciones nuevas.

● DUELO COMPLICADO

El doliente queda detenido o con excesiva duración en alguna de las etapas del proceso, sin poder arribar a: 1) la capacidad de recordar y hablar del fallecido sin dolor excesivo, y 2) la capacidad de establecer nuevas relaciones y aceptar los desafíos de la vida.

Factores condicionantes de un duelo complicado

- + Rol que desempeña la persona y sus funciones emocionales dentro de la familia.
- + Relación de dependencia física, psicológica, social o económica.
- + Edad de la persona fallecida (niños).
- + Edad del que ha sufrido la pérdida.
- + Tipo de enfermedad, duración, circunstancias de la muerte y soporte recibido.
- + Personalidad del superviviente. Transtornos psicopatológicos previos.
- + Personalidad del fallecido. Relación ambivalente con hostilidad no expresada.
- + Presencia o no de otras experiencias previas de duelo. Duelos previos no resueltos.
- + Ausencia de apoyo social. Nivel socioeconómico bajo.
- + Ausencia de apoyo espiritual.
- + Factores culturales que permitan o no la expresión de la pérdida.

Tipos de duelo

- + Duelo ausente (negación del fallecimiento).
- + Duelo inhibido (inhibición duradera de algunas manifestaciones del duelo normal).
- + Duelo retrasado (por presión de responsabilidades o incapacidad para resolverlo).
- + Duelo distorsionado (una parte de la pérdida se suprime y la otra se distorsiona).
- + Duelo crónico (intenso dolor que continúa sin remitir con idealización del fallecido).
- + Duelo no anticipado (pérdidas repentinas e intensamente desorganizadoras).
- + Duelo abreviado (por apego leve o por haberse hecho anticipadamente).
- + Duelo anticipado (se integra la realidad de la pérdida gradualmente, adaptativo).

● DUELO Y DEPRESIÓN MAYOR (DSM –IV)

El **diagnóstico diferencial es fundamental**, ya que si bien en la etapa aguda el duelo reproduce los síntomas asociados a la depresión mayor, éstos ceden y suelen desaparecer dentro de los 6 meses.

Dentro de las diferencias existentes entre ambos, en el duelo normal las ideas suicidas son poco frecuentes, la culpa no es global y hay ausencia de autorreproche y sentimientos generalizados de desvalorización, en contraste con la depresión. Acá también los síntomas son autónomos, independientemente de los disparadores. La medicación antidepresiva y la asistencia psicoterapéutica son indicaciones tan necesarias como la detección temprana de indicadores de riesgo.

● CONCLUSIONES

El duelo por la pérdida de un ser querido es uno de los mayores estresores y porta asimismo una poderosa y potencial cualidad de crecimiento. Como en otros aspectos de la tarea asistencial en CP, los profesionales deberán estar familiarizados con su propia vulnerabilidad y limitaciones y estar atentos a las importantes diferencias y tiempos individuales con que cada persona afrontará el dolor del duelo.

- Lecturas recomendadas*
- 1_Bowlby J. (1993) *El vínculo afectivo. La separación afectiva*. Paidós. *Psicología Profunda*.
 - 2_Die Trill M. López Imedio E. (2000) *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*, Ades;
 - 3_(1993) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
 - 4_Parkes, C.M. (1986) *Bereavement*. Londres: Penguin Books.
 - 5_Worden JW. (1993) *El tratamiento en el duelo*. Paidós.

5. VALORACIÓN DEL DOLOR POR CÁNCER

Dra. BARBARA CARLÉS DE MÁRQUEZ

El dolor es una experiencia única, multidimensional y subjetiva. Estas características hacen difícil su evaluación, sin embargo, la valoración del dolor es indispensable para el éxito del tratamiento y debe efectuarse antes de iniciarlo (valoración inicial), durante el tratamiento (valoración continua) y tras la aparición de nuevos síntomas y signos (evaluación de síndromes dolorosos comunes en los pacientes con cáncer).

● VALORACIÓN INICIAL

La valoración inicial determina la localización, intensidad y etiología del dolor. Para efectuar las valoraciones iniciales se debe:

- + Hacer una historia detallada.
- + Determinar la contribución de los factores: físicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales.
- + Realizar una valoración diagnóstica.

Los clínicos deben preguntar acerca del dolor y los pacientes deben ser considerados la principal fuente de información. La valoración del dolor amerita los siguientes pasos:

- + Determinar la causa del dolor.
- + Medir la intensidad del dolor y otros síntomas.
- + Valorar las múltiples dimensiones del dolor.
- + Identificar factores de mal pronóstico en el control del dolor.

1_Determinar la causa del dolor

La etiología del dolor se detecta a través de las características clínicas obtenidas por la historia, examen físico y exámenes complementarios. En las 3/4 parte de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor y este puede estar provocado por el cáncer (78%), por los tratamientos de cáncer (19%) y por causas ajenas al cáncer y su tratamiento (3%). La incidencia de los porcentajes por causa fueron detectados por la Dra. Cateryn Foley en sus enfermos. Otro estudio –realizado por el Dr. Robert Twycross– reveló que el 81% de los pacientes investigados tenían dos o más dolores distintos.

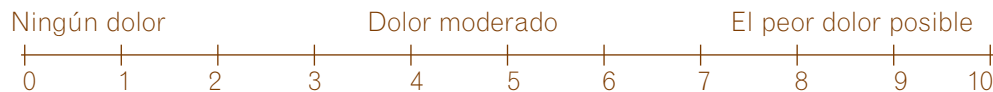
2_Medir la intensidad del dolor y otros síntomas

Las escalas para medir la intensidad del dolor son las herramientas más prácticas y sencillas para la autoevaluación por parte del paciente. Entre las escalas más utilizadas se pueden mencionar:

Escala Visual Análoga (0-10cm)



Escala Numérica de la Intensidad del Dolor



Escala Descriptiva Simple de Intensidad del Dolor



- + **Las escalas visuales analógicas**, además de medir el grado del dolor, se pueden emplear para medir variables subjetivas, tales como: náuseas, alivio del dolor, satisfacción del paciente.
- + **Las escalas visuales** tienden a ser menos usadas, ya que –comparadas a la evaluación VAS tradicional– propician que los pacientes sobrevaloren su dolor a través del lenguaje verbal, según se ha comprobado.
- + **Las escalas numéricas** tienen la ventaja de que las personas están familiarizadas con el concepto de una creciente estimulación y está relacionada con el aumento de la escala numérica.

3_Realizar una valoración multidimensional

Se deben realizar valoraciones regulares en los enfermos terminales porque presentan variaciones frecuentes. La valoración multidimensional toma en cuenta los tres componentes de la experiencia del dolor: nocicepción, percepción y expresión.

- 1) **La nocicepción** se refiere a los estímulos sensoriales y se origina en el sitio del cáncer. Difiere según el tipo de cáncer o localización. No puede medirse directamente.

2) **La percepción** se produce a nivel del cerebro/ sistema nervioso central y no puede medirse por estar sujeto a la modulación central (endorfinas- estimulación de las vías inhibitorias).

3) **La expresión** es la manifestación final observada en el paciente, suscitada por las múltiples dimensiones del dolor, lo que la convierte en el objetivo principal de todas las valoraciones y tratamientos. Lo anterior implica que dos pacientes con un mismo estímulo, puedan percibirlo y manifestarlo en forma diferente, por lo tanto, no debemos equiparar la intensidad de la expresión del dolor directamente con la nocicepción. Los factores que influyen en la expresión del dolor pueden ser detectados con una valoración multidimensional que considere los siguientes componentes:

- + Factores dependientes del síndrome doloroso. En cada síndrome doloroso el dolor varía. Esta diferencia depende de varios factores: localización, duración, causa del dolor (cáncer o no cáncer), mecanismo del dolor (patológico o funcional, nociceptivo o neuropático) y del control de los síntomas asociados al dolor.
- + Factores dependientes del fármaco usado. La respuesta al dolor también es modificada por factores dependientes del fármaco, tales como: dosis, tolerancia, toxicidad y respuestas individuales.
- + Factores dependientes del paciente. Las condiciones fisiopatológicas, culturales y ambientales del paciente influyen en su reacción final ante el dolor. Las condiciones fisiopatológicas más observadas son: trastornos metabólicos subyacentes (deterioro renal, hipercalcemia, encefalopatía hepática), malestar psicológico significativo, pobres estrategias de manejar el estrés, adicción a drogas/alcohol, deterioro cognitivo, controversias en temas espirituales, personalidad del paciente.
- + Factores dependientes de la vida social del paciente. El deterioro de las relaciones sociales influye en la manifestación final del dolor. Entre los factores que debemos tomar en cuenta se encuentran: apoyo social y familiar, disfunción familiar y problemas económicos.

El dolor por efecto multidimensional es lo que se conoce como dolor total, porque se toman en cuenta los factores: físicos, psicológicos, social y espiritual. El instrumento para la valoración multidimensional más utilizado es el Cuestionario del dolor de MacGill. Este cuestionario, traducido a los idiomas de mayor uso, fue creado por el Dr. Melzack. Incluye una lista de 87 descripciones de las características sensoriales del dolor del paciente y de las emociones respectivas, más un dibujo del cuerpo para que el paciente indique la

ubicación del dolor, y califica su intensidad de manera general. Sin embargo, existen otros instrumentos que pueden ser utilizados según el caso. Por ejemplo: la *Encuesta multidimensional de afecto y dolor* y cuestionarios específicos (aspectos emotivos del dolor y sufrimiento, el inventario breve de síntomas, valoración de salud, el perfil de impacto de la enfermedad, la escala de comportamiento de Karnofsky).

Identificar los factores de mal pronóstico. Entre estos se encuentran: dolor neuropático, dolor secundario (aumenta mucho con un incidente como, por ejemplo, la tos), funcionamiento cognitivo deteriorado, malestar psicológico importante, historia de abuso de alcohol o adicción a drogas.

● EVALUACIÓN CONTÍNUA

La evaluación del dolor y la eficacia del tratamiento deben ser continuas y requieren los siguientes pasos: 1.-El dolor debe ser evaluado y documentado. 2.- La valoración debe efectuarse a intervalos regulares después de iniciar el tratamiento y a partir de cada informe nuevo del dolor. 4.- Los pacientes deben ser instruidos para informar sobre algún cambio en las características del dolor y para permitir así una reevaluación apropiada y la consiguiente modificación en el tratamiento.

● EVALUACIÓN DE LOS SÍNDROMES DOLOROSOS COMUNES EN CÁNCER

Para minimizar la morbilidad del dolor no aliviado y optimizar la terapia, los profesionales que tratan a los pacientes con cáncer deben estar capacitados para identificar los síndromes dolorosos más comunes que pueden causar una dolencia intratable y que señalan la recurrencia de la enfermedad. En muchas ocasiones el tratamiento precoz disminuye el daño neurológico. Los síndromes dolorosos más frecuentes son: metástasis óseas, metástasis epidural (compresión medular), metástasis craneales, plexopatías, neuropatías periféricas, neuralgias agudas y postherpéticas, dolor abdominal (compresión u obstrucción visceral).

Una valoración apropiada del dolor exige considerar todos sus componentes, entre los que la nocicepción suele ser el principal. Realizarlo propicia que la mayoría de los pacientes sean beneficiados con un tratamiento en forma adecuada y pauta. Un 25% de los pacientes no responden al tratamiento del dolor. Esta respuesta limitada o nula está relacionada con factores de mal pronóstico o con la influencia de las diferentes dimensiones que afectan al dolor. La valoración de las edades extremas por las condiciones fisiológicas requieren ser comentadas en un capítulo aparte.

Lecturas recomendadas

- 1_ *Gómez Sancho M. (1999) Medicina Paliativa en la cultura latina. España.*
- 2_ *Kanner R. (1998) Secretos del tratamiento del dolor. México.*
- 3_ *Pereira J., Bruera E. (1997) The Edmonton Aid Palliative Care. Edmonton.*
- 4_ *Twycross R, Wilcock A. (1997) Symptom Management en Advanced Cancer. Abingdon.*

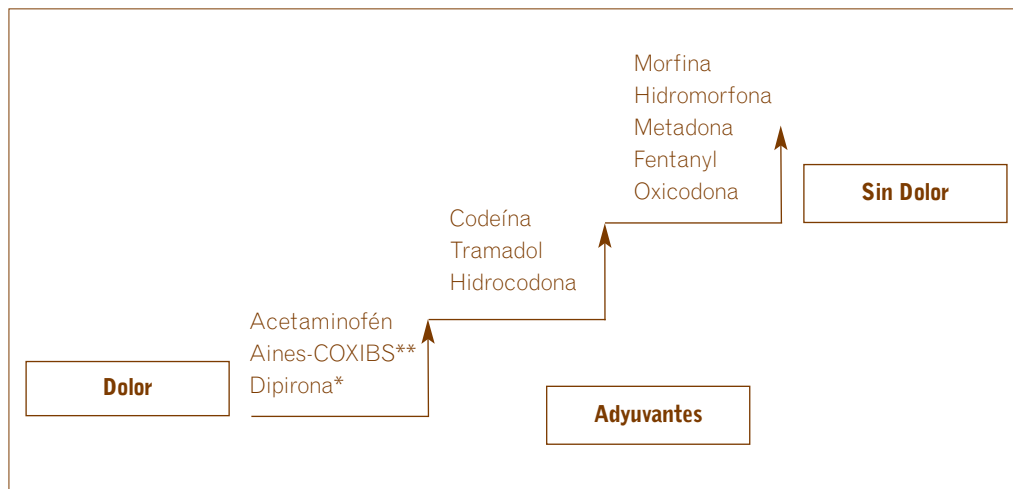
6. ANALGESIA OPIOIDE EN DOLOR POR CÁNCER

Dr. JAIRO MOYANO

INTRODUCCIÓN

La utilización de la escalera analgésica continúa siendo la clave para un adecuado tratamiento del dolor por cáncer. Las principales ventajas de este método son la simplicidad y eficacia. El análisis de los resultados satisfactorios obtenidos en la inmensa mayoría de pacientes se debe a un desarrollo de la escalera analgésica -a cargo de enfermeras y médicos- con especial atención a los detalles. El procedimiento consiste en asociar AINES a opioides por vía oral de acuerdo a un horario determinado para cada paciente y en titular constantemente la dosis versus el efecto.

G1_Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud



* De amplia utilización en América Latina

** Aprobación FDA para dolor crónico

1_Comentarios sobre el primer peldaño de la escalera analgésica (antiinflamatorios no esteroideos)_Se indican preferentemente para el tratamiento del dolor de leve a moderado en el paciente que no ha recibido opioides. Desde un punto de vista práctico, los AINES ven limitada su utilización por la gastropatía y nefropatía asociadas con su uso prolongado (en mayores de 65 años, en historias de úlcera y en uso concomitante de corticoides). Una utilización más racional podría incluir su formulación en el tratamiento del dolor incidental.

2_Comentarios sobre el segundo peldaño de la escalera analgésica (opioides débiles)_Los fármacos disponibles son codeína hidrocodona y tramadol. Los opioides de este nivel están indicados en pacientes con dolores de leves a moderados, no tolerantes a los opioides y, en general, por cortos períodos antes de decidir el uso de agonistas puros más potentes.

Desde un punto de vista práctico, se pueden utilizar hasta alcanzar dosis de 400 mg diarios de codeína oral y alrededor de 500 mg diarios de tramadol oral o parenteral.

Principios del tratamiento farmacológico del dolor por cáncer

- + Fármaco de acuerdo al tipo de dolor: **opioides débiles vs. fuertes**
- + Dosis de rescate: **10% de la dosis en 24 horas**
- + Anticipación de efectos secundarios: **sedación inicial, estreñimiento crónico**
- + Aprovechamiento de sinergismo: **aines + opioides + bloqueadores NMDA**
- + Individualización: **titular de “abajo hacia arriba”**
- + Enfermedades generales: **insuficiencia hepática y renal**
- + Evaluación frecuente: **2 veces al día en pacientes hospitalizados**
- + Creer en la evaluación del paciente

3_Comentarios sobre el tercer peldaño de la escalera analgésica _(opioides fuertes)

Frecuentemente se dispone de cuatro fármacos para el dolor de moderado a severo: morfina, hidromorfona, metadona y fentanilo. Tradicionalmente la morfina ha constituido la primera línea de tratamiento por vía oral o subcutánea, por ser un fármaco de fácil titulación debido a sus cuatro horas de promedio de vida activa, prolongables hasta el doble en los pacientes geriátricos.

Durante los primeros dos días de titulación se presentarán los reajustes de dosis más importantes, hasta encontrar los requerimientos analgésicos del paciente. Para esto es importante la evaluación diaria en la intensidad del dolor y la contabilización de las dosis de rescate. Las mismas consideraciones son válidas para la oxicodona e hidromorfona de liberación inmediata. La metadona puede considerarse como primera línea de tratamiento en pacientes con insuficiencia renal o hepática o como alternativa en pacientes con gran tolerancia farmacológica a otros opioides, o en pacientes en quienes el temor a la adicción continúe siendo una barrera a pesar de una adecuada educación. A diferencia de la morfina, el periodo de titulación tiende a ser más prolongado debido a su larga vida de eliminación, requiriendo evaluación y reajustes continuos en el curso de la primera semana. Especial precaución debe prestarse con los pacientes que jamás han recibido opioides, sobre todo en el curso de los primeros tres días de tratamiento por la posibilidad de efectos secundarios (sedación, náusea, vómito). La hidromorfona constituye una alternativa práctica para la administración parenteral de opioides o en los casos de rotación en pacientes con pobre respuesta a la morfina o altos requerimientos de la misma.

Las dosis de rescate utilizan el mismo opioide que se usa regularmente —aun en el caso de la metadona que proporciona niveles séricos altos, adecuados para el dolor incidental— en el curso de los siguientes 20 minutos posteriores a su administración.

	Dosis* Inicial	Número de dosis/día
MORFINA	5-15 mg	X 4
METADONA	5-10 mg	X 2
OXICODONA	5-20 mg	X 4
HIDROMORFONA	1-2 mg	X 4

* Tres rescates o más en 24 horas implica incremento de dosis

● CONCLUSIONES

Los agonistas opioides por vía oral continúan siendo la piedra angular para el tratamiento del dolor por cáncer. La combinación con AINES —como los nuevos inhibidores de la ciclooxigenasa 2 puede ser beneficiosa cuando se demuestre un menor perfil de toxicidad, al igual que la utilización de los bloqueadores de los receptores NMDA en pacientes tolerantes y de los nuevos y más selectivos alfa 2 agonistas. La utilización de procedimientos intervencionistas de eficacia comprobada pueden ser una alternativa adecuada frente a una limitada disponibilidad de opioides. El tratamiento oportuno de los efectos secundarios es un prerrequisito para una analgesia opioide exitosa.

Errores y/o efectos secundarios más frecuentes

Náusea y vómito
Estreñimiento
Sedación
Analgesia inadecuada
Mala información

Tratamiento

Antieméticos inicialmente
Laxantes crónicamente
↓ dosis, ↑ intervalo, metilfenidato
Reajuste de dosis / dosis de rescate
Iniciar con educación a la familia

Lecturas recomendadas

- 1_Bruera E, Pereira J, Watanabe S, et al. (1996) Opioid rotation in patients with cancer pain: A retrospective comparison of dose ratios between methadone, hydromorphone, and morphine. *Cancer*; 78:852-857.
- 2_Christrup LL, Sjogren P, Hansen SH, Jensen NH. (2002) Changing M3G/M6G ratios and pharmacodynamics in a cancer patient during long-term morphine treatment. *J Pain Symptom Manage*; 23: 5-7.
- 3_Goudas L, MD, Carr D, MD, et al. Management of Cancer Pain, Vol 1; New England Medical Center EPC, Boston, MA.

7. NEUROTOXICIDAD POR OPIOIDES

Dr. JUAN DIEGO HARRIS

● INTRODUCCIÓN

El uso de opioides para controlar el dolor ha aumentado considerablemente a nivel mundial. El resultado ha sido un mejor manejo del dolor y una mejor calidad de vida para los pacientes con cáncer. Pero también ha significado un aumento de los efectos adversos de los opioides (tabla 1), en particular los efectos neurotóxicos. Los efectos neurotóxicos son los efectos adversos de los opioides causados por acción directa en el sistema nervioso central. Los más comunes son: delirio, alucinaciones, mioclonos y sedación. Este capítulo presenta un breve resumen de la etiología de la neurotoxicidad por opioides, y se enfoca en las estrategias utilizadas para su manejo, incluyendo la rotación de opioides. El uso de la metadona en la rotación de opioides también será descrito.

● ETIOLOGÍA

Los opioides pueden causar toxicidad por una o más de las siguientes razones: en dosis bajas se debe a una hipersensibilidad idiosincrática, situación poco común; a largo plazo, la acumulación de metabolitos tóxicos puede causar toxicidad. También puede ser causada por la acumulación de metabolitos tóxicos, y en altas concentraciones, pueden contribuir directamente a la neurotoxicidad. La información acerca de los receptores y metabolitos de opioides es importante para obtener un mejor entendimiento de los mecanismos relacionados con la neurotoxicidad.

1_Receptores de opioides los opioides actúan principalmente en los receptores μ . Cada opioide tiene diferente capacidad de unirse a los receptores. Además, lo más probable es que cada individuo tenga diferentes cantidades y subtipos de receptores. Los receptores contribuyen a la analgesia, pero diferentes subtipos pueden también contribuir a los efectos adversos de los opioides. Esto explicaría el hecho de que pacientes que no toleran un opioide frecuentemente pueden tolerar otro.

2_Metabolitos de opioides_opioides como la morfina y la hidromorfona tienen metabolitos activos que pueden acumularse en el cuerpo tras la administración crónica de opioides, contribuyendo a la toxicidad. Opioides como la oxicodona, el fentanyl y la metadona, o no tienen metabolitos activos o no están presentes de manera clínicamente significativa (tabla 2). La deshidratación e insuficiencia renal o hepática avanzada, pueden contribuir a la acumulación de opioides y de sus metabolitos.

● **ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS EFECTOS NEUROTÓXICOS DE LOS OPIOIDES**

Hay diferentes estrategias que pueden ser usadas para el manejo de los efectos adversos de los opioides. Es importante descartar otra etiología en estos efectos adversos. Hipercalcemia, deshidratación, infecciones, metastasis cerebrales y otros medicamentos como los antidepresivos tricíclicos, los esteroides, y las benzodiazepinas pueden causar efectos adversos similares. Cuando se haya confirmado que los efectos neurotóxicos son realmente causados por los opioides, se pueden seguir las siguientes estrategias:

1_Disminuir la dosis de opioides_Si el dolor está bien controlado, pero los efectos adversos son intolerables, la reducción gradual de la dosis entre un 25 y 50% puede resultar en la disminuir los efectos adversos, manteniendo un buen control del dolor. Si el dolor no está bien controlado, es importante considerar el uso de analgésicos coadyuvantes (ver capítulo sobre manejo del dolor) o bloqueos anestésicos regionales. La radiación, la quimioterapia y la cirugía paliativa para el tratamiento del dolor son otras estrategias que pueden reducir el uso de opioides.

2_Cambiar la ruta de administración_Hay evidencia de que la administración parenteral (endovenosa o subcutánea) de opioides reduce la acumulación de metabolitos tóxicos, comparada a la administración oral. Esto puede implicar una menor toxicidad. Esta estrategia puede ser atractiva cuando no hay otros opioides disponibles. Otras rutas alternativas de administración incluyen la rectal, transdérmica y a través de la mucosa oral. La administración epidural o intratecal puede también causar menos efectos adversos.

3_Administración de drogas para tratar los síntomas de los efectos secundarios de los opiodes Múltiples estrategias han sido descritas para el tratamiento de los efectos adversos

de los opioides. A continuación se describe el manejo farmacológico de los efectos neurotóxicos más comunes. Las dosis específicas son presentadas en la tabla 3.

- a) **Delirio y alucinaciones**_cuando se inicia un opioide o se aumenta la dosis, es común observar fallos cognitivos leves. Estos síntomas tienden a desaparecer después de unos días si la dosis se mantiene estable. Si los síntomas persisten o se incrementan, la adición de un neuroléptico es el primer paso farmacológico. El haloperidol es usado comúnmente. En casos de agitación severa, un neuroléptico con mayor sedación, como la clorpromazina, es más efectivo. Los nuevos antipsicóticos atípicos, como la olanzepina, ofrecen la ventaja de causar menos efectos anticolinérgicos. Las benzodiazepinas también pueden ser usadas en casos severos; pero deben ser usadas con prudencia, ya que pueden agravar la sedación y el estado de confusión del paciente.
- b) **Mioclono**_consiste en contracciones musculares imprevistas, breves e involuntarias, que pueden ocurrir en diferentes partes del cuerpo. Parece que su aparición está relacionada con la dosis de opioide, pero pueden aparecer de una manera impredecible. El tratamiento con una benzodiazepina como clonazepam es recomendable. El baclofén y otros antiespasmódicos, y el ácido valproico también son efectivos.
- c) **Sedaciones**_un efecto secundario común de los opioides. Si la sedación está afectando de manera significativa la calidad de vida del paciente y se desea tratamiento, el uso de psicoestimulantes es apropiado. El metilfenidato puede disminuir la sedación y posiblemente también potenciar las propiedades analgésicas de los opioides. Otros medicamentos usados comúnmente incluyen la dextroanfetamina y la cafeína. Los psicoestimulantes pueden producir efectos adversos como la agitación, confusión, alucinaciones, disminución del apetito, tremor y taquicardia. Nuevos agentes, como modafinil, tienen menos efectos adversos, pero son costosos.

● ROTACIÓN DE OPIOIDES

Es la sustitución de un opioide por otro. Su efectividad se basa en la observación de que pacientes que no toleran un opioide, frecuentemente pueden tolerar otro. En algunos centros de cáncer, más del 40% de los pacientes que reciben opioides para el manejo del dolor han requerido al menos una rotación. Debe ser considerada en las siguientes situaciones: a) dolor no controlado y efectos adversos de opioides que no

son aceptables; b) tolerancia rápida de los opioides; c) síndromes dolorosos difíciles de controlar. El cambio del opioide administrado permite la eliminación de metabolitos tóxicos y del opioide responsable de la neurotoxicidad. Esto disminuye los efectos adversos, particularmente los neurotóxicos, y mejora el control del dolor. Una guía para realizar una rotación de opioides se incluye en la tabla 4. Es extremadamente importante individualizar el proceso usado para llegar a una dosis óptima, y ser conservador en la dosis inicial de la rotación, ya que:

- 1) Hay gran variación entre individuos con respecto de la farmacocinética de los opioides.
- 2) La relación de equivalencia de la dosis de conversión no siempre es la misma en ambas direcciones.
- 3) La relación de equivalencia de la conversión está relacionada con la dosis total de opioide.
- 4) Las tablas equianalgésicas no son uniformes, es decir, diferentes tablas tienen diferentes dosis de conversión. Muchas de estas tablas han sido derivadas de estudios de dosis únicas, no fiables en el uso en pacientes con cáncer tolerantes a opioides.

Es posible combinar las estrategias ya descritas para disminuir los efectos adversos de los opioides. Por ejemplo, si un paciente tiene alucinaciones y dolor fuera de control, la administración de un neuroléptico y la rotación simultánea del opioide pueden significar un mejor control del dolor y en la rápida resolución de los efectos adversos.

● **EL USO DE LA METADONA EN LA ROTACIÓN DE OPIOIDES**

En años recientes, la metadona se ha convertido en una droga atractiva para la rotación de opioides. La metadona carece de metabolitos conocidos, tiene una excelente biodisponibilidad oral y rectal, mínima excreción renal y un bajo costo. La metadona es mucho más potente de lo que se pensaba originalmente, (aproximadamente 10 veces más potente que la morfina oral), y tiene un promedio de vida largo y variable. Por esta razón la rotación a metadona debe ser hecha de una manera tradicional individualizada, y únicamente por médicos que poseen familiaridad con esta droga. Actualmente no hay un estándar establecido para la rotación. Otros beneficios de la metadona son su potencial contribución al manejo del dolor neuropático y a la disminución de la tolerancia a los opioides.

T1_Efectos adversos de los opioides

- Náusea y vómitos
- Constipación
- Efectos en el sistema nervioso central:
 - Sedación
 - Coma
 - Delirio
 - alucinaciones
 - Mioclono
 - Convulsiones
 - Hiperalgnesia / alodinia
- Depresión respiratoria
- Otros (prurito, sudoración, retención urinaria, edema pulmonar, anafilaxia, etc.)

T2_Síntomas predominantes de los metabolitos tóxicos de opioides para el tratamiento de cáncer

Opioide	Metabolitos activos conocidos	Toxicidad del metabolito
Morfina	Morfina-6-glucuronido (M6G)	Sedación, náusea y vómito, coma, depresión respiratoria
	Morfina-3-glucuronido (M3G)	Delirio, alucinaciones, mioclono, convulsión, hiperalgnesia
	Normorfina	Neurotoxicidad similar a M3G
Hidromorfona	Hidromorfona-6-glucuronido	Neurotoxicidad similar a M6G
	Hidromorfona-3-glucuronido	Neurotoxicidad similar a M3G
Oxicodona	Noroxicodona	Principal metabolito, pero clínicamente no es significativo
	Oximorfona	Potente agonista mu(μ), pero presente en cantidad no significativa
Fentanyl	No se conocen metabolitos activos	----
Metadona	No se conocen metabolitos activos	----

T3_Manejo de los efectos neurotóxicos más comunes de los opioides

Síntoma	Manejo farmacológico		vía
Delirio y alucinaciones	Neurolépticos		
	Haloperidol	0.5-5 mg bid y q4h prn	po/sc/iv/pr
	Clorpromazina	15-50 mg bid prn	po/iv
	Risperidona	0.5-4 mg bid	po
	Olanzepina	2.5 mg qhs – 10 mg bid	po
	BENZODIAZEPINAS		
	Lorazepam	0.5-2 mg bid y q1h prn	po/sc/iv/pr
	Midazolam	10-60 mg / 24h	sc/iv
Mioclono	Clonazepam	0.5-2 mg qid prn	po
	Baclofén	5-20 mg tid prn	po
	Ácido valproico	125-500 mg tid	po
Sedación	Metilfenidato	2.5-20 mg bid (ej.8am y 1 pm)	po
	Dextroanfetamina	2.5-20 mg bid (ej. 8am y 1 pm)	po
	Cafeína	100-200 mg q 4h prn	po
	Modafinil	100-200 mg qd	po

T4_Guía para realizar una rotación de opioides

- 1- Establecer la dosis equianalgésica usando la tabla de conversión en el anexo
- 2- Empezar el nuevo opioide al 50% de la dosis equianalgésica. Esto es para considerar las diferentes reacciones a diferentes opioides entre individuos y la tolerancia cruzada e incompleta de opioides. Si el dolor del paciente no está bien controlado, una rotación del 75% al 100% de la dosis equianalgésica es más apropiada.
- 3- Titular la dosis hasta obtener analgesia adecuada.
- 4- El uso de un aparato de analgesia controlada por el paciente por vía parenteral, si está disponible, es recomendado por permitir una titulación más rápida.
- 5- Cuando una analgesia satisfactoria es establecida, se recomienda un cambio de la ruta de administración a la vía oral o transdérmica.

8. NÁUSEA CRÓNICA Y VÓMITO EN EL PACIENTE CON CÁNCER

Dr. RENÉ RODRÍGUEZ

● DEFINICIÓN

La náusea es una experiencia subjetiva caracterizada por la sensación desagradable de querer vomitar. Se denomina vómito a la expulsión del contenido gástrico a través de la boca, mediante un acto reflejo coordinado centralmente, lo que lo diferencia de la regurgitación, fenómeno que consiste en la devolución de los alimentos a la boca sin participación de la actividad motora y autonómica que caracteriza al vómito. La náusea y el vómito pueden aparecer en forma independiente, pero comparten gran parte de su fisiopatología. En un informe presentado por nuestra Unidad de Cuidados Paliativos, la náusea ocupa el séptimo lugar en cuanto a los síntomas más frecuentes que afectan al 40% de los pacientes durante la primera consulta. En la literatura mundial, se encuentran reportes muy diferentes sobre la prevalencia de la náusea y el vómito: varía entre el 20-70%.

● FISIOPATOLOGÍA

El vómito puede jugar un papel protector frente a la ingestión de sustancias tóxicas, pero en algunos pacientes con cáncer se convierte en un síntoma muy molesto que impide la ingestión y una adecuada alimentación e hidratación. En muchos pacientes, las consecuencias pueden ser graves porque los obliga a suspender ciertos tratamientos como la quimioterapia y la analgesia.

El vómito y la náusea se originan por un estímulo sobre el Centro del Vómito (CV) que se encuentra en el bulbo raquídeo. El CV posee receptores de histamina (H1) y muscarínicos-colinérgicos. Los estímulos que llegan al CV son mediados principalmente por los nervios simpáticos y vagales, después de la activación de por lo menos una de las siguientes cuatro zonas:

- 1) La primera se conoce como la zona gatillo quimiorreceptora (ZGQ), localizada en el piso del IV ventrículo. Es un sensor rico en receptores de dopamina (D2) y serotonina. Este sensor está expuesto al líquido cefalorraquídeo y a la sangre, por lo que puede ser activado por una gran variedad de medicamentos como los opioides,

agentes quimioterapéuticos, toxinas, emetina, salicilatos, uremia, cetoacidosis, hipoxia, acidosis y radioterapia. Su estímulo origina vómito no relacionado con la ingesta.

- 2) La segunda zona la constituye el sistema vestibular rico en receptores muscarínico-colinérgicos y de histamina (H1). Origina vómito relacionado con el movimiento y sin relación con la ingesta.
- 3) La tercera zona se activa por estímulos como la distensión gastrointestinal y biliar o la irritación peritoneal y de la mucosa de las vísceras gastrointestinales.
- 4) La cuarta zona está localizada en la corteza cerebral. Explica el desarrollo del vómito antes de recibir quimioterapia, en pacientes que la han recibido con anterioridad, y en las personas ansiosas que se encuentran en situaciones de estrés. El vómito que generan parece deberse a un condicionamiento clásico relacionado con la época de la administración de la QT, el estado de ansiedad, con el color o sabor de los fármacos, con las comidas, olores de los alimentos y ciertas circunstancias como la presión ejercida por los familiares para que el paciente coma.

La morfina, el analgésico usado con mayor frecuencia en los pacientes con dolor por cáncer, puede desencadenar vómito por varios mecanismos: por estimulación directa sobre la ZGQ a través de receptores dopaminérgicos, por retrasar el vaciamiento gástrico, por producir estreñimiento, por el mal sabor de las preparaciones orales, por aumento de la presión intracraneal y por estimulación del aparato vestibular. Como puede observarse, tiene la capacidad de estimular las cuatro zonas que originan el vómito.

La quimioterapia puede originar tres tipos de vómito: los agudos que se presentan dentro de las primeras 12 a 24 horas por efecto directo sobre la ZGQ, los tardíos que se presentan después de las 24 horas y duran entre 5 y 10 días -secundarios a alteraciones de la motilidad gastrointestinal, daño de la mucosa y estímulo sobre la ZGQ- y los anticipados que se relacionan con estímulos de la corteza cerebral.

La radioterapia puede originar vómitos agudos o tardíos y se relacionan con la dosis administrada, el área irradiada y el tipo de partículas utilizadas. En su génesis, además de su efecto directo sobre determinadas estructuras como el abdomen, liberador de grandes cantidades de serotonina, está implicada la destrucción tisular, ya que se liberan sustancias que estimulan la ZGQ con una mediación importante de la dopamina.

El diagnóstico diferencial y la determinación del mecanismo específico que origina el vómito debe determinarse por medio de una adecuada historia clínica, pues de esto depende el adecuado enfoque terapéutico.

● TRATAMIENTO

El enfoque terapéutico de la náusea y el vómito debe dirigirse a la solución del problema que los originó, sin olvidar que con frecuencia es multicausal. El tratamiento se ha abordado desde diferentes puntos de vista: se recomienda la utilización de tratamientos farmacológicos, alternativos (ej: la acupuntura y la aplicación de fórmulas caseras anecdóticas).

La búsqueda debe dirigirse a detectar medicamentos con capacidad emetizante y a encontrar su relación con el inicio o cambio de la dosis de un medicamento. Se debe valorar si el paciente está estreñado, con obstrucción intestinal o sometido a olores que le sean desagradables como los que se originan en la preparación de alimentos, perfumes etc. Hay que descartar alteraciones sistémicas como sepsis, hipercalcemia, uremia y metástasis cerebrales entre otras.

Dentro de las medidas no farmacológicas se debe intentar tranquilizar al paciente para que disminuya su ansiedad y el miedo, garantizando la accesibilidad al equipo tratante y formando una red de apoyo con sus familiares, amigos cercanos y voluntarios. De ser posible, su sitio de descanso debe estar aislado de la cocina para evitar el olor de la preparación de los alimentos. Es importante recomendar a los familiares que no lo “obliguen” a comer, sino que le “ofrezcan” pequeñas cantidades de los alimentos que el paciente “desea”. Tampoco se deben mantener restos de alimentos alrededor del paciente cuando no los está consumiendo.

Se debe considerar el uso de laxantes o enemas en los pacientes con estreñimiento. Además, es necesario mantener la higiene y la integridad de la cavidad oral.

Algunos autores recomiendan el uso de antieméticos en forma profiláctica antes de iniciar un estímulo potencialmente emetizante como el inicio o cambio de dosis de opioides, quimioterapia o radioterapia.

Los antieméticos actúan sobre algunos de los receptores situados en el CV, la ZGQ, el núcleo vestibular, la corteza cerebral y el tracto gastrointestinal, pero ninguno actúa con la suficiente potencia en todas estas zonas, a pesar de que un mismo

estímulo sí puede afectar diferentes áreas al mismo tiempo. De acuerdo a su mecanismo de acción principal se dividen en:

1_ Antieméticos anticolinérgicos

Su principal representante es el butilbromuro de hioscina que actúa sobre los receptores de la acetilcolina al igual que la atropina. Produce efecto antiespasmódico sobre el tracto gastrointestinal y genitourinario. Está indicado en casos de vómito secundario, con obstrucción intestinal y de vómito secundario con síndrome vertiginoso. El principal problema asociado con estos agentes es el alto costo y la falta de evidencia de su efectividad en el manejo de la emesis y la náusea crónica, eficazmente controladas por quimioterapia. Sus efectos colaterales están relacionados con su efecto atropínico: visión borrosa, sequedad de la boca, sedación, estreñimiento y retención urinaria.

DOSIS: 0.5-1.5 mg/K repartido en dosis cada 4-8 horas.

PRESENTACIÓN: (buscapina) comprimidos de 10mg y ampollas de 20mg.

2_ Antieméticos antiserotoninérgicos (5-HT3)

ONDANSETRÓN: Su biodisponibilidad oral es del 50-75% y su vida media es de 5,5 horas aunque no existe correlación entre los niveles plasmáticos y su efecto clínico. Disminuye la motilidad del colon y puede producir cefalea leve y diarrea. Acelera el vaciamiento gástrico.

DOSIS: 8-32 mg/día.

PRESENTACIÓN: (Zofrán) comprimidos de 4 y 8 mg y ampollas de 8 mg.

TROPISETRÓN: Tiene una alta biodisponibilidad por vía oral. Su vida media es de 11 horas.

DOSIS: 2-5 mg en dosis única diaria.

PRESENTACIÓN: (Navovan) comprimidos de 5 mg y ampollas de 5 y 2 mg.

3_ Antieméticos antagonistas dopaminérgicos:

Sus principales representantes son las fenotiacinas y las butirofenonas. Actúan sobre la ZGQ. Las fenotiacinas tienen efecto neuroléptico y actúan bloqueando los receptores dopaminérgicos D2 en la ZGQ. Los más usados son la proclorperacina y clorpromacina en dosis inferiores a las utilizadas como antipsicóticos. La clorpromacina es útil para el hipo y tenesmo rectal. Sus efectos indeseables son las

reacciones extrapiramidales, sedación e hipotensión. Las butirofenonas también son neurolépticos e incluyen el haloperidol y el droperidol. El haloperidol alcanza su concentración máxima entre las 4 y 6 horas. Y su vida media es de 15 a 24 horas, por lo que se puede administrar una vez al día. Tiene efecto sobre la zona vestibular y ZGQ. Sus efectos indeseables son las reacciones extrapiramidales, sedación e hipotensión. DOSIS: 1-5 mg cada 12-24 horas.

PRESENTACIÓN: comprimidos de 5-10 mg y ampollas de 5 mg/ml. Gotas: 10 gotas equivalen a 1 mg.

4_Metoclopramida

Es una benzamida que tiene un efecto periférico al estimular la acción de la acetilcolina sobre el músculo liso intestinal, aumentando el tono del esfínter esofágico inferior y facilitando el vaciamiento gástrico, y un efecto central al bloquear los receptores de dopamina D2 en la ZGQ. En dosis altas se obtiene el efecto antiserotoninérgico. Al atravesar la barrera hematoencefálica puede producir alteraciones extrapiramidales al bloquear los receptores D2, caracterizadas por distonias y disquinesias, que pueden mejorar con difenhidramina. Se absorbe bien por vía oral, pero en el paso hepático se reduce su biodisponibilidad en un 75%. Su vida media es de 1 a 2 horas, pero su efectividad se mantiene por 4 ó 6 horas

DOSIS: 0.5-2 mg/K.

PRESENTACIÓN: comprimidos de 10 mg, ampollas de 10 mg y gotas: 5gotas: 1 mg de jarabe (1 mg = 1 ml).

Por sus múltiples mecanismos de acción -se destacan sus efectos procinético facilitador del vaciamiento gastrointestinal, dopaminérgico, antiserotoninérgico dosis dependiente- y por su bajo costo, la metoclopramida se considera el antiemético de elección en el vómito producido por diferentes causas, a excepción del secundario con obstrucción intestinal.

Otros medicamentos que tienen efecto antiemético son:

ANTIISTAMÍNICOS: El más utilizado es la hidroxicina (Hiderax) en tabletas de 25 mg cada 4 a 6 horas. Tiene efecto ansiolítico, antihistamínico, antiespasmódico y antiemético. Actúa en la ZGQ y CV.

CORTICOIDES: Los más utilizados son la dexametasona y la metilprednisolona. Actúan por inhibición en la síntesis de prostaglandinas, disminución de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica y disminución de los niveles de beta endorfina y vasopresina. Producen insomnio, alteraciones del humor y sensación de quemazón perineal.

BENZODIACEPINAS: Facilitan la acción del gaba, ejerciendo su efecto principalmente en el sistema límbico. Se usa en vómito con influencia cortical (olor, vista estrés): Las más utilizadas son midazolan, diazepam, lorazepam y alprazolan. Tienen efecto relajante, sedante ansiolítico y amnésico.

En los casos de náusea crónica sin causa tratable aparente, se puede utilizar haloperidol 2 a 15 mg./día solo o acompañado con un antihistamínico o un procinético. Si el vómito es persistente, se pueden utilizar combinaciones de medicamentos de acuerdo a su mecanismo fisiopatológico, procurando que el mecanismo de acción de las sustancias utilizadas sea diferente.

Lecturas recomendadas

- 1_Arango JH, Vallejo JF, Kestenberg A. (1998) *Náusea y vómito. Capítulo 21. En Rodríguez RF. Medicina del dolor y cuidados paliativos. Editorial Universidad Libre. Cali-Colombia: 232-240.*
- 2_Artal AC, Antón AT. (1998) *Toxicidad digestiva del tratamiento antineoplásico. Fisiopatología del vómito. Control de la náusea y vómito inducido por la terapia antineoplásica. En González MB. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid-España, Editorial Médica Panamericana.: 179-207. [También] en Gómez MS. (1999) Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid-España, Arán Ediciones: 711-717.*
- 3_Douglas DR, Carla SA. (2001) *Management of common symptoms in terminally ill patients: Part I. Fatigue, anorexia, cachexia, nausea and vomiting. American Family Physician, 64: 807-814.*
- 4_Mannix K. (1998) *Palliation of nausea and vomiting. En Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2, Oxford University Press: 489-499.*
- 5_Pereira J, Bruera E. (1996) *Chronic nausea. En Bruera E, Higginson I (eds) Cachexia-Anorexia in Cancer Patients, 2: 23-27. New York: Oxford University Press.*

T1_Causas y tratamiento de la náusea y del vómito en pacientes con cáncer

ORIGEN DEL ESTÍMULO	CAUSA	SOLUCIÓN
ZONA CORTICAL	Olor a alimentos	Cambio de habitación
	Sabor a medicinas	Cambio de sabor, presentación o vía
	Presión familiar	Educación familiar
	Ansiedad	Benzodiacepinas Haloperidol Metoclopramida
ZONA	Alteraciones metabólicas	Metoclopramida
GATILLO	Medicamentos	Haloperidol
(Dopamina-Serotonina)	Radioterapia	Ondasetrón
ZONA VESTIBULAR (Muscarinicocolinérgicos-Histamina)	Movimiento	Metoclopramida Hioscina Hidroxicina Haloperidol
ZONA	Distensión	Metoclopramida (1)
GASTROINTESTINAL	Inflamación	Hioscina Hidroxicina Haloperidol
	Obstrucción Estreñimiento	Esteroides Laxantes - Enemasb

(1) La metoclopramida no está indicada en pacientes con obstrucción intestinal

9. ANOREXIA Y CAQUEXIA

Dr. FLAVIO NERVI

El síndrome caquexia-anorexia, acompañado siempre de astenia, se observa en un gran número de pacientes: entre el 80 y 90 % de los pacientes con cáncer, en todos los pacientes con SIDA en etapa avanzada y en las etapas finales de todas las insuficiencias crónicas de órganos, incluidas la respiratoria, renal, cardíaca, hepática, diabetes mellitus, artritis reumatoide y la demencia. En todos ellos, el síndrome anorexia-caquexia-astenia contribuye de manera significativa a una peor calidad de vida, mayor morbilidad y mortalidad. Este síndrome se caracteriza por pérdida de peso, lipólisis, atrofia muscular, anorexia, náusea crónica y astenia, con el resultado consiguiente de cambios importantes en la imagen corporal, y generalmente va acompañado de angustia y depresión de grado variable, tanto en el paciente como en su familia. En el desarrollo del cuadro no participa solo la disminución de una ingesta alimentaria inferior a las necesidades metabólicas mínimas, sino que principalmente factores proteicos liberados por el sistema inmunológico, tumor o los tejidos afectados por procesos inflamatorios o hipóxicos.

● FISIOPATOLOGÍA

Desde la década de los 90 se tiene una visión más completa de los mecanismos fisiopatológicos relacionados con la caquexia-anorexia-astenia. Los depósitos de grasa constituyen el 90% de las reservas energéticas del organismo y su reducción es constante en la caquexia. Se acepta hoy día que hay diversos factores humorales producidos por el tumor, entre los cuales —además de factores catabólicos proteicos e inhibidores de la respuesta immune— se encuentran citoquinas con efecto lipolítico. Entre ellas destacan: *tumor necrosis factor*- α (TNF- α), interleuquina-6 (IL-6), interleuquina-1 β (IL-1 β) y el interferón- γ (IFN- γ). Estas citoquinas inhiben la lipasa lipoproteica y contribuyen a la lipólisis, con el consiguiente aumento en la circulación plasmática de ácidos grasos, y al desarrollo de importantes anormalidades metabólicas determinantes de anorexia y a veces de náusea por acción central. La ingesta insuficiente de nutrientes, propia de la anorexia, favorece el catabolismo proteico y la neoglucogénesis, situación metabólica acompañada con frecuencia de

acidosis metabólica compensada, la cual a su vez tiene un potente efecto anorexígeno.

● CLÍNICA

En los pacientes con patologías crónicas irreversibles en etapas avanzadas —cáncer metastásico, SIDA avanzado e insuficiencias crónicas de órganos—, la anorexia es uno de los síntomas más frecuentes que contribuye a la caquexia y que produce un importante trastorno en el paciente y en la familia. La anorexia contribuye a los déficit nutricionales considerables que ocurren junto a las anormalidades metabólicas de los pacientes con neoplasia diseminada. Esta falta de nutrientes aparece también con particular relevancia también en pacientes que padecen de disfagia relacionada con cáncer faringo-esofágico o esofágico y del tracto digestivo superior, como asimismo los pacientes que tienen obstrucción intestinal, de intestino delgado o grueso, o como consecuencia de una carcinomatosis peritoneal o de un tumor intraluminal. De especial importancia es el examen físico oro faríngeo, pues la moniliasis, estomatitis y xerostomía pueden ser aliviadas y con ello, mejorado el apetito.

La náusea es un componente frecuente, sobre todo en pacientes que reciben agentes quimioterápicos, o también como acción central de factores o de productos derivados del tumor. Lo mismo ocurre con la presencia de trastornos en el vaciamiento gástrico y la confluencia de factores psicógenos, entre los cuales destacan la depresión y la angustia. Es importante tener presente que existen numerosos receptores periféricos de la náusea, localizados tanto en vísceras huecas (tubo digestivo, tracto genital y urinario) como en superficies de revestimiento (peritoneo, pericardio, pleura).

● TRATAMIENTO

La preocupación por la anorexia como síntoma es muy importante, pues su eventual alivio mejora la calidad de vida del paciente, retarda la aparición de caquexia y, especialmente, disminuye la ansiedad de la familia. Medidas sencillas, como la selección de alimentos preferidos, el uso prudente de alcohol y la presentación de los alimentos en pequeños volúmenes 3 a 4 veces al día, pueden mejorar considerablemente la ingesta alimentaria. El aspecto clínico más relevante es el de tener un objetivo terapéutico razonable en el mediano plazo respecto de las

intervenciones nutricionales y farmacológicas que deseamos realizar en el paciente específico.

En particular, la caquexia con cáncer se asocia con mucha frecuencia a anorexia pertinaz, a náusea crónica, a astenia, a angustia o depresión, lo que favorece el desarrollo del cuadro clínico. Sin duda, la pérdida de peso es el principal elemento clínico en los pacientes con caquexia neoplásica o de otra etiología. La manera más simple de estimar la magnitud de esta pérdida de peso es calcular el porcentaje de la pérdida, comparado con el peso previo al diagnóstico fundamental de la enfermedad. Una pérdida del 10% o más de peso, es un importante indicador de una malnutrición moderada a avanzada. Hay que tener presente también, que esto puede ser aún mayor si existe acumulación de líquido en cavidades como la ascitis, derrame pleural o edema, lo que podría sobrestimar el peso corporal. La pérdida de peso es el elemento clínico más importante para cuantificar la caquexia.

Estos pacientes con frecuencia tienen alteraciones bioquímicas –por ejemplo: la determinación de albuminemia o de otras proteínas de recambio rápido como la preálbmina– que no son indispensables de incluir en una evaluación general. A los enfermos anoréxicos o con náuseas, no se les debe forzar la ingesta y de preferencia se aconseja usar alimentos fríos y líquidos en pequeñas cantidades a lo largo del día, manteniendo algunos horarios en función de la comida en familia, como almuerzo y cena. Asimismo, es importante conocer a través de la familia y del propio paciente las preferencias que él ha tenido en el pasado, con el objeto de mejorar el aporte de líquidos y nutrientes.

Sin embargo, es importante tener siempre presente que la intensidad de los síntomas son extraordinariamente variables de un paciente a otro, la mayor parte de las veces debido a la coexistencia de otros síntomas también muy relevantes como, por ejemplo, el dolor. Es posible que para muchos pacientes crónicos incurables, la anorexia no se constituya en un síntoma significativo, especialmente si la familia está debidamente informada sobre la inevitable evolución clínica que sufrirán.

La caquexia por cáncer y por SIDA está asociada con una sobrevida muy pobre y muchas veces hace imposible el uso de intervenciones paliativas del tipo de la quimioterapia o la radioterapia. Hay un grupo significativo de pacientes, en particular en Latinoamérica, que tienen cánceres digestivos y cuya pérdida de peso fundamentalmente se debe a obstrucciones digestivas y dificultad de aporte

alimentario. En estos casos es importante el apoyo nutricional que debe siempre orientarse —en el ámbito de la paliación— en forma de alimentación asistida intestinal, la que resulta económica y fácil de preparar. No se considera aceptable el uso de terapia parenteral en el ámbito de los cuidados paliativos, a menos que esta se constituya en un elemento importante para el apoyo de otras medidas paliativas que requieren un estado nutritivo satisfactorio.

● FARMACOTERAPIA

Los beneficios fundamentales asociados con estos medicamentos son el aumento del apetito y el aumento de peso fundamentalmente en tejido graso, pero no mejoran ni la calidad ni la sobrevida de los pacientes. Por este motivo, la utilización de estos medicamentos debe estar fundamentada después de un análisis apropiado de riesgos y beneficios.

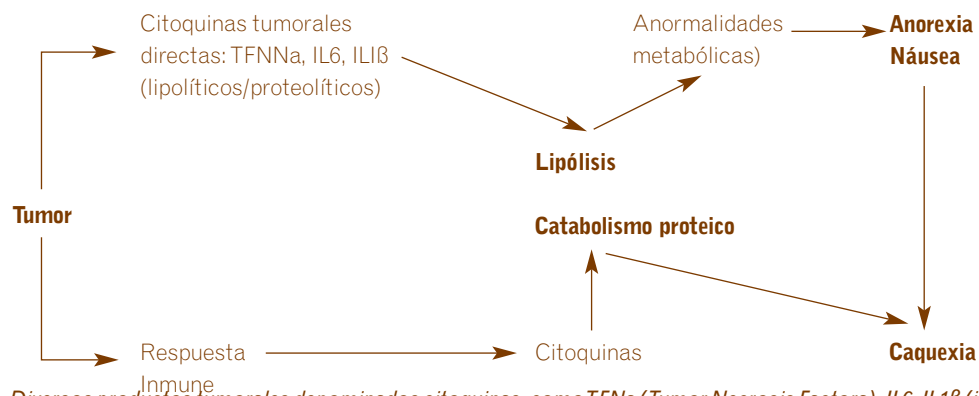
- 1) **Metoclopramida**_Es una droga antidopaminérgica cuya efectividad está demostrada como un antiemético de efecto central y que logra, además, otros efectos favorables al facilitar el vaciamiento gástrico y al aumentar la presión del esfínter esofágico inferior favoreciendo, entonces, la eliminación de la pirosis en los casos de reflujo gastroesofágico. La falla del sistema nervioso autonómico y la terapia con opiáceos se encuentran entre aquellas condiciones que hacen altamente predictiva una respuesta positiva de la metoclopramida. En los casos indicados, el uso regular oral o subcutáneo de la metoclopramida de 10 mg cada 8 horas puede significar una mejoría significativa en el apetito y en la ingesta de alimento.
- 2) **Metilprednisolona**_Los corticoides han sido utilizados desde hace muchos años en el manejo sintomático de los pacientes oncológicos y de los portadores de cuadros sépticos irreversibles. El mecanismo más probable de acción es inespecífico y se relaciona con un efecto central euforizante de los corticoides, y con la inhibición de producción de citoquinas. El efecto positivo se mantiene no más de 4 a 6 semanas.
- 3) **Medroxiprogesterona**_Existen múltiples trabajos publicados en los últimos años que demuestran los efectos favorables del acetato de megestrol en dosis de 160 a 1.600 mg sobre el apetito y el aumento de peso, fundamentalmente por aumento del tejido adiposo. La hormona también estimula el apetito y produce un efecto de bienestar de tipo central. Su eficacia clínica se puede mantener por más tiempo que la metilprednisolona y debe considerarse especialmente en aquellos pacientes con esperanza de vida mayor a 3 meses.

- 4) **Otras drogas**_En fase de pruebas clínicas se encuentra el uso de nuevos medicamentos que podrían tener también un efecto sintomático positivo, como la talidomida y pentoxifilina principalmente. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de producción de TNF- α .

● APOYO PSICOLÓGICO

Es necesario tranquilizar a la familia, aclarando que el paciente no está sufriendo de inanición, sino de trastornos en el aparato metabólico. Por ello, forzar la alimentación no resultará en mayor síntesis proteica o lípida, pero sí puede causar síntomas digestivos y trastornos psicológicos. De todas maneras es importante mantener el rol social de las horas de comida, sin crear situaciones de conflicto por el volumen de ingesta, para permitir la interacción entre el paciente y los familiares.

F1_Fisiopatología del síndrome anorexia-caquexia



Diversos productos tumorales denominados citoquinas, como TFN α (Tumor Necrosis Factor), IL6, IL1 β (interleuquina 6 y 1 β), que también pueden secretarse durante la evolución de otros cuadros graves como las sepsis, SIDA avanzado y falla múltiple de órganos, tienen un rol fundamental en el desarrollo del síndrome caquético.

- Lecturas recomendadas*
- 1_Bruera E., Fainsinger R L. (1999) *Clinical management of cachexia and anorexia*. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd ed., New York, Doyle D, Hanks G W C, MacDonald N (ed.), Oxford University Press Inc.: 548-557.
 - 2_Spiller R.C. (2001) Anorexia, nausea, vomiting, and pain. *Br. Med. J.*, 323: 1354-1357.
 - 3_Tisdale M.J. (1999) Wasting in cancer. *J. Nutr.*, 129: 343S-246S.

10. ESTREÑIMIENTO / CONSTIPACIÓN

Dra. MARIELA BERTOLINO

● INTRODUCCIÓN

La constipación es altamente prevalente (50-95 %) en cuidados paliativos (CP). Alrededor del 90 % de los pacientes que reciben opioides fuertes y del 65% de los que no los reciben, requieren laxantes. A pesar de ser una importante causa de morbilidad, su importancia suele ser subestimada en el contexto de otros síntomas.

● ETIOLOGÍA

Sus causas son generalmente múltiples y pueden estar relacionadas con el tumor (invasión intestinal, carcinomatosis peritoneal, hipercalcemia, neuropatía autonómica), el estado general (inactividad, ingesta oral insuficiente, dificultad de acceso al baño), las drogas recibidas (opioides, anticolinérgicos, antiácidos, vincristina, ondansetrón, sulfato de bario, etc.) y las patologías concomitantes (diabetes, hipotiroidismo, compresión medular, etc.).

● COMPLICACIONES

Hiporexia, náuseas, vómitos, dolor abdominoperineal, hemorroides, fisuras anales, retención urinaria, pseudobstrucción intestinal, distensión abdominal y pseudodiarrea.

● DIAGNÓSTICO

Con una minuciosa entrevista, más un examen físico que incluya el examen rectal y una Rx simple de abdomen se valora adecuadamente cada caso. Hay que investigar la frecuencia y las características de las deposiciones (heces duras, de pequeño volumen y difíciles de evacuar), factores predisponentes, síntomas asociados y tratamientos recibidos. Es importante hacer el diagnóstico diferencial entre constipación no complicada y constipación complicada con fecaloma u oclusión intestinal. El correcto diagnóstico requiere, en muchos casos, de cierto grado de suspicacia, ya que puede presentarse aún en pacientes que toman laxantes o que tienen deposiciones diarias.

Puntuación de constipación en una RX simple de abdomen : método no invasivo, de bajo costo, sensible y validado, particularmente útil en pacientes con trastornos cognitivos o en aquellos con un tacto rectal normal. Permite planear una estrategia terapéutica adaptada a cada caso. A cada segmento del colon (ascendente, descendente, trans-verso y rectosigmoides) se le da un puntaje según la cantidad de material fecal visible a la luz (0 = sin heces, 1 = heces ocupando menos del 50 %, 2 = heces ocupando más del 50 % y 3 = heces ocupando totalmente la luz). El puntaje total puede ir de 0 a 12. Un score $\geq 7/12$ indica constipación severa y, en consecuencia, requiere intervención.

● OPIOIDES Y CONSTIPACIÓN

Los efectos gastrointestinales de los opioides son frecuentes pero fáciles de prevenir y de manejar con tratamientos apropiados. Sin embargo, algunos estudios muestran que menos del 50 % de los pacientes cumplen la recomendación del tratamiento laxante. Cuando no se realiza la prevención adecuada, la constipación suele ser causa de interrupción del tratamiento analgésico. Todos los pacientes que reciben opioides deben recibir laxantes sistemáticamente desde el inicio de la terapéutica. La recomendación adicional del farmacéutico de realizar necesariamente el tratamiento laxante junto con la medicación opioide, refuerza la prescripción y aumenta la adherencia al mismo.

Pocos estudios comparativos se han hecho en relación a los efectos digestivos de los distintos opioides. Sin embargo algunos opioides como la metadona y el fentanilo transdérmico parecen producir menor constipación y, consecuente, menor necesidad de uso de laxantes.

El síndrome de colon opioide es poco frecuente y se caracteriza por una gran distensión abdominal que puede llegar hasta el íleo paralítico. Se produce al administrar opioides orales, probablemente en pacientes que tienen otros factores de riesgo.

● PREVENCIÓN

Mantener un buen control de otros síntomas que puedan interferir con la defecación (dolor abdomino-perineal, etc), favorecer un ambiente adecuado (privacidad, silla sanitaria) y administrar laxantes, preventivamente, al indicar drogas que producen constipación.

● TRATAMIENTO LAXANTE

Pocos estudios controlados se han realizado en la población de pacientes con enfermedad avanzada y las recomendaciones terapéuticas se basan en extrapolaciones de otras poblaciones y en las indicaciones de expertos.

La elección del esquema laxante depende de la disponibilidad de drogas en cada país, del costo y de las presentaciones farmacéuticas (comprimidos, gotas, jarabes, supositorios, etc.) apropiadas para cada paciente por sus hábitos, gusto o por su situación clínica (ej. afagia). Generalmente se necesita la combinación de dos laxantes orales con medidas rectales (supositorios o enemas).

La dosis debe ser titulada hasta encontrar un buen equilibrio entre efecto deseado (catarsis sin dificultad cada 2 ó 3 días) y efectos secundarios (dolor, diarrea). El inicio del efecto de la mayoría de los laxantes es de 48 a 72 hrs. después de comenzado el tratamiento.

Todos los laxantes producen aumento del peristaltismo y disminución de la consistencia de las heces, si bien cada uno posee un mecanismo de acción predominante. Entre los más utilizados en CP se encuentran:

- + **Surfactantes**_docusato de sodio, ablandador fundamentalmente. Dosis: 300-1200 mg/d.
- + **Estimulantes**_sena (15-90 mg/d), picosulfato de sodio (5-10 mg/d), dantrona (50-150 mg/d), bisacodilo (10-20 mg/d). Pueden producir algunos dolores cólicos, que se tratan disminuyendo la dosis o asociando ablandadores. La dantrona tiene riesgo de hepatotoxicidad.
- + **Osmóticos**_lactulosa, sorbitol, etc. Dosis: 15-90 ml/d. El inconveniente es el gusto azucarado y a dosis altas, la producción de distensión abdominal y flatulencia.
- + **Salinos**_sales de magnesio. Dosis: 1-3 g/d. Tienen efecto osmótico y estimulante de peristaltismo. A dosis bajas son bien tolerados; a dosis altas pueden producir diarreas y en pacientes con insuficiencia renal, desequilibrios hidroelectrolíticos.
- + **Soluciones de polietilenglicol**_Emerge como importante agente eficaz y seguro en la constipación crónica y en el tratamiento de fecalomas. Dosis: 0.25 a 1 litro/día.
- + **Antagonistas opioides**_Son medicamentos costosos y si bien los datos resultan promisorios, se necesitan estudios clínicos más amplios para recomendar su utilización. Aun por vía oral, la naloxona puede causar síndrome de abstinencia. La metilnaltrexona, en cambio, tiene acción exclusivamente periférica. Previene y revierte la constipación por opioides sin causar síndrome de abstinencia ni aumento del dolor. Es efectiva por distintas vías: oral, subcutánea e intravenosa. Los laxantes como la parafina líquida y las fibras no están recomendados para esta población.

● MANIOBRAS RECTALES

Supositorios (glicerina o laxantes estimulantes) y/o enemas de distinto tipo y volumen están indicados cuando no se logra obtener la deposición con laxantes orales. Las enemas se pueden aplicar con una guía de suero que permita regular el goteo lentamente en 1 hora. Ejemplos de algunas formulaciones: a) 500 ml de retención de aceite seguidas de enemas de agua y jabón o agua y sal gruesa. b) 150 ml de agua oxigenada 10 vol. + 350 ml de solución fisiológica.

● ESQUEMAS LAXANTES POSIBLES

Esquema_1: Sena 2-4 cápsulas 1 a tres veces por día. ml/d + Docusato de sodio : 1-2 cápsulas tres a cuatro veces por día.

Esquema_2: Lactulosa 15-20 ml 3 veces / d o Leche de Magnesio 1 cucharada/d + Sena o Bisacodilo 2-4 capsulas 1 a 3 veces por día.

En todos los casos si no hay catarsis cada 3 días :1 supositorio de bisacodilo (10 mg) o una microenema (5 ml) (acción en 15-60 minutos) y evaluar necesidad de aumentar laxantes de base.

Si no se logra el efecto deseado, dar una enema de fosfato volumen pequeño o indicar enemas de mayor volumen a ritmo de infusión lento.

● FECALOMA

El 90 % ocurre en el recto, pero puede ser en colon ascendente, descendente o sigmoide. Luego de verificar la existencia de heces bajas o altas con el examen rectal y/o la RX simple de abdomen y descartar una oclusión intestinal, se administrarán enemas de gran volumen (1l) en el primer caso (colon ascendente) o laxantes potentes orales como sales de magnesio (hasta 250 ml/24 hrs.) o solución de polietilenglicol (hasta 1 litro/24 hrs.), con posibilidad de repetirse durante los 48 hrs. subsiguientes, si no hay respuesta. Ante el fracaso de las medidas anteriores, si se necesita hacer la extracción manual del fecaloma, se debe considerar la utilización de dosis de rescate de analgésicos o maniobras de sedación transitorias (midazolam).

● SÍNDROMES DE COMPRESIÓN MEDULAR Y DE COLA DE CABALLO

En ambos casos hay que individualizar un régimen que permita heces de consistencia blanda a través del uso de laxantes orales asociados a maniobras rectales planifica-

das (supositorios estimulantes en el primero y enemas en el segundo) que prevengan la incontinencia permanente en pacientes sin sensibilidad rectal.

● **ALGUNAS NOCIONES PARA LOS PACIENTES Y FAMILIARES**

- + La adherencia al tratamiento es fundamental para lograr los objetivos y ella depende, en gran medida, de la comprensión de las recomendaciones y de la aclaración de conceptos erróneos como:
- + *Si una persona enferma no se alimenta bien, es normal que no tenga deposiciones:* aun ingiriendo escasa cantidad de alimentos y líquidos se produce formación de materia fecal que, con el tránsito intestinal enlentecido, permite una mayor absorción de agua intestinal con el consiguiente endurecimiento de las heces con la posibilidad de un fecaloma.
- + *“Mi hábito intestinal es muy regular, aunque tome analgésicos, no tomaré laxantes hasta que esto se altere”:* la aparición de la constipación suele hacerse evidente a través de complicaciones más molestas como el fecaloma y sus tratamientos son mucho más incómodos que la prevención.

● **ETAPA FINAL DE LA VIDA**

Es importante brindar información al paciente, a su familia y a los equipos tratantes sobre la importancia de mantener un tránsito intestinal regular, aun en estadios muy avanzados de la evolución de la enfermedad, cuando la posibilidad del cumplimiento del tratamiento de la constipación es menor. Los objetivos es lograr un equilibrio entre la prevención de las complicaciones asociadas a la constipación y la carga de los tratamientos. Cuando se ha iniciado el proceso de agonía solo se tratará la constipación en caso de que esta produzca síntomas importantes (ej fecaloma con dolor o tenesmo).

● **CONCLUSIÓN**

Por ser un síntoma tan frecuente, se debe hacer hincapié en la educación del paciente, la familia y los agentes de salud sobre su prevención y la sistematización del tratamiento.

Lecturas recomendadas

- 1_Bruera E, Suárez-Almazor M, Velasco A, MacDonald S, Bertolino M, Hanson J. (1994) *The assessment of constipation in terminal cancer patients admitted to a palliative care unit : a retrospective review.* J Pain Symptom Manage; 9 (8) : 515-519.
- 2_Sykes N. *Constipation and diarrhea.* (1993) *En Oxford Textbook of Palliative Medicine.* Doyle D, Hanks G, MacDonald N (eds.), Oxford Medical Publications, 4.3 : 299-310.
- 3_Sykes NP. (1998) *The relationship between opioid use and laxative use in terminally ill cancer patients.* Palliat Med., Sep; 12(5): 375-82.
- 4_Yuan CS, Foss JF. (2000) *Oral methylnaltrexone for opioid-induced constipation.* JAMA., Sep 20; 284(11):1383-

11. MANEJO PALIATIVO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Dr. JUAN SANTIAGO-PALMA

● EL TRABAJO EN EQUIPO

Dolor, náusea y vómito son los síntomas más devastadores en pacientes con obstrucción intestinal. El cese del tránsito intestinal ocurre en aproximadamente el 3% de todos los individuos con cáncer, entre el 25 al 42% de pacientes con cáncer de ovario y hasta en un 28% de pacientes con malignidades colorrectales. Es importante notar que del 25 al 35% de las obstrucciones en estos pacientes son causadas por factores benignos o no relacionados con el tumor primario.

La cirugía es el tratamiento de elección para aliviar obstrucciones intestinales, sin embargo, el tratamiento quirúrgico no es frecuentemente una opción debido al crítico y débil estado de estos pacientes. La mortalidad después de una cirugía por obstrucción intestinal causada por cáncer metastático es de aproximadamente 12 a 33% y la supervivencia media es de solo 2.5 a 11 meses. La decisión de proceder con cirugía o tratamiento conservador en el paciente terminal es difícil y, por lo tanto, debe incluir el consenso de cirujanos, oncólogos, médicos de medicina paliativa y paciente.

● ETIOLOGÍA

La obstrucción intestinal puede ocurrir como resultado de masas intraluminales, intramurales o extramurales, o como consecuencia de masas mesentéricas. Tumores en la curvatura esplénica y en el colon izquierdo son las causas de obstrucción entre el 25 y 49% de los casos. Causas no asociadas con tumores incluyen adhesiones pélvicas, fibrosis por radiación, isquemia, edema, constipación, e imbalances electrolíticos (hipopotasemia e hipercalcemia). En ciertos casos, disminución de la motilidad gastrointestinal debido a infiltración neoplásica del mesenterio. Músculos del intestino o el plexo celíaco pueden también causar obstrucción intestinal. Raramente neuropatías paraneoplásicas, tales como las causadas por cáncer de pulmón, pueden llevar al cese del tránsito intestinal.

● SÍNTOMAS

Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, distensión y vómitos. La obstrucción del lumen intestinal ocurre lentamente. Los síntomas gastrointestinales son causados por la secuencia de distensión-secreción y actividad motora del intestino. Un dolor abdominal constante, causado por la masa tumoral ocurre en el 90% de los casos. El aumento de la actividad intestinal en el área próxima a la obstrucción causa dolor tipo cólico en cerca del 75% de los pacientes. Las obstrucciones duodenales pueden no causar distensión, sino vómitos tempranos en el curso de la obstrucción. Otras obstrucciones en partes más distales del intestino delgado también causan vómitos, pero se presentan más frecuentemente con distensión abdominal. Las obstrucciones del intestino grueso producen emesis en un período más tardío y distensión abdominal masiva. Otros síntomas de obstrucción incluyen anorexia, constipación e incapacidad de expulsar flatos. El dolor puede irradiar desde el abdomen hasta sitios cutáneos distales como el hombro, cuello o espalda.

● EVALUACIÓN

La evaluación clínica del paciente terminal con obstrucción intestinal debe orientarse a la detección de causas reversibles de disminución del tránsito intestinal y a la evaluación de síntomas que afectan la calidad de vida del individuo.

El examen físico debe incluir la evaluación de ruidos intestinales y la presencia de masas intrabdominales. El examen rectal, en tanto, debe ser realizado para descartar impactación fecal o masas rectales. Es vital hacer una evaluación del estado de hidratación. El examen neurológico debe detectar cambios del estado mental y la presencia de plexopatías o daño del cordón espinal.

Estudios de laboratorio deben incluir electrolitos y hematología con conteo de células blancas. Estos estudios están dirigidos a descartar problemas de electrolitos o infecciones como causa de la obstrucción. Estudios radiográficos deben incluir rayos-X de abdomen con el paciente acostado y sentado. Las radiografías de abdomen pueden ser útiles para observar asas de intestino delgado dilatadas o niveles hidroaéreos sugestivos de obstrucción. En ocasiones, una tomografía computarizada y series intestinales pueden ser útiles en el diagnóstico.

La evaluación de la severidad de síntomas tales como náusea, vómito, ansiedad, y dolor debe ser realizado de acuerdo a guías descritas en otras partes de este compendio.

● MANEJO

Del 6 al 50% de los pacientes oncológicos con obstrucción intestinal son considerados inoperables. Factores que pueden pronosticar una respuesta pobre al manejo quirúrgico incluyen: a) problemas de motilidad intestinal debidos a carcinomatosis intraperitoneal, b) pacientes caquéticos mayores de 65 años, c) ascitis severa, d) albumina serica baja, e) radioterapia previa en el abdomen o pelvis, y f) obstrucción en múltiples sitios.

La terapia contemporánea para la obstrucción intestinal en pacientes con enfermedades terminales avanzadas está dirigida al control del dolor, náusea, vómitos y mejoramiento de la calidad de vida. Diferentes estudios han sugerido que el tratamiento farmacológico de la obstrucción intestinal en pacientes con cáncer avanzado es eficaz y ofrece ventajas sobre el tratamiento quirúrgico . En general, el control de síntomas es más fácil en obstrucciones distales. La mayoría de pacientes pueden ser tratados sin succión nasogástrica o hidratación intravenosa prolongada.

El uso de tubos nasogástricos pueden ser justificados únicamente como una medida temporal o en los primeros días de la obstrucción para drenar grandes cantidades de secreciones. La succión nasogástrica no es confortable y es relativamente ineficaz en el alivio del dolor y náuseas causados por obstrucción intestinal. El tubo nasogástrico puede interferir con la tos que drena las secreciones bronquiales y puede causar erosión del cartílago nasal, otitis media, irritación de la faringe, neumonía por aspiración, esofagitis y sangrado esofágico.

Las gastrostomías deben ser consideradas si el tratamiento farmacológico es ineficaz en controlar los vómitos. La gastrostomía es un método más aceptable que el tubo nasogástrico para la decompresión intestinal a largo plazo. La decompresión a través de la gastrostomía le permite al paciente mantener la ingesta oral sin la molestia de un tubo nasogástrico. Los dos métodos de gastrostomía disponibles son el percútaneo y el quirúrgico. El método percútaneo es preferible porque evita procedimientos quirúrgicos abiertos, tiene un menor costo y una morbilidad baja. En general, las gastrostomías pueden controlar las náuseas y los vómitos en el 90% de los pacientes.

La necesidad de hidratación intravenosa en pacientes terminales con obstrucción intestinal debe ser individualizada. El paciente debe permanecer hidratado para prevenir anormalidades de electrolitos y falla renal. Esta última puede llevar a la

acumulación de metabolitos de ciertas drogas tales como la morfina e hidromorfona. Las anormalidades de electrolitos y la acumulación de opioides y otras drogas pueden causar agitación, confusión, mioclono y convulsiones. Los pacientes deben ser animados a comer y tomar líquidos para mantener la hidratación. En teoría, pequeñas cantidades de líquido y comidas de bajo residuo pueden ser absorbidas en áreas próximas a la obstrucción.

No existe una droga de elección para el tratamiento de vómitos y náuseas por obstrucción intestinal. La náusea puede ser controlada farmacológicamente por mediante tres métodos: 1) utilización de drogas que reducen las secreciones gastrointestinales, tales como los anticolinérgicos, hioscina y glicopirrolato, 2) uso de antieméticos tales como procloperazina, clorpromazina, prometazina, haloperidol y ondansetrón o 3) uso de una combinación de anticolinérgicos y antieméticos (ver tabla 1). Recientemente, el octeotrido, un análogo de la somastostatina, ha sido descrito en el manejo paliativo de náusea y vómitos en pacientes con obstrucción intestinal. Sin embargo, esta droga tiene un alto costo y no está disponible en todos lugares.

El dolor abdominal puede ser tratado con opioides tales como morfina, hidromorfona, metadona o fentanilo. Los tres primeros pueden ser administrados por la vía rectal, intravenosa o subcutánea. La metadona puede ser irritante cuando se usa subcutáneamente. El fentanilo puede ser administrado por vía intravenosa, subcutánea, transdérmica y por la mucosa oral. La formulación transdérmica de fentanilo está contraindicada en casos de dolor no controlado o inestable. Por otra parte, el costo de paletas de fentanilo para la administración a través de la mucosa oral es elevado. Guías generales para el uso de opioides pueden ser encontradas en el capítulo de manejo del dolor de este compendio. Drogas anticolinérgicas tales como el glicopirrolato y la hioscina pueden ser útiles en controlar el dolor tipo cólico (ver tabla 1).

El uso de corticoesteroides en el manejo conservador de la obstrucción intestinal es controversial. Se han realizado pocos estudios para investigar los corticoesteroides según esta indicación. Los corticoesteroides pueden reducir la inflamación peritumoral y edema y, por lo tanto, mejorar el flujo intestinal. Dosis de 6 a 16 miligramos por día han sido utilizadas con distintos resultados.

Lecturas recomendadas

- 1_Baines M. (1998) *The pathophysiology and management of malignant intestinal obstruction. In Oxford textbook of palliative medicine.* Doyle D, Hanks GWC, Macdonald D (eds.), Oxford, Oxford University Press: 311-316.
- 2_Baumrucker S. (1998) *Management of intestinal obstruction in hospice care.* Am J Hospice and Palliat Care; 4:232-235.
- 3_Fainsinger RL, Spachynski K, Hanson J, Bruera E. (1994) *Symptom control in terminally ill patients with malignant bowel obstruction.* J Pain Symptom Manage; 3:193-200.
- 4_Gallick HL, Weaver DW, Sachs RJ, Bouwman DL. (1986) *Intestinal obstruction in cancer patients: an assessment of risk factors and outcome.* Ann Surg; 52:434-7.
- 5_Ripamonti C. (1994) *Management of bowel obstruction in advanced cancer patients.* J Pain Symptom Manage; 9:193-200.

T1_Medicamentos usados en el tratamiento paliativo de la obstrucción intestinal

Droga	Dosis	Comentario
Haloperidol	3-6 mg/24 horas	Antiemético potente. Puede ser administrado por vía IV o SC. 1-2 mg de mesilato de benztropina debe administrarse cuando se usan dosis altas para prevenir efectos parkinsonianos.
Proclorperazina	5-10 mg q6 hrs. PO o PR	Antiemético
Clorpromazina	10mg q4-6hrs IV,PO,PR	Antiemético. Sedante
Prometazina	12.5-25mg q8hrs IV,PO,PR	Antiemético. Sedante
Ondansetrón	4-8 mg q8hrs IV/PO	Antiemético. Costo elevado
Dimenhidrinato	200-300 mg/24 hrs IV,PO,PR	Antiemético
Metoclopramida	60-240 mg/24 hrs IV,PO,PR	Antiemético. Puede causar cólico intestinal.
Hyoscina	60-120 mg/24 IV,SC	Reduce las secreciones gástricas. Puede disminuir el dolor tipo cólico.
Glicopirrolato	0.2 mg q6hrs. IV/SC	Reduce secreciones intestinales. Puede disminuir el dolor tipo cólico.
Octreotido	150-800 mcg/24hrs. IV/SC	Reduce secreciones intestinales.Costo elevado.

12. HIDRATACIÓN

Dra. MARÍA DE LOS ANGELES PRUVOST

Más allá de la discusión desde la Bioética acerca de hidratar o no a los pacientes con enfermedad avanzada, que no es motivo de este capítulo, en los últimos años hemos aprendido mucho acerca de los beneficios de este tipo de terapéutica, en esta población. Si bien en los inicios de nuestro trabajo, imbuidos de los conceptos del movimiento Hospice, no hidratábamos a nuestros pacientes en estadios terminales, la experiencia clínica nos ha enseñado que al hacerlo son mayores los beneficios obtenidos en el control de síntomas y en el confort.

Las causas de disminución del ingreso por vía oral son diversas: cánceres de cabeza y cuello, de esófago que provocan disfagia, cánceres de cavidad bucal con odinofagia, náusea y vómito, obstrucción intestinal, síndrome caquexia, anorexia, etc. La mayoría de estos pacientes presenta deshidratación subclínica con confusión que a veces solo es detectada cuando se agrega el consumo de un opioide para tratamiento del dolor. Por lo tanto, la administración de líquidos debe ser cuidadosamente controlada en el contexto de cada enfermo en particular. Como toda acción en cuidados paliativos, y en medicina en general, se debe evaluar constantemente y prestar atención a los detalles. Esto nos dará una correcta apreciación acerca de la cantidad requerida de líquido y la vía de administración en cada caso.

Antes de una adecuada intervención, la evaluación del estado de hidratación comprende los siguientes elementos:

- + Evaluación de los ingresos.
- + Evaluación de los egresos.
- + Examen físico.
- + Presencia de síntomas.
- + Hallazgos de laboratorio.

Se deberán buscar sistemáticamente mucosas secas, pérdida de turgor y elasticidad de la piel, hipotensión postural, taquicardia, oliguria, sed, fallo cognitivo, mioclonus, fiebre, constipación, aumento del hematocrito y/o proteínas plasmáticas, urea, creatinina, sodio, etc.

Aunque muchos prefieren la hidratación intravenosa, pensamos que no es la vía más adecuada por los cuidados que requiere, por la mayor posibilidad de infecciones en pacientes inmunodeprimidos, por la ocurrencia de trombosis cuando los catéteres permanecen durante largos períodos, y sobre todo, por la dificultad para la administración y manejo domiciliarios y el alto costo.

Una vez tomada la decisión de hidratar, las vías de administración de fluidos más utilizadas en cuidados paliativos son la subcutánea o hipodermocclisis y la proctocclisis o hidratación por vía rectal.

● **HIPODERMOCLISIS**

Es, quizá, la vía de administración más utilizada en cuidados paliativos, no solo para la reposición de líquidos, sino también para la inyección de medicamentos destinados al control de síntomas: opioides, metoclopramida, hioscina, haloperidol, midazolam, etc. Utilizada ampliamente entre los años 1940 y 1950, antes de la introducción de las canalizaciones venosas, todavía no es muy conocida a nivel de muchos profesionales de salud.

La aguja tipo mariposa #21 ó #23 es ideal aunque hay autores que emplean cánulas de teflón (3). La aguja se coloca habitualmente en la zona subclavicular o abdominal, pero también se puede utilizar la zona del deltoides. Siempre se respetan las preferencias del paciente. De rutina se colocan dos agujas, dejando una como alternativa para la administración de medicación o para el reemplazo, ante la posibilidad de remoción accidental de una de ellas. Las agujas pueden quedar colocadas varios días (hasta 15 días), siempre que sean cuidadas correctamente. En este sentido, es importantísima la educación familiar cuando se va a utilizar la técnica en domicilio. Una vez lograda, los familiares o amigos se involucran en la atención sin importar su nivel de escolaridad. La educación debe incluir el registro diario en un cuaderno de los ingresos y egresos de líquidos.

En cuanto al volumen de infusión, se establecerá de acuerdo a las necesidades del enfermo. Puede ser hecha en bolos de 500 cc o, si es necesario, en infusión continua, hasta 2000 cc día. Sin embargo, es preferible que el paciente y la familia tengan horarios de descanso y que ellos elijan la aplicación diurna o nocturna.

La infusión es de solución fisiológica o dextrosa al 5%, alternadamente. No se utiliza hialuronidasa por costosa y porque no es imprescindible excepto en una minoría

de pacientes con poca tolerancia a la distensión por los fluidos. Si se decide el agregado de este agente a las soluciones, son suficientes 150 unidades por litro. Salvo sangrado o inflamación, no hemos tenido complicaciones graves con esta técnica. Fainsinger y Cols relatan como causa de discontinuación de hipodermocclisis, el edema pulmonar, edema generalizado y reacciones alérgicas a hialuronidasa.

● PROCTOCLISIS

Es la administración de fluidos por vía rectal. Ha sido utilizada hasta 1930 y progresivamente abandonada luego del desarrollo de sistemas para administración endovenosa. Se indica en los casos en que no se deben utilizar agujas, tales como en inmunodeprimidos, en aquellos con trastornos de coagulación, edema, o en los que sufren reacciones locales debidas a irritación por drogas o por hipodermocclisis. Pero la causa más importante en nuestra realidad latinoamericana son los costos, el no necesitar de asepsia y la posibilidad de administración domiciliaria entrenando a la familia. Por otro lado, se puede emplear una solución fisiológica preparada en el domicilio, hirviendo un litro de agua con 9 gramos de sal de mesa (aproximadamente dos cucharadas soperas), situación que reduce significativamente los costos.

La proctocclisis puede ser instalada luego de una exhaustiva limpieza intestinal, colocando simplemente una sonda nasogástrica #22 por el recto, e introduciéndola entre 20 y 40cm. El recto tolera entre 150 y 400 cc/hora de infusión. El total de líquido por día puede ser un litro y repetirse a través del tiempo tantos días como sea necesario. En nuestro servicio, se mantuvo de manera confortable, con proctocclisis, a una paciente con cáncer de amígdala en afagia, durante tres meses.

Una vez infundido el líquido necesario, se retira la sonda, se la higieniza con agua y jabón, y se la seca para la próxima infusión. Se debe controlar pérdida de líquido por el recto, dolor abdominal o tenesmo, lo que hará disminuir la infusión al volumen tolerado. No debe efectuarse este abordaje en casos de incontinencia, patología orificial o tumores de colon.

Un estudio multicéntrico que comprendió 78 casos, en los que la duración de la proctocclisis fue de 15+8 días, mostró que las razones de suspensión fueron: muerte (n=60), rechazo a continuar por dolor abdominal (n=4), retorno a hidratación oral (n=6), y decisión de suspender la hidratación (n=8). Los principales efectos colaterales fueron detectados con volúmenes de infusión altos: efecto enema (n=9), pérdida de

Lecturas recomendadas

- 1_Bruera E, Pruvost M, Schoeller T, Montejó G, Watanabe S. (1998) Proctoclysis for hydration in terminally ill patients. *J Pain Sympt Manag*, 15(4). 216-219.
- 2_Bruera E, Schoeller T, Pruvost M. (1994) Proctoclysis for hydration of terminal cancer patients. *Lancet*, 344: 1699.
- 3_Fainsinger RL, MacEachern T, Miller MJ, Bruera E, Spachinsky K, Kuehn N, Hanson J. (1994) The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients. *J Pain Sympt Manag*, 9(5): 298-302.
- 4_Leguizamón M, Pruvost M, Palacios L, Palacios E, Foglia M, Verna N, Voluntariado de la Sección Dolor y Cuidados Paliativos. Visitas domiciliarias. *Boletín de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos. En prensa*
- Macmillan K, Buera E, Kuehn N, Selmser P, Macmillan A. (1994) A prospective comparison study between a butterfly needle and a Teflon cannula for subcutaneous narcotic administration. *J Pain Sympt Manag*, 9 (2): 82-84.
- 5_Steiner N, Bruera E. (1994) Methods of Hydration in Palliative Care Patients. *J Palliative Care*, 14(2): 6-13.

líquido (n=4), dolor durante la infusión (n=6) y dolor durante la inserción del catéter (n=5). El nivel medio de molestias, con una escala visual análoga de 0 a 100, fue 19+14. Sin embargo, cuando existe opción por otra vía, los pacientes no eligen proctoclysis, sobre todo los de sexo masculino. Esta técnica es muy sencilla: no necesita elementos estériles y puede ser aplicada por la familia, por lo que resulta extremadamente económica e indicada para nuestros países latinoamericanos.

CONCLUSIÓN

Si bien existen otras posibilidades de reposición de líquidos como, por ejemplo, la utilización de una sonda nasogástrica, puede ser discutible en el ámbito de los cuidados paliativos.

La gastrostomía o la yeyunostomía, se emplean para hidratar, alimentar y para administrar medicamentos o, eventualmente, como descarga, en pacientes con obstrucción intestinal para evitar la sonda nasogástrica. Lamentablemente, numerosos enfermos son sometidos todavía a estos procedimientos sin una adecuada explicación, y sin evaluar el contexto socioeconómico, lo que desencadena grandes angustias personales y familiares por la imposibilidad de acceder a fórmulas especiales, comercializadas, para alimentación.

Otro factor a considerar es que habitualmente hay rotación de la vía de administración de líquidos, acorde a la evolución. En un control de visitas domiciliarias, realizadas entre julio y diciembre de 2001 por nuestro servicio, se efectuaron 109 visitas a 34 pacientes. El número de visitas varió entre 1 y 6 (media =2). La hidratación se efectuó por vía oral en 27 (81%), subcutánea en 13 (39%), intravenosa en 5 (15%). Es de hacer notar que en 11 casos, se rotaron las vías, por lo que los porcentajes suman más de 100. Los cuidadores principales se distribuyeron así: El cónyuge en 11 (32,35%), hijos en 21 (61,76%) y otros en 8 (23,52%). Este último grupo fue constituido por varios cuidadores en algunos casos.

Resumiendo, la hidratación contribuye al confort de los pacientes y al efectivo control de síntomas. La posibilidad de empleo de las vías comentadas, nos permite una gran flexibilidad en el abordaje de este tipo de enfermos a bajo costo y en un entorno familiar.

13. HIPERCALCAMIA MALIGNA

Dr. JOHN J. FRANCO

Es la anormalidad metabólica más común en pacientes con cáncer que puede poner en peligro su vida. Las causas más comunes de hipercalcemia son malignidad e hiperparatiroidismo.

● **EPIDEMIOLOGÍA**

Las neoplasias mas frecuentemente asociadas con hipercalcemia son: seno, pulmón, hipernefroma, mieloma múltiple, escamocelulares de cabeza y cuello, esófago, tiroides. Los de origen ginecológico rara vez la producen.

● **FISIOPATOLOGÍA**

La neoplasias mas frecuentemente asociadas con hipercalcemia son: seno, pulmón, hipernefroma, mieloma múltiples, escamocelulares de cabeza y cuello, esófago, tiroides.

- 1) Proteína relacionada a paratohormona (PrPTH).
- 2) Reabsorción ósea de origen neoplásico.
- 3) Prostaglandinas osteolíticas (pulmón, riñón, ovario).
- 4) Factor activador de osteoclastos (mieloma múltiple).
- 5) Metabolitos activos de Vitamina D (linfoma de células T).

Para distinguir entre hipercalcemia por malignidad del hiperparatiroidismo primario se necesita medir los niveles séricos de PrPTH.

● **CLÍNICA**

Fatiga, anorexia,, náusea, polidipsia, constipación, debilidad muscular, letargia, apatía, hiperreflexia, coma. Arritmias cardíacas, intervalos QT corto, sensibilidad aumentada a la digital, intervalo PR prolongado, bradicardia, onda T ancha. La hipercalcemia se debe sospechar en todo paciente con cáncer que presente: deshidratación de difícil corrección, polidipsia, poliuria, alteración en el estado de la conciencia, vómito pertinaz que no se controla con antieméticos, insuficiencia renal aguda (IRA), acidosis tubular renal.

● LABORATORIO

Debe incluir nitrógeno ureico sanguíneo, creatinina, fósforo, EKG, calcio corregido o idealmente calcio ionizado. Calcio corregido = calcio sérico (4 – albúmina g/dl) x 0.8
PTHrP > 2 pmol/L es un marcador de hipercalcemia maligna.

● TRATAMIENTO

Debe orientarse teniendo en cuenta los siguientes factores:

- 1) Magnitud.
- 2) Estado clínico del paciente.
- 3) Extensión del tumor de base.
- 4) Duración y severidad del trastorno metabólico y síntomas.

Se debe recordar que lo ideal es tratar ONCOLÓGICAMENTE la neoplasia de base, lo cual la mayoría de las veces ya no es posible.

Medidas generales

- a) **Hidratación**_La solución salina normal isotónica reemplaza la pérdida de volumen intravascular y aumenta la excreción urinaria de calcio. La velocidad de la infusión depende del grado de deshidratación, de la magnitud de la hipercalcemia y de la capacidad del individuo de manejar la sobrecarga de fluidos. En general se necesitan 3 a 6 litros en 24 horas. Si ocurriese una sobrecarga, se administran diuréticos de ASA, los cuales contribuyen a la calciuresis. Se debe tener en cuenta el estado electrolítico del paciente y vigilarlo adecuadamente.

El uso de la hidratación sola corrige la hipercalcemia en menos del 30% de los pacientes, en otras palabras, disminuye el calcio en el mejor de los casos en 1.5 mg/dl como máximo. Por lo tanto, en casos severos como medida única no es lo más apropiado.

Otra medidas

Son más específicas y van dirigidas a la inhibición de la actividad osteoclástica, tales como el uso de bifosfonatos, calcitonina etc.

- a) **Calcitonina**_Hormona peptídica que regula el metabolismo del calcio, tiene una potente actividad inhibitoria osteoclástica y aumenta la calciuresis. Puede ser utilizada IM, SC, EV. Induce una rápida caída del calcio sérico con un nadir entre 12

y 24 hrs. Es un medicamento muy útil en situaciones de emergencia, pero puede presentar el fenómeno de "escape" con la administración continua (va perdiendo en pocos días su potencial terapéutico). Es efectiva entre el 60 y 80% de los pacientes; posee acción analgésica en dolor óseo por metástasis y su toxicidad incluye flushing facial, cólicos, náusea, vómito y, en ocasiones, anafilaxis cuando se usa la extraída del salmón. La dosis recomendada es de 3 a 6 microgr/kg/día.

- b) **Glucocorticoides**_Son útiles principalmente en hipercalcemias de neoplasias hematológicas, linfomas y mieloma múltiple. Actúan inhibiendo el crecimiento del tejido linfoide y parecen tener alguna acción en cáncer de seno hormono dependiente. La respuesta clínica se ve en varios días y puede durar hasta una semana.
- c) **Bifosfonatos**_Son análogos al pirofosfato, se unen a hidroxapatita en áreas de aumento de recambio óseo y posteriormente, inhiben la resorción osteoclástica y la disolución de cristales de hidroxapatita. Algunos tienen poca absorción gastrointestinal, vida media larga en hueso y se excretan sin cambios por el riñón.

El agente más comúnmente usado es el PAMIDRONATO, potente y de poca toxicidad. La dosis usual es de 90 mg endovenoso en 3hrs. En casos de mieloma deberá tenerse cuidado de nefrotoxicidad. Restaura la normocalcemia entre el 60 y 100% de los pacientes y sus efectos duran aproximadamente 4 semanas. Los efectos indeseables son aumento transitorio de aminotransferasas, flebitis, síntomas gastrointestinales leves, hipofosfatemia leve, hipomagnesemia y aumento de la temperatura en un grado centígrado.

El CLODRONATO en dosis de 500-1500 mg puede ser administrado por vía EV o SC. Tiene menor costo que el Pamidronato y sus efectos duran aproximadamente 3 semanas.

- d) **Ácido Zolendrónico (Zometa)**_Bifosfonato potente de nueva generación que contiene un segundo átomo de nitrógeno en anillo imidazol. Tiene potencia y propiedades farmacológicas superiores a otros bifosfonatos, y es superior en ensayos clínicos al pamidronato. La dosis es 4 mg en 15 min. en el paciente hidratado; si es refractario, se pueden prescribir 8 mg, pero no antes de una semana. Es un inhibidor efectivo de resorción ósea: se acumula en la matriz ósea mineralizada haciéndola más resistente a la disolución por osteoclastos.

Lecturas recomendadas

- 1_Body JJ, Baril R, Burckhardt P, et al. (1998) Current use of bisphosphonates in oncology. J Clin Oncol., 6:3890-3899.
- 2_Body JJ. (1998) Bisphosphonates. Eur J cancer. 34:263-269.
- 3_Mundy GR, Ibbotson KJ, D'Souza SM, et al. (1984) The hypercalcemia of cancer. Clinical implications and pathogenic mechanisms. N Engl J Med., 310: 1718-1727.
- 4_Rogers MJ, Frith JC, Luckman SP, et al. (1999) Molecular mechanism of action of bisphosphonates. Bone, 24 (suppl): 73s-79s.
- 5_Watters J, Gerrard G, Dodwell D. (1996) The management of malignant Hypercalcemia Drugs., 52: 837-848.

14. ASTENIA/FATIGA

Dr. EDUARDO BRUERA; Dr. LARRY DRIVER

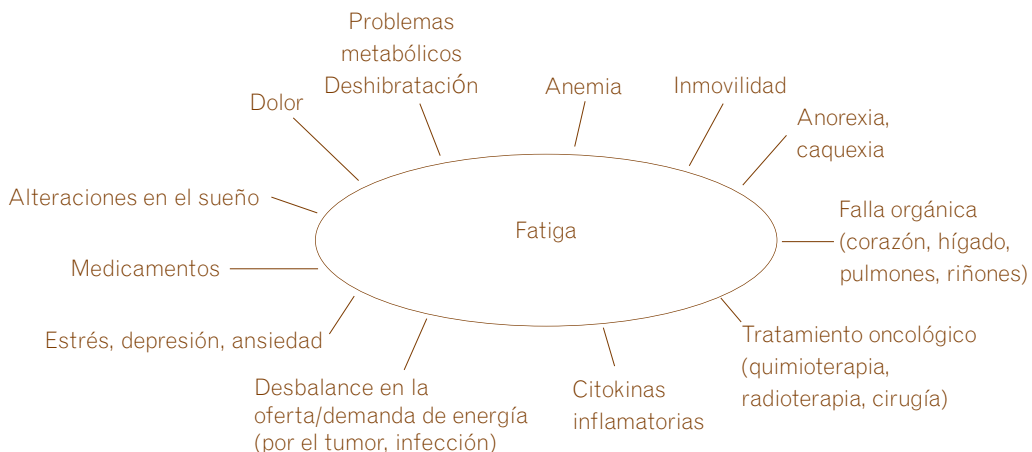
TRADUCCIÓN AL CASTELLANO: Dra. LILIANA DE LIMA

La astenia (fatiga) o el cansancio físico o mental que resulta del ejercicio es pasajera para la mayoría de las personas. Sin embargo; en pacientes con cáncer avanzado, la fatiga puede ser un síntoma severo que disminuye su capacidad mental o física y les impide funcionar normalmente.

En el contexto de otros síntomas que impactan al paciente con cáncer avanzado, el impacto de la fatiga resulta en pérdida de la energía, sensación de malestar, letargia, y disminución de la función mental que afectan profundamente la calidad de vida del paciente. Los pacientes pueden sentir fatiga tempranamente en el transcurso de la enfermedad e incluso a tener exacerbación del problema como consecuencia de los tratamientos. Casi todos los pacientes con cáncer avanzado van a experimentar fatiga, especialmente hacia los estadios finales con la progresión de la enfermedad. La prevalencia de fatiga puede también aumentar otros síntomas que afectan al paciente.

Igual que con otros síntomas en pacientes con cáncer avanzado, las causas de fatiga son multifactoriales y están interrelacionadas. Estas pueden incluir problemas relacionados al cáncer mismo, a los efectos colaterales de los tratamientos, a la toxicidad por los mismos, a desórdenes psicopatológicos de base y/o a otras causas (Ver Figura 1)

F1_Etiología Multifactorial de la Fatiga



● VALORACIÓN

La severidad de la fatiga puede ser medida en una escala de 0-10 (en donde 0 equivale a no fatiga y 10 equivale a la peor fatiga imaginable) o por otra escala de valoración numérica o verbal. La mejor evaluación de la fatiga es multidimensional y tiene en cuenta el impacto de la fatiga en las actividades, la funcionalidad y la calidad de vida del paciente. La valoración histórica incluye el curso de la fatiga, factores relacionados y su impacto en el paciente. Ciertamente los factores relacionados al cáncer y sus tratamiento deben ser tenidos en cuenta, así como otros factores fisiopatológicos sistémicos y el distrés psicológico. Los estudios de laboratorio y las imágenes diagnósticas deben estar basadas en indicadores derivados de la historia clínica del paciente y en los hallazgos durante el examen físico.

● TRATAMIENTO

Así como con otros síntomas problemáticos en cáncer avanzado, el manejo de la fatiga debe en lo posible estar encaminado a manejar etiologías de base así como la manifestación de otros síntomas por parte del paciente.

Paso 1: Maneje problemas de base:

- + Dolor (ver capítulo 6).
- + Depresión, ansiedad, estrés, alteraciones en el sueño (ver capítulo 16).
- + Hidratación (ver capítulo 12).
- + Anorexia y caquexia (ver capítulo 9).
- + Medicamentos: simplifique los regímenes.
- + Infección: prescriba los antibióticos indicados.
- + Anemia: transfunda al paciente concentrado de glóbulos rojos o administre eritropoietina 10,000 U SC 3 veces por semana como se indica.
- + Inmovilidad: prescriba actividad hasta donde sea tolerada y terapia física.

Paso 2: Administre agentes farmacológicos:

- + Acetato de megestrol y corticosteroides: existe evidencia confiable que el acetato de megestrol (160 mg tres veces por día) y el corticosteroide dexametasona (4-8 mg dos veces por día) pueden disminuir la fatiga en pacientes con cáncer avanzado.

- + Psicoestimulantes: los psicoestimulantes (ej: metilfenidato 5-10 mg en la mañana y 5-10 mg al mediodía) pueden ser útiles en el tratamiento de la fatiga relacionada con problemas concomitantes como la depresión, el delirio hipoactivo o somnolencia producida por opioides.
- + Antidepresivos: los inhibidores de la captación de serotonina o los antidepresivos tricíclicos pueden mejorar los niveles de energía en algunos pacientes con fatiga, aunque su beneficio aún no está comprobado.

● PERLAS PALIATIVAS

- + La fatiga es el síntoma universal en pacientes con cáncer avanzado.
- + El tratamiento de la fatiga en pacientes con cáncer avanzado puede ser más difícil que en pacientes en estadios tempranos de la enfermedad.
- + Los pacientes y sus familiares deben recibir educación sobre los efectos de la fatiga que se presenta en cáncer avanzado, ser estimulados a modificar los esfuerzos y las actividades y el descanso, así como aconsejados a optimizar la nutrición y la hidratación lo más temprano posible (ver gráfica anterior).
- + El tratamiento agresivo de síntomas concomitantes puede disminuir la fatiga.

Lecturas recomendadas

- Stone P, Richards M, Hardy J. *Fatigue in patients with cancer. European Journal of Cancer* 34(11), 1998
- Cella D, Peterman A, Passik S, et al. *Progress toward guidelines for the management of fatigue. Oncology* 12(11A), 1998.
- Portenoy RK, Itri LM. *Cancer related fatigue: Guidelines for evaluation and management. Oncologist* 4(1), 1999.

15. DISNEA

Dr. HUGO FORNELLS

● INTRODUCCIÓN

La disnea se puede definir como: la sensación subjetiva de falta de aire y percepción de un mayor trabajo respiratorio. Conviene diferenciar la disnea del simple aumento de la frecuencia respiratoria (taquipnea) o de la profundidad de los movimientos respiratorios (polipnea) que no siempre van acompañados de sensación de falta de aire y de trabajo ventilatorio aumentado.

Es importante mencionar aquí la definición de insuficiencia respiratoria. Esta se define como aquel estado o situación en el que los valores de la presión parcial de O₂ en la sangre arterial están disminuidos (menos de 60 mmHg) o los de la presión parcial de CO₂ están elevados (más de 50 mmHg). La insuficiencia respiratoria es un trastorno funcional del aparato respiratorio y puede cursar sin disnea, por ejemplo: intoxicación con ansiolíticos o barbitúricos.

Luego de las definiciones enumeradas debemos resaltar que disnea es una sensación subjetiva, desagradable que puede cursar con o sin taquipnea o polipnea, que se puede asociar o no a insuficiencia respiratoria y que lo inverso también es cierto; puede ocurrir taquipnea, polipnea o insuficiencia respiratoria sin disnea.

La disnea es un síntoma prácticamente universal en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca en estadio terminal y la presentan un 50% de pacientes con cáncer en general y hasta un 90 % de pacientes con cáncer de pulmón en etapa final de su enfermedad.

Causas de disnea

- + Insuficiencia cardíaca.
- + Derrame pericárdico.
- + Enfermedad de la neurona motora.
- + Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
- + Aflicción psicológico.
- + Tromboembolismo pulmonar (TEP).
- + Anemia.

- + **Cáncer:** puede producirse por efecto directo del tumor primario o metástasis en el pulmón, derrame pleural, síndrome de vena cava superior, linfangitis carcinomatosa, atelectasias, obstrucción traqueal, fístula traqueoesofágica. También como secundarias al tratamiento, podemos encontrar: fibrosis postactínica, postneumonectomía, fibrosis inducida por bleomicina, insuficiencia cardíaca por adriamicina. Puede ser ocasionada también por causas no debidas al tumor sobre el aparato respiratorio ni cardiovascular: anemia, caquexia, asictis, acidosis metabólica, fiebre, síndrome paraneoplásico muscular, TEP. Por último debemos recordar siempre que las aflicciones psicológicas (ansiedad, somatización) puede ser causa de disnea o de aumento de una disnea de causa orgánica. Es muy importante considerar siempre las causas probables de disnea o de su empeoramiento y preguntarse si no habrá una enfermedad intercurrente que esté agravando la patología de base.

● **EVALUACIÓN**

Al igual que con otros síntomas, el objetivo de la evaluación y del tratamiento de la disnea es conseguir que el propio paciente exprese la intensidad, y puede ser valorada utilizando escalas visuales análogas, numéricas y escalas verbales. La intensidad de la disnea es evaluada regularmente en algunas de la herramientas disponibles en cuidados paliativos como el ESAS (Edmonton Symptom Assesment System) o el STASS (Support Team Assesment Schedule). Algunos cuestionarios sobre calidad de vida, como el EORTC QL-30, han desarrollado módulos tales como el de cáncer de pulmón, que permite una evaluación más detallada de la intensidad de la disnea.

Ejemplo: Escala Visual Análoga (EVA) asociada a escala numérica de 0 a 10



(haga un círculo alrededor del número que mejor corresponda a la intensidad del síntoma)

Uno de los inconvenientes es que solo podemos medir la expresión de la intensidad de la disnea y ésta se puede correlacionar con un número de factores como son ansiedad, depresión, somatización, fatiga. Una evaluación multidimensional identificará factores que requieran según el caso terapia con opioides, antidepresivos, terapia ocupacional, etc.

● TRATAMIENTO

El tratamiento óptimo de la disnea estará enfocado a manejar las causas reversibles. Cuando esto no sea posible, se usarán métodos farmacológicos y no farmacológicos para *alivio de síntomas*.

1_ Tratamientos específicos

- + **Cáncer de pulmón o cáncer extrapulmonar con compromiso respiratorio**_Considerar siempre la probabilidad de una respuesta a tratamiento oncológico, sabiendo que existen mayores posibilidades de respuesta en pacientes con *performance status* (PS) bueno (0-1) y muy pocas posibilidades de responder a un tratamiento sistémico si el PS es 3 ó 4 (más del 50% del día en cama/postrado).
- + **Síndrome de vena cava superior**_Altas dosis de corticoides y radioterapia pueden producir un alivio espectacular de síntomas.
- + **Derrame pleural neoplásico**_La toracocentesis puede ser efectiva si no responde al tratamiento sistémico o si la respuesta esperable es lenta. Es necesario evaluar el sellado pleural con tetraciclinas o bleomicina.
- + **Derrame pericárdico neoplásico**_El tratamiento específico consiste en la creación quirúrgica de una ventana pericárdica. Se deben sopesar las ventajas sintomáticas y las molestias causadas por la operación.
- + **Insuficiencia cardíaca**: Tratamiento con fármacos que disminuyan la precarga y diuréticos.
- + **Tromboembolismo de pulmón**_Anticoagulación parenteral.
- + **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica**_Broncodilatadores y corticoides. En general, los pacientes portadores de cáncer de pulmón, cabeza y cuello han sido fumadores importantes y tienen una historia de EPOC, pudiendo beneficiarse con la terapia indicada para esta enfermedad.
- + **Infecciones**_Cuando el paciente terminal presenta una neumonía se deben evaluar las ventajas del tratamiento antibiótico o de solamente procurar el control sintomático si el paciente se encuentra en agonía.

2_ Tratamiento sintomático

El manejo sintomático de la disnea se basa en tres elementos principales: *oxigenoterapia, terapia farmacológica y medidas generales de apoyo*.

- + **Oxigenoterapia_** Idealmente debería administrarse oxígeno al paciente hipoxémico, ya que en pacientes sin hipoxemia no existiría ventaja en la administración de oxígeno sobre el suministro de aire. Una muestra de sangre arterial puede determinar una PaO_2 baja y ésta también se puede estimar por métodos no invasivos como la oximetría de pulso cutánea que nos indicará la saturación de la hemoglobina SaO_2 .

La administración de O_2 puede hacerse en forma continua. Habitualmente en pacientes EPOC se usa para evitar progresión de la hipertensión pulmonar y en algunos pacientes con cáncer que presentan severa insuficiencia restrictiva, por linfangitis por ejemplo. En estos casos y en el domicilio, se puede utilizar el concentrador de oxígeno que va filtrando el nitrógeno del aire. La administración intermitente de O_2 es más apropiada para el paciente con disnea ante la realización de movimientos o ejercicios, y se puede efectuar antes, durante o posteriormente al ejercicio.

Con respecto al flujo de oxígeno, en general no hay problemas, excepto el paciente EPOC severo, cuyo centro respiratorio ya no responde la hipercapnia y solo está estimulado por la hipoxemia; por lo tanto, no debería administrarse a más de 4l/min.

La vía de administración es también importante para confort. Si bien las máscaras son las que más se usan tradicionalmente, en caso de administración permanente las cánulas nasales son más cómodas.

- + **Terapia farmacológica_**

Opioides. Varios estudios han demostrado su beneficio en el control de la disnea. La dosis de inicio en pacientes que no hayan recibido opioides previamente podría ser de 5 mg de morfina cada 4 hs. Si recibía opioides para el dolor, se sugiere incrementar la dosis, para alivio de la disnea, en un 25% si es leve a moderada o 50% si es severa. En relación a pacientes no oncológicos portadores de EPOC, algunos trabajos no encontraron beneficio con los opioides, presentando efectos colaterales negativos. Los opioides nebulizados podrían reducir los efectos colaterales al suministrarse dosis menores, pero cuatro ensayos randomizados controlados no hallaron alivio de la disnea.

Psicotrópicos. A pesar que las benzodiacepinas son muy utilizadas en el alivio sintomático de la disnea relacionada al cáncer, no se han realizado ensayos clínicos controlados en pacientes con cáncer. En algunos pacientes las benzodiacepinas pueden ser utilizadas cuando la disnea se considera una manifestación somática de una crisis de pánico o cuando coexiste ansiedad severa.

Corticosteroides. Si bien algunos autores sugieren que estas drogas son efectivas en la disnea asociada a linfangitis carcinomatosa, no hay trabajos randomizados controlados que evalúen su rol en esta condición clínica. Los corticosteroides son usados frecuentemente en el síndrome de vena cava superior y son altamente efectivos en el broncoespasmo asociado a asma y EPOC. Se debe tener cuidado con el uso crónico, ya que existe evidencia de que inducen alteraciones funcionales y patológicas en muchos grupos musculares y pueden ser pronunciadas en el diafragma.

Broncodilatadores. Administrados por vía oral o nebulizados, los broncodilatadores son útiles para el manejo del broncoespasmo asociado con asma y EPOC. Como un gran porcentaje de pacientes con cáncer de pulmón tienen historia de tabaquismo y EPOC, se justifica evaluar la terapia con broncodilatadores. La aminofilina, teofilina y cafeína mejoran la contractilidad del diafragma en voluntarios normales y en EPOC. Debería evaluarse en ensayos clínicos prospectivos el efecto beneficioso que podrían tener estos fármacos sobre la contractilidad muscular respiratoria ante la presencia de astenia y debilidad muscular generalizada.

+ **Medidas generales de apoyo_**

Varias medidas de apoyo pueden utilizarse para el paciente y su familia. La comunicación adecuada con el paciente y la familia es un aspecto principal en cuidados paliativos. Disminuir la ansiedad y el miedo del paciente y de su familia es parte de la tarea que debemos realizar. Una manera de lograrlo es brindar un apoyo psicológico y permitir a los pacientes expresar sus miedos.

Es importante educar al paciente y a su familia para que puedan reconocer el tipo de maniobras asociadas con disnea episódica, para poder evitarlas. En esta área el *terapista ocupacional* puede cumplir un importante rol. Si la maniobra o acción que incrementa la disnea no se puede evitar, se podrá administrar una dosis extra de medicación sintomática (opioides) 30 a 45 minutos antes de la actividad que incrementa la disnea, por ejemplo antes de la movilización para la higiene.

Lecturas recomendadas

- 1_Anmedzai S. (1998)
Palliation of respiratory sympoms. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford En Doyle D., Hanks G, Mac Donald N. University Press: 583-616.
- 2_Bruera E. and Ripamonti C. (1998)
Dyspnea in patients with advanced cancer. En Berger A., Portenoy R, Weissman D. Principles and Practice of Supportive Oncology, Lippincott-Raven publishers: 295-308.
- 3_Ojeda Martín M, Navarro Marrero M. (1999) *Síntomas respiratorios.* En Gómez Sancho M. Medicina paliativa en la cultura latina. Editorial Aran: 723-730.
- 4_Ripamonti C., Fusco F. (2002) *Respiratory problems in advanced cancer.* Support Care Cancer 10: 204-216.
- 5_Ripamonti C. (1999)
Management of dyspnea in advanced cancer patients. Support Care Cancer 7:233-243.

La *kinesioterapia respiratoria* permitirá en algunos casos manejar más adecuadamente las secreciones. En pacientes con fatiga muscular respiratoria, las técnicas de ventilación con presión positiva continua o intermitente a través de máscaras faciales o nasales podrán formar parte del arsenal terapéutico.

En relación a *transfusión sanguínea*, sería lógico indicarla para aquel paciente no postrado, con cierta capacidad funcional, con nivel de Hb menor de 8g/dl, en quien clínicamente se considere que la anemia juega un rol en su disnea, fatiga y/o sensación de bienestar.

Últimos días: Insistiremos en que la única evaluación que podremos hacer con respecto de la expresión del síntoma es la subjetiva, es decir, la que el propio paciente puede hacer. Es importante que la familia observe que, a pesar de la taquipnea, el paciente refiere no estar agitado. En el enfermo en agónico, en estado de inconciencia, ya no habrá disnea, pero es éticamente aceptable tratarlo con anticolinérgicos como la l-hioscina para disminuir las secreciones y continuar con los opioides, en consideración a la familia.

CONCLUSIONES

La disnea es un síntoma de extrema importancia en cuidados paliativos por la alta incidencia y la aflicción que ocasiona en el paciente, la familia y sus cuidadores. En el paciente con enfermedad terminal múltiples causas pueden ocasionar disnea y muchos factores la pueden agravar. Es necesario realizar una evaluación multidimensional, conocer las medidas terapéuticas hoy disponibles y realizar una evaluación crítica de la literatura sobre el tema.

16. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES TERMINALES

Dr. HERNÁN G. RINCÓN; Dr. JUAN E. GÓMEZ; Dra. LILIANA DE LIMA

Los problemas emocionales pueden ser respuestas normales frente a eventos catastróficos como el diagnóstico y la evolución de un cáncer. Aunque la mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan bien a las situaciones, existe un grupo que presenta síntomas depresivos y/o ansiosos que interfieren con el tratamiento, la recuperación y la calidad de vida.

● DEPRESIÓN

En cuidado paliativo, la depresión es reconocida como uno de los problemas de salud más comunes con prevalencias que varían del 5 al 40%. Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo de síntomas depresivos: adulto joven (metas no realizadas, vida truncada), bajo apoyo social (emocional y logístico), alta discapacidad física, dolor (directamente y por aumento de discapacidad) y otros factores como: lesión directa al Sistema Nervioso Central, hipercalcemia, trastornos neuroendocrinos, desnutrición, infecciones, medicamentos y reacciones inmunológicas.

El diagnóstico de depresión es difícil de realizar en pacientes terminales. La tristeza y el duelo manifestados son respuestas esperadas después del diagnóstico y en diferentes momentos de la evolución de la enfermedad hasta los estadios terminales. Adicionalmente los signos físicos de la depresión (fatiga, anorexia, alteraciones del sueño, etc.) pueden ser atribuibles tanto al cáncer como a los medicamentos utilizados. El diagnóstico se realiza siguiendo los criterios del DSM-IV, sin embargo, algunos síntomas pueden perder validez por ser poco específicos en esta población. Dentro del proceso de tamizaje y diagnóstico, algunas escalas como el PRIME MD (sigue los criterios del DSM-IV) y el HADS (mide ansiedad, depresión y estrés global) pueden ofrecer un parámetro objetivo para seguimiento. Sin embargo, nada reemplaza una buena historia clínica y un examen físico detallado, incluyendo una única y simple pregunta: "¿Se ha sentido recientemente deprimido, con desesperanza o decaído?".

Paso 1: Prevención

- + La evaluación y el seguimiento inicial son ideales para prevenir una depresión.
- + Manejo escalonado de las malas noticias.
- + Educación al paciente y a la familia.
- + Brindar apoyo con esperanzas realistas.

Paso 2: Evaluación inicial

- + Evaluar el manejo del duelo en el paciente y la familia.
- + Identificar episodios previos de depresión u otro trastorno mental.
- + Antecedentes familiares de depresión, suicidio u otra enfermedad mental.
- + Evaluar problemas de temperamento: nerviosismo, inestabilidad, rebeldía, mal humor, etc.
- + Historia de uso o abuso de sustancias (cuestionarios: CAGE, TWEAK, etc.).
- + Registrar antecedentes de somatización.
- + Preguntar directamente al paciente sobre ideas o intentos suicidas.
- + Descartar delirio (CAM: Confusion Assessment Method).
- + Niveles de depresión (PRIME MD, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale).

Paso 3: Facilitar la comunicación

- + Disponer de suficiente tiempo para que el paciente exprese sus sentimientos en relación a lo que está ocurriendo.
- + Realizar evaluaciones de seguimiento más frecuentes en pacientes más frágiles (se prefieren a las evaluaciones más largas y menos frecuentes).
- + Reunirse en un entorno adecuado (por ej: paciente cómodo, acompañado).
- + Suministrar información de manera directa y con lenguaje médico sencillo.
- + Responder a las emociones del paciente con empatía.
- + Reconocer la necesidad de obtener un balance entre decir la verdad y suministrar esperanza en el paciente.
- + No ofrecer posibilidades irreales al paciente.

Paso 4: Intervenciones psicológicas específicas

- + Los pacientes y sus familiares que presenten síntomas o signos que interfieran con el tratamiento o la calidad de vida, son susceptibles de intervenciones psicológicas.

- Fluoxetina 10 – 20 mg / día
- Paroxetina 10 mg / día
- Sertralina 20 mg / día
- Venlafaxina 37.5 mg / día
- Bupropión 200 mg / día
- Trazodona 150 mg / día
- Mirtazapina 15 mg / día
- Metilfenidato 5 – 10 mg en la mañana y 5 mg en la noche

+ Los efectos adversos determinan con frecuencia cuál antidepressivo usar:

- Antidepressivos tricíclicos: efectos anticolinérgicos (boca seca, retención urinaria y constipación), taquicardia, arritmias, hipotensión (bloqueo α -1), sedación y somnolencia (bloqueo antihistamina H1).
- Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS): aumento de la motilidad intestinal, insomnio, cefalea y disfunción sexual, temblor, mareo, acatisia.
- Venlafaxina: Náusea, incremento de las cifras de presión arterial.
- Bupropión: disminuye el umbral convulsivo.
- Trazodone: hipotensión postural (bloqueo α -1), priapismo.
- Mirtazapina: sedación, aumento de peso.
- Psicoestimulantes: hiperestimulación, ansiedad, insomnio, paranoia, confusión.

● ANSIEDAD

La ansiedad en pacientes con cáncer puede estar presente antes del diagnóstico. El diagnóstico puede desencadenar preocupaciones anticipadas hacia la evolución de la enfermedad, el tratamiento y eventuales complicaciones asociadas a la pérdida progresiva de autonomía que antecede la muerte. Diversos factores que predisponen a la ansiedad incluyen trastornos de ansiedad previos: dolor no manejado o controlado, medicamentos (esteroides, antieméticos, anticolinérgicos, opioides, benzodiacepinas, broncodilatadores, psicoestimulantes), supresión de drogas (opioídes, benzodiacepinas, alcohol), condiciones patofisiológicas (hipoxia, insuficiencia cardiorrespiratoria, hipoglicemia, hipocalcemia, hipertiroidismo, trastorno electrolítico, sepsis). En el estudio PSYCOG de prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer, se encontró una prevalencia de trastornos de ansiedad del 21%.

Los trastornos de ansiedad pueden ser cognitivos o somáticos. Los síntomas más llamativos son los somáticos, que incluyen taquicardia, diaforesis, disnea, molestias gastrointestinales, náuseas y vómito. La pérdida del apetito, disminución de la libido y el insomnio son igualmente frecuentes, como también la hiperactividad y la irritabilidad.

1_Evaluación

Interrogar al paciente sobre:

- + Manejo del duelo, síntomas físicos molestos o problemas con los medicamentos.
- + Estrés psicosocial y otros posibles estresores.
- + Experiencias previas de ansiedad y problemas de temperamento.
- + Preocupación sobre la condición actual y pronóstico. Fobias asociadas al tratamiento y síntomas de estrés postraumático.

En el examen físico buscar:

- + Apreensión, temblor, agitación, temor, inatención.
- + Diaforesis, palidez o enrojecimiento facial.
- + Hipertensión, taquicardia, taquipnea.

2_Manejo

- + Tratamiento de problemas físicos de base y suspensión de los medicamentos implicados.
- + Evaluar y tratar de manera agresiva el dolor.
- + Brindar apoyo y seguridad, permitir al paciente expresar sus sentimientos y pensamientos acerca de la situación y ofrecerle información útil.
- + Entrega escalonada de las malas noticias.
- + Descartar depresión mayor.
- + Psicoterapia de apoyo y terapia conductual.
- + Sugerir técnicas de relajación.
- + Utilizar de manera correcta los medicamentos ansiolíticos:
 - Alprazolam 0.75 mg / día
 - Diazepam 5 - 10 mg / día
 - Clonazepam 0.5 - 1 mg / día
 - Triazolam 0.25 – 0.5 mg / día

Lecturas recomendadas

1. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. (1997) "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154: 674 – 676.
2. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J et al. (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249: 751 – 757.
3. Driver LC, Bruera E. (2000) The MD Anderson Palliative Care Handbook; 13: 87 – 93.
4. Goldberg RJ, Mor V. (1985) A survey of psychotropic use in terminal cancer patients. *Psychosomatics*, 26: 745 – 751.
5. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi C, Balkin S, Siegel A, Horwitz R. (1990) Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. *Annals of Internal Medicine*, 113:941-948.
6. Massie MJ, Holland JC. (1987) Consultation and liaison issues in cancer care. *Psychiatric Medicine*, 5: 343 – 359.
7. Payne DK, Massie MJ. *Diagnosis and Management of depression in palliative care Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine.. Oxford ed, 2000. Chapter 3, 25 – 50.*
8. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. (1999) Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study. *JAMA.*, 282:1737-1744.

- Hidroxicina 30 - 150 mg / día
- Difenhidramina 75 - 225 mg / día
- Haloperidol 1 - 2 mg / día
- Tioridazina 30 – 150 mg / día
- Zolpidem 20 mg / día

3_Información clave

- + Los trastornos depresivos son difíciles de diagnosticar en pacientes con cáncer debido a la multiplicidad de síntomas relacionados entre ambas patologías.
- + Cerca del 10% de los pacientes con cáncer presentarán un trastorno depresivo mayor que afectará de manera importante su desempeño.
- + La comunicación y el apoyo son la piedra angular del tratamiento antidepresivo y es a menudo complementado con la farmacoterapia.
- + Un paciente triste, hipoactivo, con aparente ánimo depresivo, puede cursar un delirio hipoactivo que puede fácilmente confundirse con un trastorno depresivo.
- + Los psicoestimulantes de acción rápida son útiles como antidepresivos en pacientes terminales. Sin embargo, los psicoestimulantes deben utilizarse primero como prueba para evaluar posibles efectos adversos y, si se utilizan, se deben dar temprano en la mañana para prevenir el insomnio.
- + Los psicoestimulantes están contraindicados en delirio hiperactivo y ansiedad severa.
- + Al igual que con los trastornos depresivos, la ansiedad debe evaluarse y tratarse desde el inicio con terapia de apoyo y farmacológica.
- + Los psicofármacos deben utilizarse con precaución debido a la posibilidad de interacciones medicamentosas con otros medicamentos utilizados y a los posibles efectos adversos.

17. DELIRIO

Dr. GUSTAVO MONTEJO

Los trastornos de la conciencia son complicaciones frecuentes del cáncer en fase avanzada. Hasta un 80% de los pacientes terminales con cáncer desarrollarán confusión en las últimas semanas de vida. Un porcentaje pequeño, pero significativo, desarrolla confusión en fases más tempranas de la enfermedad. Del 30 al 50 % de los episodios son reversibles. Los pacientes con estados confusos tienen una supervivencia más breve. La confusión dificulta la valoración del dolor y de los síntomas y es una causa común de malestar para los pacientes, las familias y los cuidadores.

El *Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría, cuarta edición (DSM-IV), divide los trastornos de la conciencia en las siguientes subcategorías:

- 1) Delirio, demencia, amnesia y otros trastornos de la conciencia.
- 2) Alteraciones mentales debidas a una condición médica (incluyendo trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, y cambios de personalidad debidos a una condición médica general).
- 3) Trastornos relacionados al uso de sustancias.

Aunque todos esos síndromes pueden ser observados en el paciente con enfermedad avanzada, el delirio ha recibido mayor atención.

● DELIRIO

El delirio ha sido definido como una disfunción cerebral de etiología inespecífica caracterizado por alteraciones concurrentes del nivel de conciencia que involucran la atención, el pensamiento, la percepción, la memoria, la conducta psicomotora, la emoción y el ciclo de sueño y vigilia. Otros hallazgos críticos incluyen la desorientación, el comienzo abrupto y la fluctuación de los síntomas con aumentos y disminuciones.

Clasificación del delirio

Tres variantes de delirio han sido descritas:

- 1) *Hiperactivo-hiperalerta*_confusión con agitación, con o sin alucinaciones, con o sin mioclonias y con o sin hiperalgesia.
- 2) *Hipoactivo-hipoalerta*_confusión con somnolencia, con o sin ensimismamiento.
- 3) *Mixto*_hallazgos de ambos.

● **DELIRIO Y DEPRESIÓN**

El delirio, particularmente en su forma temprana o en su forma hipoactiva puede confundirse con depresión. Los pacientes con delirio pueden mostrar un nivel de alerta disminuido o parecer ensimismados, como si presentaran síntomas de depresión. En estos casos, puede darse un tratamiento antidepresivo inapropiado. Debemos considerar lo siguiente:

- 1) El delirio es más frecuente que la depresión en enfermos con cáncer avanzado.
- 2) El delirio temprano o hipoactivo puede ser mal diagnosticado como depresión, teniendo por consecuencia un tratamiento inapropiado.
- 3) Un mal diagnóstico de depresión por delirio puede disminuir si se tiene un alto grado de sospecha, y si se usan de manera regular pruebas como el Examen de Estado Minimental (EEMM).

● **DELIRIO Y DEMENCIA**

En ocasiones es difícil diferenciar el delirio de la demencia, ya que frecuentemente comparten hallazgos clínicos como alteraciones en la memoria, pensamiento, juicio, y desorientación. La demencia aparece en individuos relativamente concientes con poca o nula alteración del estado de alerta. El comienzo es más subagudo o crónicamente progresivo en la demencia y el ciclo de sueño-vigilia está menos afectado. Destacan en la demencia las dificultades en la memoria de corto y largo plazo, alteraciones en el juicio y en el pensamiento abstracto, así como en las funciones corticales superiores (afasia y apraxia).

El EEMM es una herramienta útil para determinar la falla cognitiva, pero no distingue entre delirio y demencia. El EEMM proporciona una evaluación cuantitativa del estado cognitivo y la capacidad de un paciente, y es una medida de la severidad del daño cognitivo. Es también más sensible para demencias corticales tales como la enfermedad

de Alzheimer. El EEMM tiene cinco áreas cognitivas generales, que incluyen orientación, registro, atención, cálculo, recuerdo y lenguaje.

El delirio, a diferencia de la demencia, es un proceso que puede ser reversible, aun en la enfermedad avanzada.

Delirio en los últimos días de vida

El delirio en las últimas 24 a 48 horas de vida puede no ser reversible y requerir sedación. Esto puede deberse a que en las últimas etapas ocurre un fallo orgánico múltiple.

Etiología del delirio

Con frecuencia, la causa de la confusión es multifactorial y, ocasionalmente no se identifica ninguna causa específica. Pero esto nunca debe impedir la búsqueda de las causas subyacentes, ya que un número significativo de casos son reversibles. Las causas más frecuentes de delirio en cuidados paliativos son:

- 1) Medicamentos (opioides, psicofármacos).
- 2) Infección sistémica.
- 3) Alteraciones metabólicas (calcio, sodio, urea).
- 4) Invasión del CNS.

El fallo de un órgano vital es un motivo frecuente de cambio cognitivo en pacientes con enfermedad avanzada. La elevación de la uremia y la disfunción hepática pueden producir una disminución del nivel de conciencia que alcanza el coma. El compromiso respiratorio por la propia extensión del tumor, o por una fibrosis inducida por quimioterapia, produce a veces cuadros confusionales por la hipoxia. La hiponatremia puede producir un cuadro de fatiga y alteraciones de la percepción y de la memoria.

La hipercalcemia es una situación metabólica frecuente en los tumores. Los niveles de calcio en la sangre entre 12 y 16 mg/dl se asocian con síndromes afectivos que clínicamente cursan con apatía, enlentecimiento cognitivo y depresión. Cuando la calcemia está entre 16 y 19 mg/dl, lo que aparece es un *delirium*. Niveles por encima de 20 mg/dl llevan al paciente al coma (ver capítulo Hipercalcemia).

Muchos agentes antineoplásicos atraviesan la barrera hematoencefálica y son capaces de producir cuadros neuropsiquiátricos. Los que se hallan implicados con mayor frecuencia son: metrotexate, 5-fluoracilo, alcaloides de la vinca, bleomicina, cisplatino, L-asparaginasa y procarbacina.

La interleuquina-2 puede producir un cuadro de deterioro cognitivo, desorientación, confusión y enlentecimiento mental, eventualmente con alucinaciones visuales. El interferón puede producir un síndrome gripal que a veces se acompaña de francos trastornos psicóticos y afectivos cuanto más elevada sea la dosis administrada.

Esta comprobado que un incremento de un 30% en la dosis habitual de un opioide, administrado para controlar dolor, produce un defecto cognitivo significativo medible a los 45 minutos de la administración de la dosis, defecto que según los pacientes puede persistir incluso una semana.

Se han descrito casos de alucinaciones orgánicas en pacientes tratados por dolor con altas dosis de opioides, que desaparecieron tras cambiar el opioide causal y administrar Haloperidol.

Entre los fármacos que pueden ocasionar delirio se encuentran: opioides, barbitúricos, benzodiazepinas, diuréticos, beta bloqueadores, atropínicos, antidepresores, indometacina, fenotiazinas, digitálicos, esteroides, cimetidina, antidiabéticos orales, ácido valproico, fenitoína.

Otras causas de delirio pueden ser infecciones, sepsis, lesión craneal por secundarismo o tumor primario, hematoma subdural.

● MANEJO DEL DELIRIO

- + **Investigar las causas**_Los procedimientos para investigar las causas del delirio pueden ser inapropiados para el paciente por lo avanzado de la enfermedad o por encontrarse en domicilio. Muchas veces los hallazgos pueden ser intratables (falla hepáticos o metástasis cerebrales), mientras que en otros las causas pueden ser reversibles (hipercalcemia).
- + **Tratar los factores desencadenantes**_El manejo de líquidos y electrolitos es aconsejable entre las medidas que ayuden a reducir la ansiedad y la desorientación, pueden incluirse un cuarto cómodo -con un reloj y un calendario- y la presencia de la familia.
- + **Rotar opioides en caso necesario**
- + **Suspender medicamentos que puedan ocasionarlo**_Suspender benzodiazepinas, corticoes-teroides, tricíclicos y toda otra droga que pueda ocasionarlo.

Manejo sintomático

El haloperidol, un agente neuroléptico que potente como bloqueador de receptores dopamina, es la droga de elección en el tratamiento del delirio. En dosis de 2 mg resulta efectivo en el control de la agitación, la paranoia y el miedo. De manera usual, se administran 2 mg de haloperidol (vía oral, intravenosa, intramuscular o subcutánea) en dosis repetidas, cada 60 minutos hasta controlar los síntomas. Utilizar la vía intravenosa puede facilitar el rápido comienzo de la acción del fármaco. Si no se accede a la vía intravenosa, se puede usar la vía subcutánea o intramuscular y luego conectar la vía oral en cuanto sea posible. Las dosis parenterales son aproximadamente dos veces más potentes que las orales. En general, las dosis de haloperidol no exceden los 20 mg en 24 hrs.; sin embargo, hay quienes administran hasta 250 mg en 24 horas en determinados casos.

En casos de delirio agitado, el midazolam en dosis de 30 a 100 mg, en infusión continua intravenosa o subcutánea durante, 24 horas puede controlar la agitación, sobre todo en las etapas terminales. El objetivo en este caso es la sedación clara del paciente. El haloperidol es efectivo en disminuir la agitación, aclarar el sensorio y mejorar la conciencia en el paciente con delirio. Sin embargo, esto no es siempre posible en los últimos días de vida, ya que los procesos causales del delirio pueden ser irreversibles.

- + **Nuevos antipsicóticos disponibles.** Nuevos antipsicóticos con menores efectos bloqueadores dopa han sido poco estudiados en el paciente con delirio. La risperidona y olanzapina tienen menos efectos extrapiramidales y son una buena alternativa para el mantenimiento crónico en pacientes que necesitan mantener la medicación más allá del período agudo.

Lecturas recomendadas
 1_Breitbart W., Chochinov M., Passik S. (1998) *Psychiatric aspects of palliative care. In Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D., Hanks W.C.G. and MacDonald N. (eds)., Oxford, Oxford University Press:933-951*
 2_Navarro M. (1999) *Trastornos neropsiquiátricos: confusión, ansiedad, depresión. En Gómez Sancho Marcos. Medicina paliativa en la cultura latina. España, Aran Ediciones: 743-751*

18. SITUACIONES URGENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

Dra. M. ANTONIETA RICO PAZOS; Enf./Licda M. ALEJANDRA CURA CAPURRO

● INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos desplegados para el control continuo de los síntomas en cuidados paliativos, existen situaciones inesperadas que representan un gran impacto para el paciente y sus familiares. Considerar las posibilidades que tiene el paciente de presentar una urgencia y definir de antemano un protocolo adecuado para su enfrentamiento, facilitará la resolución eficiente y rápida del problema.

Las situaciones de urgencia se podrían clasificar en tres áreas: *físicas o somáticas* (metabólicas, neurológicas, respiratorias, hemorrágicas etc), *neuropsiquiátricas* (delirio agitado) y *psicosociales*. En este capítulo se abordarán las físicas o somáticas. Para las otras áreas, ver los capítulos correspondientes (Delirio 17, Ansiedad y depresión 16, Duelo 4, Comunicación con el paciente y la familia 3).

● FÍSICAS O SOMÁTICAS

1_Metabólicas

a.Hipercalcemia_Es la urgencia metabólica más grave asociada en general a cáncer avanzado de próstata, riñón, mama, pulmón y mieloma. La mayoría de los casos incluye metástasis óseas, y el aumento del calcio sérico sería secundario al aumento de la reabsorción ósea con liberación de calcio a la circulación sistémica. Estos procesos son mediados por citoquinas, interleuquinas y otros mediadores tumorales Clínicamente se define cuando el aumento del calcio sérico supera los 10.8 mg/dl.

Síntomas más frecuentes:

- + Con aumentos moderados del calcio: astenia, anorexia, letargia, constipación, dolor abdominal.
- + Con aumento severo del calcio: náuseas y vómitos, íleo, polidipsia, poliuria, confusión, compromiso de conciencia, convulsiones, bradiarritmias, alteraciones del ECG.

Tratamiento (sobre 12.5 mg/ml, paciente hospitalizado)

- + Hidratación generosa con suero salino isotónico 4-5 litros en 24 hrs., según tolerancia.
- + Furosemida 40-60 mg/día. Este manejo requiere monitorización de PVC y electrolitos plasmáticos.
- + Calcitonina: 8 UI/kg c/6 hrs. Vía subcutánea (rápida pérdida del efecto).
- + Bifosfonato: (clodronato y pamidronato). Son los fármacos más efectivos en el control de la hipercalcemia con acción específica sobre los osteoclastos.
 - Clodronato: dosis 500-1500 mg disueltos en 500 cc de suero salino al día. Vía endovenosa o subcutánea.
 - Pamidronato: dosis 30 – 90 mg en perfusión endovenosa (irritante por vía subcutánea) de 2 horas de duración por 1 vez (tiene mejor perfil de efectos secundarios).

● **NEUROLÓGICAS****2_Compresión medular**

- + **Definición**_compresión de la médula espinal por crecimiento del tumor primario o de metástasis que puede conducir a lesiones neurológicas irreversibles. La gran mayoría de las lesiones son extradurales y con gran frecuencia del segmento de la médula torácica, lo que puede provocar un grave déficit sensorial, motor y esfinteriano infralesional. El diagnóstico precoz es fundamental para evitar mayor daño neurológico (paraplejía y compromiso esfinteriano). Generalmente se produce por progresión de metástasis en vértebras torácicas a partir de un cáncer de pulmón, mama o próstata.
- + **Diagnóstico**_se sospecha ante el dolor intenso, dolor toraco-lumbar en ocasiones de tipo radicular con o sin déficit neurológico, manifestado con debilidad de extremidades y pérdida de sensibilidad.
- + **Evaluación**_La R.N.M. (Resonancia Nuclear Magnética) es el examen más adecuado para comprobar el diagnóstico clínico.

Tratamiento

- + Dexametasona 10 a 20 mg seguido de 4 mg c/6 hrs., por vía endovenosa o subcutánea para controlar el edema medular.

- + Morfina en dosis necesarias para analgesia por vía subcutánea o EV.
- + Referir el paciente precozmente a un centro especializado para urgente resolución quirúrgica o radioterapia paliativa, según proceda.
- + Radioterapia paliativa como indicación urgente.
- + Laminectomía descompresiva si a pesar de las medidas anteriores, progresa el deterioro neurológico.

● RESPIRATORIAS

1_ *Disnea aguda o sofocación*

- + **Definición**_sensación de falta de aire acompañada de sensación de angustia y a veces de muerte inminente provocada por una aguda dificultad en la mecánica respiratoria o el intercambio gaseoso a nivel pulmonar.

- + **Tratamiento**
 - Cuando existe una causa específica, el tratamiento debe orientarse hacia su resolución, utilizando el drenaje de un derrame pleural masivo o un neumotórax a tensión, por ejemplo. En el caso de una ascitis severa, una paracentesis con una aguja de teflón 14 permite extraer un volumen de 3 ó 4 litros en forma rápida, seguida de un drenaje posterior más lento, que alivie el apremio respiratorio.
 - Medidas generales: en posición semisentada, con ropa suelta, compañía permanente y aire fresco sobre el rostro, inducir una relajación y brindar oxigenoterapia húmeda (solo si hay hipoxemia) sedación con opioides.
 - Dexametasona 4 mg EV/SC. cada 6 hrs. Es beneficioso cuando existe linfangitis carcinomatosa.
 - Morfina 5, 10 ó 15 Mg EV/SC. según situación individual cada 4 hrs. (disminuye la percepción subjetiva del síntoma). La morfina nebulizada está siendo objeto de estudios actualmente para determinar su eventual ventaja sobre las otras vías de administración.
 - Manejo de la ansiedad con benzodiacepinas: Lorazepan 2 mg sublingual, Alprazolam 0.5 a 1 mg o Diazepam 5 a 10 mg repitiendo en lapsos variables según situación del paciente.

2_ *Síndrome de Vena Cava Superior*

La vena cava superior efectúa el drenaje venoso de la cabeza, cuello, tercio superior del tórax y extremidades superiores. Es fácilmente compresible externamente en la región del mediastino por tejido tumoral y muchas veces presenta una obstrucción trombótica. El flujo venoso se desvía entonces por otros sistemas, lo que produce los signos clínicos característicos (circulación colateral subcutánea).

La causa más frecuente es el cáncer pulmonar de células pequeñas, linfomas, timomas y metástasis mediastínicas. Los signos y síntomas más importantes son edema de cara, cuello y regiones supraclaviculares, congestión craneofacial y cianosis, ingurgitación yugular y circulación colateral toracobraquial, somnolencia, cefalea y disnea.

Tratamiento:

- + Posición confortable.
- + Oxigenoterapia según parámetros clínicos y gasometría.
- + Corticoterapia en altas dosis (dexametasona 10-20 mg./día.)
- + Diurético (furosemida 40 mg./día).
- + Sedación según situación individual.
- + Radioterapia o quimioterapia paliativa como indicación urgente, según corresponda.

3_ *Hemorragia masiva*

Es la situación más angustiante, sobre todo en el domicilio. Como ejemplos destacamos: sangramiento carotídeo en pacientes con tumores de cabeza y cuello operados y sometidos a radioterapia, desgarrar arterial por úlceras malignas de ingle y axila, sangrado vaginal masivo por cáncer cervicouterino, hematemesis en cáncer gástrico ulcerado y hemoptisis masiva.

Tratamiento:

- + Advertir a la familia de la posibilidad de sangramiento con anticipación.
- + Disponer de toallas o sábanas de color oscuro para taponamiento y compresión local (disminuye el impacto visual).
- + Compañía permanente.
- + La reposición de volumen dependerá de la severidad del sangrado y del pronóstico vital del paciente.

- + Sedación con midazolam o lorazepam. Dosis según evolución de la situación.
- + Ácido tranexámico 500 mg a 1 gr. cada 6 hrs. Puede prevenir sangrado por su efecto antifibrinolítico.

COMENTARIO FINAL

Las situaciones urgentes –y eventuales– en cuidados paliativos serán menos frecuentes y más manejables si, conociendo la condición particular de ese enfermo, se han discutido previamente con la familia.

Asegurar un acceso real y disponible al equipo de cuidados paliativos, al menos por contacto telefónico, ayuda en gran medida la control de las emergencias.

Tener definido de antemano criterios de hospitalización y protocolos de enfrentamiento de las urgencias, facilita minimizar el impacto de estas situaciones sobre el enfermo y su familia.

Lecturas recomendadas

- 1_Doyle D, Hanks G, MacDonald N. (1995) Oxford Textbook of Palliative Care. Ed Oxford University Press.
- 2_Driver L, Bruera E. (2000) The MD Anderson Palliative Care Handbook. Ed Printing Service U. Texas Health Science Center at Houston, U.S.A.
- 3_Gómez Sancho M. (1999) Medicina paliativa en la cultura latina. Aran Ediciones.
- 4_X.Gómez B., J.Planas D., J.Roca C.P. Viladiu Q. (1996) Cuidados paliativos en oncología. Ed.Jims, Barcelona.

19. VALORACIÓN DE SÍNTOMAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Dra. VERÓNICA DUSSEL

● INTRODUCCIÓN

No es posible “ver” un síntoma: no se ve el daño tisular, ni la percepción del dolor, ni el “ahogo” de la disnea. Lo único que observamos es el conjunto de conductas que expresan el sufrimiento en los pacientes y, por ello, resulta difícil valorarlos. Más aún cuando se trata de niños y niñas.

El hecho de medir la experiencia subjetiva de otra persona pone en juego la propia subjetividad del evaluador: sus creencias respecto de la existencia de síntomas en la infancia, sus prejuicios acerca de la intensidad de los mismos, su experiencia previa personal o profesional, sus conocimientos y el análisis que hace del paciente intervienen en la interpretación que el investigador o profesional hará de los síntomas. Ello da lugar a una considerable variabilidad en las interpretaciones, lo que a su vez determina un amplio rango de tratamientos.

Si se tiene en cuenta que niños y niñas todavía sufren dolor, náuseas, disnea y otros síntomas a pesar de las estrategias terapéuticas que permitirían aliviarlos, se entiende la importancia de homogeneizar el proceso de evaluación. Un proceso de valoración sistemática mejora la atención del paciente al normar la toma de decisiones y aumenta el conocimiento epidemiológico y clínico de los síntomas.

● CONCEPCIONES BÁSICAS

1_ Los síntomas son siempre subjetivos_ El síntoma es una eferencia, una construcción del sistema nervioso central que surge luego de una compleja interacción entre infinidad de factores: el daño tisular, mecanismos neuro-inmuno-endocrinológicos, la percepción del entorno, la edad del niño o niña, su nivel cognitivo y de aprendizaje, la familia, las experiencias previas, la cultura, etc. Por lo tanto, cuando se valora un síntoma lo que se mide es la experiencia subjetiva de otra persona, es decir, una realidad que únicamente ella experimenta y puede enunciar.

2_ Los niños y niñas presentan síntomas_ Así como las vías nociceptivas están desarrolladas desde la vigésima semana de gestación, el resto de las estructuras básicas

necesarias para percibir los otros síntomas están presentes desde el nacimiento, por lo que, al igual que los adultos, *los niños y niñas tienen síntomas*. A diferencia de los adultos, existen pocos estudios epidemiológicos que reporten frecuencia u otros atributos de los síntomas de enfermedades que amenazan o limitan la vida.

Los trabajos descriptivos publicados muestran una gran variabilidad respecto de la metodología de evaluación, a la ocurrencia de los síntomas en general y a sus frecuencias relativas.

3_ Los síntomas en los niños y niñas son medibles_A partir de los dos años de edad los niños y niñas son capaces de indicar la presencia de un síntoma. De los tres años en adelante su capacidad para describir otras características de los síntomas (localización, intensidad, cualidad, grado de aflicción) aumenta progresivamente.

Se debe considerar que los niños niegan los síntomas, a cualquier edad, si quien los interroga es un extraño, si creen que deben ser “valientes”, o si temen al tratamiento (ej: una inyección).

4_ Los niños y niñas no son pequeños adultos_Además de las diferencias anatómicas y fisiológicas (en líneas generales provocan que los síntomas se instalen de manera más rápida y difusa que en los adultos), existen diferencias psicológicas que determinan que los síntomas sean percibidos de manera diferente: los niños y niñas tienen mayor capacidad para abstraerse completamente en una tarea, un juego o un evento imaginario, lo que puede disminuir la percepción de síntomas. Dado que carecen de las estrategias de enfrentamiento que los adultos han adquirido a lo largo de su vida, los niños y niñas son más vulnerables: sufren mayor angustia ante procedimientos y al ser separados de sus padres.

En general, los efectos inmediatos del tratamiento (venopunturas, caída del pelo, colocación de una sonda) tienen mayor impacto emocional sobre los niños que los efectos de largo plazo (una secuela pulmonar, o incluso la cercanía de la muerte).

5_ Los niños y niñas no siempre lloran cuando tienen dolor_Ante un dolor intenso y persistente, pueden tener una marcada disminución de su actividad física y psíquica, lo que en ocasiones se interpreta erróneamente como un estado de “tranquilidad”.

Este cuadro, que se denomina “atonía psicomotriz” en la escala DEGR (ver más adelante), se caracteriza por falta de expresividad, lentitud, escasez de movimientos y desinterés por el mundo exterior (no interactúan con otros, no juegan).

6_Metodología de la evaluación de síntomas El proceso de evaluación de un paciente sintomático tiene tres etapas: una primera etapa etiológica (investigación de causas), una segunda etapa fisiopatológica (inferencia de los mecanismos involucrados) y una tercera etapa de medición o valoración. Una vez completadas estas tres etapas se está en condiciones de proponer una estrategia de tratamiento apropiada. La evaluación de un síntoma se hace a través de la entrevista, la observación y el examen físico.

En la *entrevista* es conveniente incluir a los padres y al niño o niña. En ella se obtienen datos acerca de las características del síntoma, su impacto sobre la vida diaria (juegos, alimentación, sueño, relación con otros), las experiencias familiares previas y las técnicas “caseras” de alivio de los síntomas. El lenguaje y material gráfico (ilustraciones) utilizado en la entrevista debe ser simple y adaptado al nivel cognitivo del niño. Es recomendable averiguar cómo denomina el niño o niña al síntoma en cuestión (nana, pupa, ayayay, etc.). Si se va a utilizar una herramienta de evaluación específica conviene familiarizar al niño o niña con la misma, pidiéndole que valore situaciones comunes de la infancia en las que se presenta el síntoma en cuestión (ej. vacunarse) y otras situaciones cotidianas libres de síntomas (comer un chocolate, dibujar o vestirse).

La *observación* de la conducta implica registrar la actitud corporal, expresiones faciales, vocalizaciones y actitud general del niño. Esto aporta datos acerca del grado de molestia que provoca el síntoma. La observación constituye una herramienta clave al atender a niños o niñas pequeños o con déficit en la comunicación verbal, e incluso a aquellos que niegan el síntoma.

El *examen físico* puede detectar el origen del síntoma (palpación de una masa, una contractura, cuerda cólica).

● VALORACIÓN

Una valoración adecuada debe incluir los pasos incluidos en el acrónimo “QUEST” (en castellano CUEST), originalmente desarrollado para el dolor:

- + Cuestione (pregunte) al niño o a la niña.
- + Use los instrumentos de valoración existentes.

- + Evalúe la conducta.
- + Sensibilice a los padres (involúcrelos en la evaluación).
- + Tome decisiones (estrategia terapéutica).

El autorreporte es el método de elección del proceso de evaluación, lo que en la población infantil supone algunos problemas: los niños o niñas pequeños (especialmente los menores de 5 años) o aquellos que tienen dificultades para comunicarse, no “saben” o no pueden expresar con palabras lo que sienten. Además, aun si lo expresan, pueden existir diferencias entre lo que el niño o niña dice y lo que es comprendido por los adultos. Los niños y niñas menores de 5 años pueden tener limitaciones para recordar hechos pasados. A partir de esta edad, la capacidad para recordar y reportar el dolor es mayor cuanto más grande sea el niño y parece ser independiente de factores como la ansiedad, memoria y estrategias de afrontamiento del dolor.

Los niños y niñas pequeños pueden tener dificultades para comprender consignas complejas, por eso los instrumentos que se utilicen deben contener un lenguaje sencillo, adaptado a su nivel cognitivo. En función de ello se sugiere utilizar instrumentos de autorreporte adaptados por edades, y recabar información de fuentes complementarias verbales (como el reporte de padres y otros cuidadores) y no verbales (mediante la observación de conductas).

Selección de los instrumentos de evaluación Al realizar la selección de instrumentos se sugiere considerar los siguientes criterios:

- + Utilidad clínica y practicidad: facilidad de uso y de administración, formato adecuado para la etapa del desarrollo del niño o niña y para la situación en la que se utilizará (por ejemplo, un cuestionario muy largo será poco apropiado para la etapa de monitoreo de un síntoma), costo y disponibilidad (valor de las licencias, facilidad de reproducción).
- + Características intrínsecas del instrumento: propiedades psicométricas adecuadas (validez, confiabilidad y sensibilidad al cambio). Si se cuenta con datos adecuados, se incluyen las preferencias de los niños.
- + Métrica: se recomienda reportar la medición de un síntoma en una métrica común y fácil de interpretar en escalas de 0 a 10.
- + Existencia de versiones adecuadamente validadas en idioma castellano.

● DOLOR

Existen más de 40 instrumentos que miden el dolor. La mayoría de ellos han sido validados en dolor agudo. De todas maneras esto no supone un problema en cuidados paliativos pediátricos, ya que el dolor por cáncer (y el de otras enfermedades que amenazan la vida) suele involucrar un mecanismo agudo que persiste en el tiempo.

Para evaluar el dolor deberían utilizarse *instrumentos de autorreporte* constituyen el ideal de la evaluación. Existen dos tipos:

1_ Unidimensionales

Miden una sola característica del dolor (generalmente intensidad) y son especialmente útiles para la etapa de monitoreo.

Los niños y niñas pequeños (entre los 4 y los 10 años) suelen preferir las escalas gráficas. De éstas, la FPS-R (Faces Pain Scale-Revised) es la que cumple con la mayor cantidad de criterios de selección. Se trata de una versión revisada de la escala de las caras de Bieri. Son 6 dibujos de rostros que van desde una cara neutra hasta una con dolor intenso (de la original de 7 caras, mantiene la exclusión de las caras de risa y llanto que mejoró la capacidad de discriminación de la escala con respecto de otras escalas de caras). El niño debe señalar la cara que representa su dolor. La gran ventaja de esta versión es la métrica 0 a 10. Es sencilla, corta y fácil de reproducir. Se puede obtener en <http://www.painsourcebook.ca>. Existe una versión castellana en proceso.

Dentro de las escalas numéricas para niños y niñas pequeños, el Poker Chip Tool es una herramienta ampliamente utilizada. Se le enseñan al niño 4 fichas de póker que representan pedazos de dolor. El niño o niña debe elegir entre 1 (un poco de dolor) a 4 fichas (muchísimo dolor). Si bien la validación no es muy exhaustiva (e inexistente en lo que respecta al uso en culturas hispanoparlantes), el uso es bastante aceptado. Hay una versión modificada con una 5ª ficha blanca que representa “nada de dolor”. Las instrucciones en castellano pueden obtenerse en Internet (ver Referencias).

La escala visual análoga (EVA) clásica consiste en una línea de 100 mm (con dos leyendas en los extremos: a la izquierda, “sin dolor” y a la derecha, “máximo dolor

imaginable"). El niño o niña debe marcar el lugar de la línea que representa mejor su dolor actual. La métrica es de 0 a 10.

El uso de escalas visual-análogas (EVA), requiere de una importante capacidad de abstracción. De hecho, se ha reportado que hasta un 11% de los menores de 10 años fallan al querer completarla.

Otras versiones de la EVA, como la EVA vertical (consiste en una línea de 100 mm dispuesta en orientación vertical, cuyo extremo inferior señala "sin dolor" y el superior, "máximo dolor imaginable") o la escala de los vasos (5 vasos "llenos de dolor" en medida creciente hasta llegar al 5º que está completamente lleno) serían mejor aceptadas por niños pequeños.

Al acercarse a la adolescencia (a partir de los 11 años), se ha sugerido que es más apropiado ofrecer instrumentos más similares a los de los adultos: EVA horizontal y sus adaptaciones. Sin embargo, se debe tener en cuenta que muchos adolescentes prefieren las escalas gráficas por sobre las visuales análogas, aun cuando comprendan y utilicen ambas escalas correctamente. En varios estudios se ha observado que la EVA horizontal clásica es la de menor aceptación entre niños y adolescentes. En cambio, la Word Graphic Rating Scale (una adaptación de la EVA con 3 descriptores de intensidad: poco, mediano e intenso) fue colocada en primer lugar en orden de preferencias por un grupo de niños y niñas internados de 8 a 17 años de edad.

La escala numérica verbal es de uso muy difundido. Es sumamente sencilla y fácil de reproducir (Se le dice al niño o niña: "Si 0 significa que no duele nada y 10 es el máximo dolor imaginable, ¿con cuánto calificarías tu dolor?"). Las dos grandes limitaciones son la necesidad de que los niños y niñas conozcan los números y la falta de estudios extensos de validación. Se ha propuesto que la inversión de la escala puede resultar más interpretable para los niños y niñas en edad escolar (10 = "no duele nada" y 0 = "el máximo dolor") dado que en la escuela el "10" se asocia a algo que está muy bien.

Además de ser utilizadas como instrumentos de autorreporte, las escalas gráficas y las EVAs pueden ser completadas por padres y enfermeros. Si bien el grado de correlación con el autorreporte es moderado, estas mediciones pueden servir ya sea como complemento del autorreporte o como valoraciones por proximidad cuando el paciente no está en condiciones de contestar por sí mismo.

2_Multidimensionales

Adecuados para revelar la naturaleza de la experiencia dolorosa y los factores que contribuyen a ella. Son útiles para evaluaciones iniciales y cuando aparece un nuevo dolor. Lamentablemente, existen pocos instrumentos multidimensionales para niños y niñas.

La escala colorimétrica de Eland consiste en un dibujo de una silueta infantil (frente y dorso) en la que el niño o niña debe elegir los colores que para él representan distintos grados de dolor, y luego pintar en la silueta “dónde y cuánto le duele”. Se ha utilizado a partir de los 4 años de edad. La métrica es de 0-3 lo que hace difícil comparar sus resultados con otros instrumentos. Si bien es una escala ampliamente utilizada, se ha cuestionado la hipótesis de que los colores efectivamente representen distintos niveles de dolor.

El McGPQ (McGill Pain Questionnaire) fue desarrollado originalmente para adultos y en función de ello se cuestiona su validez en pediatría. Existen varias versiones validadas en idioma castellano.

El PPQ (Pediatric Pain Questionnaire) se basa en el McGPQ, pero está destinado a niños con Artritis Reumatoidea Juvenil con dolor agudo y crónico. Mide tres dimensiones en menores de 12 años (sensorial, afectiva y evaluativa) y cinco en adolescentes (influencias socioambientales y estatus funcional). Se obtienen reportes de padres y niños. Se puede consultar en <http://pedsq.org> (dentro del módulo reumatológico). Existe una versión en castellano.

El APPT (Adolescent Pediatric Pain Tool) mide localización, intensidad y cualidad del dolor agudo en adolescentes. No existe versión en castellano.

● ESCALAS OBSERVACIONALES

Clásicamente se han usado parámetros fisiológicos (por ej. tensión arterial, frecuencia cardíaca, cortisol plasmático, oximetría de pulso) y conductuales (por ej. movimientos y vocalizaciones) como indicadores de dolor en menores de 3 años y en quienes tienen dificultades para comunicarse. Tomados en forma aislada, ambos tipos de indicadores son inespecíficos y poco sensibles a las intervenciones (no se normalizan luego de analgesia). Sin embargo, ciertos *conjuntos* de conductas (patrones) se asocian a la presencia de dolor.

Se han descrito como indicadores de dolor agudo a gestos faciales, movimientos

Lecturas recomendadas Lecturas Sugeridas

- 1-Oxford University Press. *Care of the dying child. A Goldman (Ed).* Oxford University Press. 1994.
- 2_Collins JJ, Byrnes ME, Dunkel IJ, Lapin , Nadel T, Thaler HT, Polyak T, Rapkin B, Portenoy RK. *The measurement of symptoms in children with cancer. Journal of Pain and Symptom Management.* 2000 Vol 19(5):363-377.
- 3_Collins JJ, Devine TD, Dick GS, Johnson EA, Kilham HA, Ross Pinkerton C, Stevens MM, Thaler HT, Portenoy RK. *The measurement of symptoms in young children with cancer: the validation of the Memorial Symptom Assessment Scale in children aged 7-12. Journal of Pain and Symptom Management.* 2002 Vol 23(1):10-16.
- 4_Health Measurement Scales. *A practical guide to their development and use.* Streiner DL y Norman GR. 2ª Edición. Oxford University Press. 1995.
- 5_Understanding Health Care Outcomes Research. Kane RL. Aspen Publishers Inc. 1997.
- 6_Acquadro C, Jambon B, Ellis D, Marquis P. *Language and translation Issues. En: Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.* Editado por: Bert Spilker . 2da. edición. Pag: 575-585. Lippincott-Raven Publishers. 1996.
- 7_Página de Internet del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS): <http://www.iecs.org.ar>

corporales y postura, vocalizaciones y llanto, grado de consolabilidad, posibilidad de conciliar el sueño y, actitud con el entorno. Las últimas tres parecieran además estar presentes en el dolor persistente.

Los instrumentos asignan un puntaje a cada una de las conductas y crean una categoría que permite interpretar si el niño manifiesta dolor leve, moderado o severo. El instrumento que parece más apropiado para el uso en cuidados paliativos es la escala DEGR (Douleur Enfant Gustave-Roussy). Consta de 10 ítems (cada uno con puntos de 0 a 4) que miden tres dimensiones: signos directos de dolor, expresión voluntaria del dolor y atonía psicomotriz. Fue validada en niños de 2 a 6 años con dolor agudo y crónico por cáncer. Las características destacadas de esta escala son la identificación de la atonía psicomotriz como indicador de dolor crónico y la posibilidad de discriminar entre dolor agudo y crónico. Se puede consultar en <http://www.pediadol.org>. No existe versión en castellano.

Otra escala que vale la pena señalar es la UWCH Scale (Preverbal/Non-verbal Assessment Tool). Se evaluarán sus propiedades simultáneamente en niños y niñas menores de 3 años y en no-verbales de 2 a 16 años. Incluye la evaluación de dos conductas relacionadas al dolor persistente (la relación con el entorno y la capacidad para conciliar el sueño). No existe versión en castellano.

● INSTRUMENTOS OBSERVACIONALES

Son escalas multidimensionales. Constituyen una herramienta útil para interpretar el dolor en los menores de 3 años y niños o niñas con dificultades en la comunicación. En este último grupo, la tendencia es desarrollar cuestionarios que permitan identificar, en cada paciente, conductas particulares asociadas al dolor. Esto permitirá un seguimiento personalizado, realizado de una manera sistemática.

● OTROS SÍNTOMAS

Afortunadamente en los últimos años se ha dedicado más atención a la evaluación de síntomas distintos al dolor. Igual que con el dolor, sería ideal utilizar una combinación de instrumentos multidimensionales (en la evaluación inicial y cuando aparecen nuevos

síntomas) e instrumentos más sencillos, unidimensionales (cuando es necesario el monitoreo diario).

Sin embargo, todavía hay pocas escalas válidas y confiables que evalúen náuseas y vómitos, disnea, tos, astenia, anorexia, sequedad de boca, disfagia, constipación, prurito, insomnio, trastornos del ánimo, la memoria o la concentración, hipo, o disuria. En asma, colitis ulcerosa y artritis reumatoidea juvenil, se desarrollaron instrumentos que valoran el estado de salud y que suelen incluir la evaluación de síntomas. Sin embargo, estas experiencias no han sido adaptadas al campo de los cuidados paliativos. En cuanto a los síntomas individuales, existe un instrumento validado para niños y niñas con emesis por quimioterapia: el índice de náusea y vómito de Rhodes. Es un instrumento multidimensional que mide frecuencia y aflicción y demostró buena correlación entre los reportes de padres y los autorreportes.

Existen instrumentos que evalúan varios síntomas simultáneamente. En el año 2000 se desarrolló la versión pediátrica de uno de ellos, el MSAS (Memorial Symptom Assessment Scale). Son dos cuestionarios: uno para niños y niñas de 7 a 12 años (evalúa 8 síntomas) y otro para niños y niñas de 10 a 18 años (evalúa 30 síntomas). Se trata de un instrumento multidimensional (mide frecuencia, intensidad y aflicción por cada síntoma) con propiedades psicométricas adecuadas. No hay hasta el momento versiones en castellano.

RESUMEN

Desde que nacen, los niños y niñas, tienen la capacidad de padecer síntomas, que pueden ser medidos y monitoreados como parte del proceso de atención. Una evaluación normada permite controlar, al menos en parte, la subjetividad del evaluador y arribar a conductas terapéuticas más consistentes.

Si bien no existe el instrumento ideal, al seleccionar una escala es útil tomar en cuenta la población blanco, criterios de utilidad clínica, practicidad y las propiedades psicométricas conocidas. La sistematización del proceso de evaluación aportará datos que ayudarán a construir herramientas válidas y confiables y permitirá atender mejor a las necesidades de los niños y niñas con enfermedades que amenazan o limitan la vida.

- 8_Hester NO, Foster R, Kristensen K. *Measurement of pain in children: generalizability and validity of the Pain Ladder and the Poker Chip Tool.* In: Tyler DC, Krane EJ, editors. *Pediatric pain.* Vol. 15. *Advances in pain research and therapy.* New York: Raven Press, Ltd.; 1990. p. 79-84.
- 9_Stevens B. *Pain assessment in children: birth through adolescence.* En: *Pain Management in Children. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* Vol 6(4): Oct 1997. Pag: 725-744.
- 10_Hain R. *Pain scales: a review.* *Palliative Medicine.* 1997
- 11_Otros Recursos en Internet que presentan instrumentos para valorar dolor:
- 12_http://www.jackstem.com/pain_scales.htm
- 13_<http://www.stat.washington.edu/TALARIA/talaria0/indexn.html>

20. TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CUIDADO PALIATIVO PEDIÁTRICO

Dra. LISBETH QUESADA TRISTÁN

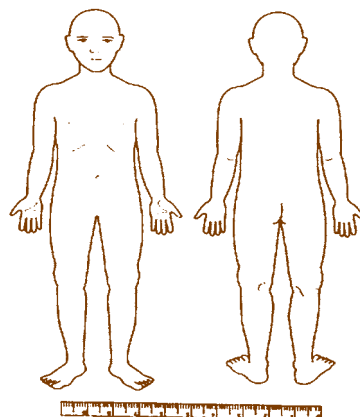
Hoy sabemos que durante años hemos dejado de diagnosticar y tratar el dolor en los niños y niñas, aun más que en los adultos. El alivio del dolor es un principio básico de la medicina, sin embargo, las investigaciones al respecto nos señalan que el dolor no siempre es una prioridad y que en la gran mayoría de los casos no es bien tratado, como resultado de mitos, ignorancia y miedos a la adicción. El diagnóstico y el tratamiento del dolor en los niños y niñas es un reto, pero no un imposible como muchos creen. Los niños(as) muy pequeños no siempre están en capacidad de transmitir la intensidad, el tipo de dolor, la localización y su irradiación.

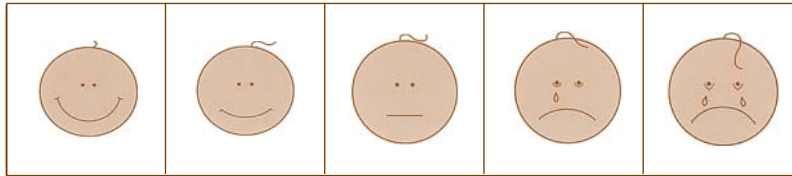
● PRINCIPIOS

- 1) **Valoración**_la clave del éxito será siempre evaluar y reevaluar diariamente al paciente sobre el estado de su dolor. En lo posible use siempre la misma escala para evaluar el dolor.

La siguiente escala de caritas diseñada por Ada Rogers y Raymond Houde (para niños mayores de 3 años) y el dibujo del cuerpo entero, donde los niños señalan o colorean su dolor, son las utilizadas en la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital de Niños de San José, Costa Rica.

Esquema corporal



Escala de caritas

En los niños menores de tres años, es útil interrogar a la madre, quien generalmente identifica los cambios conductuales y afectivos del niño. Se le debe observar en diferentes momentos para determinar si tiene o no dolor, su intensidad, el tipo de dolor a tratar y la extensión de la enfermedad (ver Valoración de Síntomas Pediátricos, capítulo 19)

- 2) Las drogas son las mismas que se utilizan para el tratamiento del dolor en los adultos (morfina, metadona, codeína, tramadol, acetaminofén, amitriptilina), con algunas excepciones como la aspirina y otras contraindicadas en los niños.
- 3) Las dosis de inicio se calculan de acuerdo al peso en kg y luego se ajustan a la intensidad del dolor. La dosis analgésica recomendada es la que lo alivia.
- 4) La morfina y la metadona no tienen “tope”. El mito sobre no utilizar opioides desde un inicio, cuando se trata de un dolor intenso, para evitar un final donde “no tendremos nada más que ofrecer”, es el reflejo de la ignorancia sobre la farmacodinamia y farmacokuinesia de los opioides.
- 5) El concepto de dolor total con sus cuatro componentes: biológico, social, psicológico y espiritual, debe tomarse en cuenta siempre.
- 6) La escalera analgésica de la OMS y sus principios es igualmente válida para los niños: *por peldaños, por reloj, por la vía adecuada, y para cada niño*
- 7) Vías de administración:
 - + Oral: más cómoda, menos traumática y segura de administrar.
 - + Intramuscular: obsoleta y produce dolor.
 - + Endovenosa: útil para el alivio rápido del dolor en una emergencia.
 - + Subcutánea: válida, pero puede producir dolor (una aguja mariposa puede dejarse por una semana sin necesidad de cambio).

- + Rectal: apropiada, aunque en ocasiones errática.
 - + Sonda nasogástrica: incómoda, pero necesaria cuando el niño ya no deglute (ver capítulo sobre anorexia/caquexia).
- 8) Recordar el componente psicológico. La anticipación al dolor moldeada por las experiencias previas del mismo pueden desencadenar llanto anticipatorio (un niño puede estar llorando y no necesariamente significa que le duele).
 - 9) Es posible que un niño que está jugando, viendo televisión o dormitando marque dolor intenso en una escala de autovaloración. Este hecho es particularmente frecuente cuando el menor o el adolescente tienen temor al tratamiento (ej: una inyección). No es ético amenazar o permitir que otros amenacen a un niño con una inyección como forma de castigo o manipulación para que se pueda llevar a cabo un procedimiento o para que no llore más.
 - 10) Debido a que la farmacocinética no es la misma, para los lactantes menores de seis meses la dosis inicial de opioides en términos de mg/kg debe ser entre una cuarta parte y un tercio de la dosis inicial que la usada en los niños mayores de seis meses. Deben observarse rigurosamente, por el riesgo de depresión respiratoria retardada como efecto secundario. El concepto en medicina de que los neonatos no tienen dolor porque su SNC es inmaduro, ha sido superado desde hace muchos años.

● TIPOS DE DOLOR

- + **Dolor agudo**_Generalmente se produce por una lesión o herida bien definida. Es limitado en el tiempo y predecible. Se acompaña de signos muy claros como ansiedad, taquicardia, taquipnea, sudoración, dilatación pupilar, llanto persistente e inconsolable. En el paciente con cáncer puede indicar progresión de la enfermedad.
- + **Dolor crónico**_Interfiere rutinariamente con las actividades del niño(a). Se extiende en el tiempo, es mal definido, de inicio gradual y persistente. Puede darse “un acostumbamiento del SNC”, lo que elimina las manifestaciones externas del dolor agudo, propiciando la creencia de que el paciente no tiene dolor. Por lo general, nos enfrentamos a un paciente poco activo, deprimido y en proceso de despersonalización.

Origen:

- Nociceptivo o somático: afecta la piel y a las estructuras del músculo esquelético. Es típico de los osteosarcomas, el tumor de Ewing, la leucemia, carcinoma de nasofaringe y los rhabdomiomas. Puede ser descrito como compresivo, punzante, agudo, sordo y pulsante.
- Visceral: involucra estructuras profundas por infiltración, compresión, estiramiento y extensión de vísceras. Está mal localizado, es profundo, opresivo. Se presenta por lo general en hepatopatías crónicas, en el tumor de Wilms, en cáncer con metástasis peritoneales y en los neuroblastomas fuera del SNC.
- Neuropático: presente en lesiones del SNC, y periférico por compresión, necrosis, infiltración, o inflamación. Típico de los tumores sólidos en el cerebro, meduloblastomas y leucemias con infiltración meníngea. Por lo general, los niños lo describen como un dolor que pica, quema o arde. Puede o no acompañarse de alodinia, o de parestesias.

Si los niños que tratamos viven muy lejos del hospital y los recursos económicos son limitados, es importante anticiparse a la evolución de la enfermedad, de manera tal que al iniciarse los síntomas esperados los padres no solo estén advertidos y educados, sino que también cuenten con los medicamentos para cada síntoma.

● **TRATAMIENTO**

A continuación, se recomienda una lista de medicamentos para el dolor y las dosis iniciales recomendadas.

● **DOLOR LEVE A MODERADO**

ACETAMINOFÉN: 10-15mg/kg/ dosis VO cada 4-6 hrs.

IBUPROFENO: 5-10mg/kg/ dosis VO cada 6-8 hrs.

NAPROXENO: 5mg/kg/dosis VO cada 8-12 hrs.

TRAMADOL: 1mg/kg/ dosis VO cada 4-6 hrs.

CODEÍNA: 0.5-1mg/kg/ dosis VO cada 4-6 hrs. Por lo general, va asociado a acetaminofén.

AMITRIPTILINA: 0.2-0.5mg/kg HS inicial, máximo 25mg. Aumente en un 25% cada 2 ó 3 días hasta lograr niveles antidepressivos. El sueño mejora de inmediato y el dolor, dentro de los primeros 3-5 días.

● DOLOR MODERADO A INTENSO

SULFATO DE MORFINA: 0.2-5mg/kg/ dosis VO cada 4-6 hrs. La dosis oral deberá triplicar la dosis endovenosa cuando se cambia de ruta de administración de VI a VO.

SULFATO DE MORFINA: 0.1mg/kg/ dosis VI, por catéter central, subcutáneo, cada 4-6 hrs. La vía intramuscular está en desuso, al igual que la meperidina (Demerol) para tratar el dolor por cáncer.

AMITRIPTILINA: ídem. Contra indicado en intervalo QT prolongado corregido o bloqueo cardíaco.

METADONA: 0.2mg/kg/ dosis VO cada 6-8 hrs. La metadona ha sido tradicionalmente una droga de rotación cuando se están dando otros opioides tipo morfina. Puesto que penetra la barrera hematoencefálica en un 100% (contrario a la morfina que lo hace en aproximadamente un 35%), en Costa Rica se usa desde hace 12 años como droga de primera elección en tumores del SNC y periférico con dolor tipo neuropático. Para determinar las dosis necesarias cuando el paciente es virgen en opioides, se deben seguir los siguientes pasos:

- La metadona se prescribe según el dolor lo demande según dolor (PRN) por VO, subcutánea o IV en las primeras 72 hrs.
- Se suma el consumo en mg durante esos tres días (A).
- El total A se divide en 3 para determinar el consumo promedio diario (B).
- El total B se divide por tres o cuatro (cada 6-8 hrs) para determinar la cantidad necesaria por dosis (C).

La metadona tiene un promedio de vida muy largo (23hrs.). Es liposoluble, contrariamente a la morfina que es hidrosoluble. Existe riesgo de acumulación, sobre todo cuando hay insuficiencia renal o hepática. Al establecer un esquema fijo después de las primeras 72 hrs; se debe observar continuamente al paciente para detectar signos de posible intoxicación.

Todos los opioides comparten los mismos efectos secundarios tales como náusea, vómito, constipación, sedación, retención urinaria. El médico que prescribe el opioide debe recetar conjuntamente un laxante, siempre, preferiblemente de fibra hidrosoluble.

● CONSEJOS PRÁCTICOS

A continuación, se recomienda una lista de medicamentos para el dolor y las dosis iniciales recomendadas.

- 1) No transfunda al paciente con leucemia en fase terminal. Explique a los padres con anticipación los riesgos que corre y la poca o nula utilidad que tiene.
- 2) En etapa terminal, es común que haya sangrado por la nariz, encías o recto. Aconséjelos a que tengan a mano toallas medianas de color rojo, negro o azul oscuro para que el paciente no se angustie cuando sangre. Enjuague la boca con agua de bicarbonato y unas gotas de limón 6 veces por día, para ayudar con el mal sabor y el olor que se produce con el sangrado oral.
- 3) Por lo general, el Sarcoma de Ewing deforma la cara por las metástasis en huesos craneales, especialmente si el paciente ha recibido radioterapia. Anticípese educando a la familia sobre las eventuales deformaciones que se puedan presentar. Siempre que sea posible, rescate al niño o adolescente en su dimensión de ser humano. Es difícil lidiar con esas deformaciones. Aconseje esconder progresivamente los espejos, especialmente los que son accesibles al paciente. Es importante cubrir estas transformaciones paulatinas con gasas y vendas para no exponerse ante los ojos inquisidores de otros.
- 4) Si el paciente tiene lesiones como úlceras o crecimiento del tumor al exterior, el proceso normal de necrosis con el crecimiento tumoral suele sobreinfectarse y el olor puede llegar a ser insoportable para todos. Desde un inicio es importante mantener la higiene y limpieza de las úlceras. Una gasa mojada en la siguiente solución puede ayudar a la sobreinfección y mal olor: una vez que se haya limpiado la úlcera, se retiran 10cc de un litro de suero fisiológico estéril y se reponen con 10cc de solución de cloro comercial de uso de la casa. La solución restante se refrigera y se puede volver a utilizar las veces que sea necesario.
- 5) Recuerde que los niños son niños, y los adolescentes , adolescentes y seguirán siéndolo aun con dolor o al enfrentar una enfermedad terminal . No pretenda un comportamiento de adultos.
- 6) Rescátese a usted mismo como sanador que es. Si no puede curar, sí puede aliviar y acompañar. Hay magia en el acto de cuidar, y consiste en poder equilibrar y ponderar la atención en las cuatro dimensiones fundamentales del ser humano: biológica, psicológica, social y espiritual. La magia fluye cuando estamos humanizados y somos compasivos con nosotros mismos y con los demás.

Lecturas recomendadas
 1_ *Gómez Sancho Marco y otros. (1999) Medicina paliativa en la cultura latina. España, Ediciones Arán, SA: 247-289.*
 2_ *Organización Mundial de la Salud. (1998) Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer infantil. OMS: Ginebra.*

21. ÚLCERAS POR DECÚBITO

Licda. ROXANA BONACINA

Las úlceras por decúbito, también llamadas úlceras por presión o escaras, se definen como toda lesión provocada por una presión ininterrumpida. Ante éstas los objetivos del equipo de salud son: a) prevención, b) evitar progresión, c) evitar complicaciones.

● PREVENCIÓN

La prevención es la base de los cuidados con relación a las úlceras por decúbito e incluye los siguientes factores:

1_Valoración

La valoración de la piel debe ser realizada diariamente, idealmente durante el baño. Para determinar el riesgo del enfermo se pueden utilizar diferentes tablas o guías de valoración como la descrita en la Tabla 1.

T1_Escala Nova 4

Puntos	Estado mental	Continencia	Movilidad	Nutrición
0	Alerta	Sí	Completa	Regular
1	Desorientado	Incontinencia ocasional	Deambula con ayuda	Deficitaria
2	Letárgico	Incontinencia sin sonda	Limitación impuesta por férula o tracción Inmóvil	
3	Comatoso	Incontinencia fecal		Caquético
Puntuación		1 – 3	4 – 7	8 – 12
Nivel de riesgo		Bajo	Moderado	Alto

Los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de las úlceras por decúbito, son:

- + Insuficiencia circulatoria: mala perfusión y vascularización.
- + Estado nutricional: déficit de proteínas, vitaminas y oligoelementos.
- + Deterioro de la condición mental: disminución de la motilidad.
- + Incontinencia urinaria o fecal: ocasiona irritación de la piel.
- + Secreciones vaginales o rectales: ocasiona irritación de la piel.
- + Presencia de edemas: alteran la resistencia, la cicatrización y la sensibilidad.
- + Corticoides: alteran la resistencia y la cicatrización.
- + Fijación mecánica (férulas): úlcera por presión o fricción.

2_Manejo de las cargas tisulares

- + Evitar presiones prolongadas en las zonas de riesgo: utilice dispositivos como coderas y taloneras de piel médica artificial (piel de cordero), almohadas o cuñas de goma espuma, para elevar la zona por sobre la superficie de apoyo.
- + Secreciones vaginales o rectales: ocasionan irritación de la piel.
- + No utilizar dispositivos tipo anillo. Producen edema y congestión venosa aumentando el riesgo de producir úlceras en lugar de evitarlas.
- + Utilizar almohadas para brindar el máximo confort posible y mantener el cuerpo alineado.
- + Establezca un esquema de rotación escrito, idealmente cada 2 horas.
- + Estimular al enfermo que puede movilizarse a que lo haga, enseñar rutinas de ejercicios de acuerdo a las posibilidades de cada paciente.
- + Realizar movilidad pasiva en enfermos con alteración de la movilidad efectuando movimientos de flexión – extensión y abducción – aducción.
- + En pacientes con alto riesgo: evite apoyar el paciente sobre sus trocanteres, utilice dispositivos como almohadas o cojines para evitar el contacto entre las prominencias óseas (rodillas, tobillos). Instale un colchón de aire fluido.
- + Cuando el paciente está sentado se recomienda que cambie los puntos de apoyo cada hora.

3_Cuidados generales de la piel

- + Mantener la piel limpia: realizar el baño diario con agua templada, evitar el agua excesivamente caliente. Utilizar jabón neutro o de glicerina. Si la

movilización durante la higiene causa dolor administrar rescate analgésico una hora antes.

- + Mantener la piel seca: prestar especial atención a los pliegues y los espacios interdigitales. La piel no debe estar en contacto directo con materiales impermeables que impidan la circulación de aire y que no absorban la transpiración, tales como nylon, goma o hule.
- + Mantener la piel hidratada: Utilizar cremas o lociones hidratantes, si es posible ricas en vitaminas. Evitar las cremas perfumadas que pueden irritar por su elevado contenido de alcohol.
- + Para disminuir la fricción e impermeabilizar la piel de las zonas de apoyo se puede utilizar aceites para bebé o aerosoles con silicona. No utilice vaselina porque seca la piel.
- + Mantener la ropa de cama limpia, seca y bien estirada, utilizar camisones abiertos, en lo posible sin botones, broches o cierres ya que éstos y los pliegues pueden lastimar la piel. Si el paciente se encuentra en su domicilio, verificar que los productos para el lavado de la ropa no sean irritantes.
- + Los masajes con aceites de esencias naturales o para bebés son útiles para mejorar la circulación. No se debe usar alcohol y/o talco porque resecan la piel.
- + Cuando el paciente esté sentado, elévele las piernas para evitar o disminuir los edemas.
- + Asegurar una adecuada temperatura ambiental, las temperaturas elevadas favorecen la transpiración aumentando el riesgo de maceración de la piel y las temperaturas bajas la vasoconstricción periférica.
- + Vigilar la ubicación de los tubos de drenaje o sondas que tenga el paciente para no ocasionar lesiones por decúbito.
- + Para favorecer la circulación se pueden realizar fricciones o masajes sobre las prominencias óseas. El alcohol de romero, por su acción que es vasodilatadora puede ser útil, o en su defecto aceites hidratantes. Los masajes y las fricciones están contraindicadas en zonas enrojecidas dado que se puede dañar más la epidermis.

● TRATAMIENTO

En numerosos casos es posible que los pacientes desarrollen úlceras por decúbito aún cuando se utilizan medidas de prevención. En tales circunstancias es indispensable tener presente la filosofía de los cuidados paliativos para aceptar que aunque no siempre se podrá curar una úlcera, sí se pueden aliviar los síntomas que ocasiona. Para determinar las acciones a seguir se debe tener en cuenta el estado general del paciente, su calidad de vida, su pronóstico, el estadio de la escara y los recursos disponibles. La tabla 2 resume las características y recomendaciones de tratamiento para la úlceras por decúbito.

Materiales

En los últimos años se han desarrollado nuevos materiales para el tratamiento de las úlceras, los más destacados son:

- + Films o películas de poliuretano: son láminas sintéticas permeables al vapor de agua, oxígeno y otros gases e impermeables al agua y a las bacterias.
- + Espumas de polímero: se desarrollan a partir de las hojas de poliuretano. Presentan una buena capacidad de absorción, integrando parte del exudado a su estructura y evaporando el resto. Protegen las heridas de presión, fricción y contaminación bacteriana. Tienen capacidad de desbridamiento autolítico del tejido muerto.
- + Hidrogeles: son polímeros insolubles con espacios hidrofílicos, tienen una capacidad de absorción de un 30 a un 90 % su peso. Eliminan componentes tóxicos del lecho de la herida, mantienen la temperatura y la humedad de la lesión. Se presentan en forma de apósitos, pastas y líquidos
- + Hidrocoloides: son estructuras de carbometilcelulosa sódica. Pueden absorber exudado y detritus necrótico de las heridas convirtiéndose en un gel coloidal. Suelen estar recubiertos por poliuretano, y juntos garantizan a la herida temperatura y humedad ideal, limpieza y aporte de oxígeno y disminución de la cantidad de exudado acumulado. Se presentan en forma de apósitos, gránulos, pasta e hidrofibra
- + Alginatos: pertenecen a la familia de los ficocoloides, son estructuras formadas por sales de ácido algínico. Tiene gran capacidad de absorción, hasta 20 veces su peso, y propiedades desbridadoras. A través del intercambio de

iones forma un gel rico en proteínas naturales, aminoácidos y factores de crecimiento. Reducen el mal olor que pueden producir algunas úlceras por decúbito. Se presentan en forma de apósitos o fibras.

● CONCLUSIONES

Las úlceras por decúbito que afectan de gran manera a nuestra población de pacientes pueden y deben ser prevenidas. todos los miembros del equipo de salud deben incorporar conocimientos sobre su prevención y tratamiento para así garantizar una disminución en su incidencia, cuando sea posible una cura y en todos los casos la minimización de sus complicaciones.

Es importante recordar que cuando no se cuente con los materiales más recomendados como son los parches de poliuretano, hidrocoloides, y alginatos, los cuidados tradiciones pueden brindar buenos resultados, aunque sea en mayor tiempo.

Lecturas recomendadas

1. Bergstrom, Nancy; Allman, Richard; Alvarez, Oscar; y colaboradores. *Tratamiento de las úlceras por presión*. Editada por Laboratorios Knoll S.A. España. 1997.
2. Brunner L., Suddarth D. *Enfermería Médico Quirúrgica*. Editorial médica Panamericana. 7º Edición. México. 1994.
3. López Imedio, Eulali. *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Editorial Médica Panamericana. Madrid – España. 1998.
4. Torra i Bou, Joan Ernic. *Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en ambiente húmedo*. Editado por Coloplast Productos Médicos S.A. Madrid – España. 2001.

T2_Características, Objetivos y Recomendaciones en el Manejo de Úlceras por Decúbito

Estadio	Características	Objetivos	Recomendaciones
I	Eritema que no palidece en la piel intacta (enrojecimiento)	Curar la úlcera. Evitar la aparición de nuevas úlceras	- Lavar la zona afectada con agua templada y jabón neutro o de glicerina. Secar sin frotar. - Hidratar y realizar masajes o fricciones suaves en la zona circundante para favorecer la circulación: aplicar cremas o aceites hidratantes, nunca sobre la lesión para no dañar la piel ya irritada. - Sobre la zona con enrojecimiento se pueden aplicar aerosoles con silicona. - Eliminar la presión y todo roce en la zona afectada evitando cualquier postura que sobrecargue la presión sobre ella. Se pueden utilizar apósitos reductores de presión, retirando los aros internos para que la zona afectada quede dentro de ellos y libre de presión. - Para proteger la piel se pueden utilizar películas de poliuretano, apósitos de espumas de polímero, hidrogeles o hidrocoloides. - Extremar la vigilancia de la zona afectada y otras áreas de riesgo. - Aumentar la frecuencia de los cambios posturales y extremar los cuidados generales de la piel.
II	Pérdida parcial del espesor cutáneo afectando a epidermis, dermis o ambas.	Curar la úlcera. Evitar la aparición de nuevas úlceras	- Lavar la zona afectada con suero salino ejerciendo presión suficiente para el arrastre mecánico de bacterias y tejido necrótico, sin ocasionar traumatismo en el lecho de la herida. El lavado de la herida debe realizarse por lo menos dos veces al día. Cuando se utilicen apósitos de hidrogeles, hidrocoloides o alginatos se debe lavar la herida en cada cambio de apósito. - La guía para el tratamiento de las úlceras de la Agency for health Care Policy and Research Norteamericana, aconseja no utilizar en la heridas iodopovidona, hipoclorito de sodio, peróxido de hidrógeno y ácido acético, debido a su toxicidad para con los granulocitos, monocitos, fibroblastos y tejido de granulación. - Sobre la zona afectada se puede colocar apósitos de espumas de polímero, hidrogeles o hidrocoloides. - Si hay escaso exudado en la lesión se puede colocar espumas de polímero en forma de apósitos o esponja, o hidrogeles en forma de apósitos. - Si se utilizan curaciones tradicionales y las gasas se pegan, es importante no arrancarlas y mojarlas 10 minutos con suero salino para que despeguen. También puede cubrirse la zona lesionada con gasa furacinada para evitar que estas se peguen. - Si no dispone de suero salino, hierva un litro de agua y cuatro cucharadas de sal y deje enfriar. - Extremar la vigilancia para detectar signos de evolución desfavorable - Aumentar la frecuencia de los cambios posturales y extremar los cuidados generales de la piel. - Eliminar la presión y los roce sobre la zona afectada, igual que en los casos de las úlceras grado I.

Estadio	Características	Objetivos	Recomendaciones
III	ritema que no palidece en la piel intacta (enrojecimiento)	Curar la úlcera. Evitar la aparición de nuevas úlceras	- Si hay dolor en la zona de la úlcera dar analgésicos una hora antes de la higiene y la curación. - Lavar la zona afectada al igual que en las úlceras grado II - Si no hay signo de infección y poco exudado, se pueden colocar espumas de polímero en forma de apósito o esponja, hidrogeles o hidrocoloides en forma de apósitos o pasta. - Si hay exudado abundante se recomienda hidrocoloides en forma de apósitos o gránulos, o alginatos en forma de apósitos o fibras. - En los casos donde las lesiones son profundas, puede ser necesario asociar un apósito con una pasta o fibra para cubrir toda la superficie. - Si la lesión presenta mal olor se recomiendan los alginatos. Si no se dispone de éstos, se puede lavar la úlcera con solución de metronidazol (500 mg en 500 ml de suero salino) una o dos veces por día según sea necesario. - Si se observa sangrado, se puede realizar hemostasis. Si no hay dolor, puede hacerse con presión, o con toques de gasas empapadas en adrenalina al 1/1000 o apósitos hemostáticos. También se pueden colocar apósitos o fibras de alginato de calcio. Los iones calcio activan la cascada de la coagulación. - Si hay infección extraer muestra para cultivo. - Eliminar la presión y los roce de la zona afectada como en las úlceras grado I, colocar colchón de aire. - Extremar la vigilancia para detectar signos de evolución desfavorable. - Aumentar la frecuencia de los cambios posturales y extremar los cuidados generales de la piel.
II	Pérdida parcial del espesor cutáneo afectando a epidermis, dermis o ambas.	Curar la úlcera. Evitar la aparición de nuevas úlceras	- Si hay dolor en la zona de la úlcera dar analgésicos una hora antes de la higiene y la curación. Evaluar la posibilidad de iniciar analgesia regulada. - Lavar la zona afectada al igual que en las úlceras grado II - Si hay exudado abundante se recomienda utilizar hidrocoloides en forma de apósitos o gránulos, o alginatos en forma de apósitos o fibras. Dado que estas lesiones suelen ser profundas e incluso tener cavernas, es necesario asociar a los apósitos, pastas o gránulos de hidrocoloides o fibras de alginato. Tener en cuenta que en estos casos se debe cubrir hasta 1/3 de la lesión con las fibras o gránulos para permitir su expansión al absorber el exudado, sin despechar el apósito externo. - Si es necesario el desbridamiento se recomienda colocar hidrogeles líquidos, hidrocoloides en forma de apósitos o gránulos o alginatos en forma de apósitos o fibras. Cuando no se cuenta con estos materiales y el desbridamiento es necesario, se debe realizar una interconsulta con cirugía para evaluar la posibilidad de una escarectomía quirúrgica. - Si hay infección extraer muestra para cultivo. - Las úlceras de estadio IV pueden ser tratadas con azúcar, ésta se coloca sobre toda la zona lesionada y se cubre con un parche de poliuretano o apósitos de algodón común

22. EL CUIDADO DE LA CAVIDAD ORAL

Dra. CLARA GRANDA-CAMERON

Las complicaciones de la cavidad oral más comunes en pacientes con enfermedad avanzada son: xerostomía, estomatitis, y candidiasis oral.

● XEROSTOMÍA

Es la sensación de sequedad en la boca caracterizada por una disminución de la cantidad y calidad de saliva. Además, es necesaria para masticar, degustar y hablar. La saliva protege la cavidad oral de infecciones, formación de caries y temperaturas extremas. Las enzimas y otros componentes salivares destruyen las bacterias que llegan a la boca, ofreciendo de esta manera inmuno-protección a la mucosa oral y a las estructuras dentales.

1) *Etiología*

a. Enfermedades

- + Tumores primarios o metastásicos de las glándulas salivares.
- + Otras enfermedades: diabetes, infección, hipotiroidismo, procesos auto-inmunes, síndrome de Sjögren y sarcoidosis entre otros.
- + Deshidratación que puede ser inducida por anorexia, vómito, diarrea, fiebre, oxigenoterapia, respiración por la boca, poliuria, disfagia y hemorragia.
- + Ansiedad, depresión y dolor que pueden exacerbar la resequedad de la boca.

b. Tratamientos

- + Terapia para el cáncer: cirugía de cabeza y cuello, radioterapia de cabeza y cuello, y quimioterapia.
- + Muchos de los medicamentos usados en medicina paliativa pueden reducir la producción de saliva, como anti-histamínicos, descongestionantes, anticolinérgicos, diuréticos, antidepresivos, opioides, beta-bloqueadores, anticonvulsivos y sedantes.

2) *Signos y síntomas*

Sequedad en la boca, ardor de la mucosa oral, dificultad para masticar y tragar alimentos, dificultad para sostener las prótesis dentales, alteración en el sabor de los alimentos, dificultad para hablar, aumento de caries y erosiones dentales.

3) *Valoración de la cavidad oral*

a. *Historia clínica*_antecedentes de cáncer, antecedentes de tratamiento para el cáncer (quimioterapia, radioterapia), de medicamentos actuales, valoración de síntomas (incidencia, frecuencia, factores agravantes y de alivio), hábitos de higiene oral, ingesta de alimentos y líquidos, consumo de alcohol y/o tabaco, impacto de la xerostomía en alimentación, comunicación y calidad de vida.

b. *Examen de la cavidad oral*_inspeccionar la cavidad oral incluyendo lengua, encías, mucosa, labios, y saliva (tabla 1). Documentar el grado de xerostomía: grado 0 (no sequedad), grado 1 (sequedad leve, saliva ligeramente gruesa, cambio leve en el gusto), grado 2 (sequedad moderada, saliva gruesa y pegajosa, gusto marcadamente alterado), grado 3 (completa sequedad de la boca), grado 4 (necrosis salivar).

4) *Manejo de la xerostomía*_El tratamiento de la xerostomía es descrito en la tabla 2.

● ESTOMATITIS

Es la inflamación de la mucosa oral.

1) *Etiología*

a. *Enfermedad*_tumores primarios o metastásicos de la boca, deshidratación, malnutrición.

b. *Tratamiento*_quimioterapia (especialmente antimetabolitos y antibióticos antitumorales), radioterapia de cabeza y cuello, otros medicamentos (antimicrobianos, esteroides).

c. *Estilo de vida*_inadecuada higiene oral, exposición a irritantes químicos (picantes, tabaco, alcohol) y físicos (temperaturas extremas, mal ajuste de las prótesis dentales).

2) *Signos y síntomas* Comienza con eritema asintomático y progresa hasta formar ampollas y úlceras que se vuelven severamente dolorosas.

3) *Valoración de la cavidad oral*

a. *Historia clínica*_antecedentes de cáncer, de reciente quimioterapia y/o radioterapia, de hábitos higiénicos, medicamentos actuales, exposición a irritantes, síntomas (incidencia, frecuencia, factores agravantes y de alivio), impacto de la estomatitis en la nutrición, actividades de la vida diaria y calidad de vida.

b. *Examen de la cavidad oral*_Examinar y palpar la lengua, gingiva, membranas mucosas, labios y saliva (tabla 1). Documentar el grado de la mucosidad oral: grado 0

(mucosa normal), grado 1 (eritema de la mucosa oral), grado 2 (pequeños parches blancos y ulceraciones, lesiones aisladas), grado 3 (ulceraciones confluentes que cubren menos del 25% de la mucosa oral), grado 4 (ulceración hemorrágica).

- 4) *Manejo de la estomatitis*_Debe incluir intervenciones dirigidas a reducir la inflamación, controlar la infección y aliviar el dolor (tabla 3).

● **CANDIDIASIS ORAL**

Es la infección de la cavidad oral causada por alguna de las muchas especies de *Cándida* encontradas en la boca.

1) *Etiología*

- + *Cándida albicans* es responsable de la mayoría de las candidiasis orales. Otras especies de *Cándida* causantes de infecciones orales son: *C.glabrata*, *C. tropicalis*, *C.parapsilosis*, and *C. krusei*.
- + Factores predisponentes: xerostomía, diabetes mellitus, antibióticos, esteroides, quimioterapia, inmunosupresión, mala higiene oral, uso de tabaco, prótesis dentales.

2) *Signos y síntomas*_áreas de eritema con o sin placas blancas muy dolorosas.

3) *Valoración de la cavidad oral*

a.*Historia clínica*_hábitos higiénicos, ingesta de alimentos y líquidos, medicamentos actuales (antibióticos, esteroides), antecedentes de SIDA, síntomas (duración, frecuencia, factores agravantes y de alivio), impacto en alimentación, comunicación y calidad de vida.

b.*Examen de la cavidad oral*_La candidiasis oral se puede clasificar clínicamente en:

- + Pseudomembranosa: cubre las mucosas con parches blancos que pueden ser removidos dejando una base eritematosa y granular.
- + Eritematosa: se presenta con áreas de edema y eritema, especialmente en el dorso de la lengua, sin parches blancos.
- + Hiperplástica: se presenta con persistentes parches blancos firmemente adheridos a la mucosa oral, especialmente en las comisuras de la boca y dorso de la lengua.

4) *Manejo de la candidiasis oral*

El tratamiento de la candidiasis oral es descrito en la tabla 3.

T1_Guía para la valoración de la cavidad oral

Categoría	Instrumentos	Métodos de medida	Valoración numérica		
			1	2	3
Voz	Audición	Conversar con el paciente	Normal	Ronca, gruesa	Dificultad o con dolor para hablar
Tragar	Observación	- Pedir al paciente que trague. - Prueba del reflejo de tragar: coloque un bajalenguas suavemente en la parte de atrás de la lengua y presione.	Traga normalmente	Ligero dolor al tragar	Incapaz de tragar
Labios	Visual/ Palpación	Observar y palpar el tejido	Suave, rosado, húmedo	Seco y partido	Ulcerado y sangrando
Lengua	Visual/ Palpación	Palpar y observar apariencia del tejido	Rosado, húmedo y papilas presentes	Cubierta con secreciones o sin papilas, con apariencia brillante, con o sin eritema.	Con ampollas y partida
Saliva	Bajalenguas	Insertar bajalenguas en la boca, tocar el centro de la lengua y el piso de la boca.	Aguada	Espesa y pegajosa	Ausente
Membranas mucosas	Visual	Observar apariencia del tejido	Rosada y húmeda	Enrojecida o cubierta con secreciones (parches blancos sin ulceración).	Ulceraciones con o sin sangrado
Gingiva	Bajalenguas y visual	Presione suavemente con la punta del bajalenguas	Rosada y firme	Edematosa con o sin enrojecimiento	Sangrado espontáneo
Dientes o prótesis dentales	Visual	Observar apariencia de los dientes o del área en contacto con la prótesis dental	Limpia, sin residuos	Placa o residuos en áreas localizadas (entre los dientes)	Placa o residuos a lo largo de la línea gingival y prótesis

T2_Manejo de la estomatitis

Tratamiento de infección oral	Candidiasis: infección más común de la cavidad oral. Ver tratamiento en tabla 3.
Revisión y ajuste de medicamentos	Evaluar la posibilidad de modificar las dosis de medicamentos que causan resequedad oral, o de reemplazarlos por otros medicamentos que no causen xerostomía.
Estimulación de la producción de saliva	1) Intervenciones no farmacológicas: menta (dulces sin azúcar, bebida aromática), pastillas de vitamina C, dulces de limón sin azúcar, goma de mascar sin azúcar, acupuntura. 2) Intervenciones farmacológicas: - Pilocarpina (agente parasimpático) 2.5 mg oral 3 veces/día, su efecto dura 4 horas. No se debe usar en pacientes con EPOC u obstrucción intestinal. - Betanecol alivia los efectos anticolinérgicos de los anti-depresivos. - Metacolina (agente parasimpático) 10 mg/día, de acción corta, causa hipotensión. - Yohimbine (bloquea adrenoreceptores alfa 2) 14 mg /día, efecto dura 3 horas. Puede causar confusión y fibrilación auricular.
Medidas para humedecer la mucosa oral	- Humedecer los alimentos con líquidos o salsas. - Tomar frecuentes sorbos de agua y atomizar la boca con agua. - Beber 8 vasos de líquido al día (si no está contraindicado); usar saliva artificial, pedazos de hielo y paletas - Usar humidificador ambiental - Utilizar las enzimas de algunos alimentos: papaína en el jugo de papaya, amilasa en la piña (usar congelada para evitar picazón), ablandador de carne (licuifica la saliva, se aplica sobre la lengua con un aplicador). - Aplicar lubricante en los labios.
Medidas para reducir el riesgo de xerostomía	- Estricta higiene oral - Modificar la dieta (evitar azúcares, picantes, alimentos secos; humedecer los alimentos) - Evitar irritantes (alcohol, tabaco, rinses orales con alcohol) - Evaluación frecuente de la cavidad oral

T3_Manejo de la estomatitis

Medidas profilácticas	- Estricta higiene oral (> 3 veces/día, usando un cepillo suave o esponja según el grado de la estomatitis). - Evitar exposición a irritantes. - Aumentar ingesta de líquidos a 3 litros/día (si no está contraindicado).
Enjuagues bucales para reducir inflamación	- Solución salina o solución de bicarbonato de sodio cada 2 horas - Para ablandar secreciones: mezcla de agua/ agua oxigenada 1:4 - Solución de clorexidine (4 veces/día) como antimicrobiano - Vitamina E aplicar en área afectada - Nitrato de plata (estudiada en pacientes que reciben radioterapia) - Aplicación tópica de GM-CSF (estudiado en niños con mucositis postquimioterapia)
Para úlceras pequeñas	- Amlexanox pasta oral 5% aplicar 4 veces/día x 10 días. Aplicar en el inicio de las úlceras aftosas.
Candidiasis	- Zilactin gel aplicar en áreas afectadas, forma una película protectora.
Terapia para el control del dolor por mucositis	- Nistatin suspensión 5 ml (500.000 U): hacer buche y tragar 4 veces/día x 10 días, si no hay mejoría continúe con Clotrimazole. - Clotrimazole pastillas 10 mg 5 veces/día x 14 días, si no hay mejoría continúe con Fluconazole. - Fluconazole 200 mg dosis inicial seguida por 100 mg /día x 7 días - Itraconazole 200 mg /día x 14 días: se usa cuando hay resistencia al Fluconazole. - Amfotericin B Solución (0.1 mg/ml) 15 ml 4 veces/día: hacer buche y escupir. Se usa para casos refractarios. - Sucralfate: hacer buche y escupir según necesidad - Lidocaína/Difenidramina/Antiacid (1:1:1) hacer buche y tragar cada 6 horas x 3 días , si el paciente tiene dificultad para tragar, solo hacer buche y escupir. - Lidocaína viscosa 2%: aplicar con aplicador sobre úlceras - Benzocaína 20% gel oral: aplicar según necesidad - Capsaisin (dulces), en estudio - Crioterapia: pedazos de hielo, paletas. - Analgesia sistémica: opioides orales o parenterales

Lecturas recomendadas

- 1_Berger, A., Portenoy, R. & Weissman, D. (1998). Principles and Practice of Supportive Oncology. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- 2_Ferrell, B., & Coyle, N. (eds). (2001). Textbook of Palliative Nursing. New York: Oxford University Press.
- 3_Itano, J., & Taoka, K. (1998). Core Curriculum for Oncology Nursing. Third edition. Oncology Nursing Society. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- 4_Wrede-Seaman, L. (1999). Symptom Management Algorithms A Handbook for Palliative Care. Second Edition. Yakima: Intellicard.

23. DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE VOLUNTARIADO EN CUIDADOS PALIATIVOS

Sra. ESTELA JAIME; Dr. ROBERTO WENK

● INTRODUCCIÓN

Muchas veces nos preguntamos si realmente el solo hecho de querer ayudar al prójimo basta para poder hacerlo. La voluntad es la predisposición para realizar un acto determinado, la potencia anímica que mueve a hacer o no algo, la libre determinación sin precepto o impulso externo que obligue a hacerlo. Pero la voluntad no es todo: es necesario complementarla con conocimientos sobre el tema al que la voluntad está enfocada.

En el caso del voluntario de cuidados paliativos (CP), su voluntad de integrar el grupo no es suficiente, porque su función principal será interactuar con el paciente, su familia y los profesionales de la salud, y para ello debe tener conocimiento teórico y entrenamiento práctico. Los más importantes de cada etapa se describen a continuación.

● PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Radio, diarios, volantes, comunicación personal, etc.

● LA ENTREVISTA DE SELECCIÓN: CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

- + Comprensión y aceptación de la filosofía de los CP.
- + Buena salud y sin duelo reciente.
- + Predisposición al trabajo en equipo.
- + Buena comunicación.
- + Disponibilidad de 10 horas semanales.
- + Disponibilidad de teléfono.

● CAUSAS DE LA PRIMERA DESERCIÓN

- + Dificultad en cumplir los horarios.
- + Problemas económicos.

● CAUSAS DE LA SEGUNDA DESERCIÓN

- + La actividad no cubre sus expectativas.
- + Dificultad en la adaptación a la tarea de cuidar.
- + Dificultad en comprender que además de acompañar al paciente, hay otras actividades también importantes.
- + Dificultad para trabajar en equipo y para aceptar la participación de otras personas / disciplinas.
- + Problemas económicos.
- + Dificultad en cumplir los horarios.
- + Dificultad en realizar tareas administrativas.

● CAPACITACIÓN

La capacitación se realiza con un curso de tres meses de duración, en el que se analiza y comprende la situación del paciente con enfermedad incurable avanzada y la de sus familias, y se adquiere conocimiento y habilidad para cumplir eficazmente las tareas en CP.

El curso tiene 22 horas de clases teóricas y de participación guiada en actividad asistencial, y evaluaciones parciales y finales.

Los temas, desarrollados por los miembros de la Unidad, son:

- 1) Principios y objetivos del CP.
- 2) Descripción de las tareas de un VL en CP.
- 3) Relatos de experiencias de otros voluntarios.
- 4) Entrevista de evaluación / reflexión con psicólogos.
- 5) Necesidades de la unidad paciente-familia.
- 6) Comunicación con el paciente y su familia.
- 7) Trabajo en equipo.
- 8) Evaluación y monitoreo de:
 - + Síntomas (ESAS = Edmonton Symptom Assessment System).
 - + Analgesia (dosis, horarios).
 - + Estado cognitivo (MMST = Mini-Mental State Examination).
 - + Dieta y función evacuatoria.
 - + Integridad de la piel y de la cavidad oral.
- 9) Prevención y/o TRATAMIENTO de:

- + Constipación.
- + Escaras.
- + Lesiones de la boca.
- + Prurito.
- + Náuseas y vómitos.

10) Espiritualidad, sufrimiento actitud hacia la muerte.

11) Tratamiento y muerte en domicilio.

12) Terapia ocupacional.

● ACTIVIDAD

Si finaliza el curso de capacitación, y aprueba los exámenes, el voluntario está en condiciones de trabajar con el equipo interdisciplinario combinando su voluntad de ayudar con sus habilidades y conocimientos recientemente adquiridos. La actividad del voluntario puede ser:

CON contacto entre paciente y familia:

- + Asistencia en consultorio, internación y domicilio (masajes, alimentación, higiene).
- + Evaluación en consultorio, internación, domicilio y por teléfono (de los síntomas y del tratamiento).
- + Educación de cuidadores responsables (monitoreo de síntomas, control de alimentación / hidratación, etc).
- + Apoyo práctico (preparar la comida, higiene del hogar, traslados, compras).
- + Recreación (compañía, paseos, colaboración con otros servicios en el hospital).

SIN contacto del paciente y la familia:

- + Generación de recursos financieros.
- + Relaciones públicas.
- + Administración.
- + Educación.

● NECESIDADES DE LOS VOLUNTARIOS

Información:

- + Fundamentos y objetivos de las tareas que realizan (previa y en terreno).
- + Aspectos técnicos (educación).

- + Emociones durante la actividad asistencial y durante el trabajo en equipo:

Distribución (ASIGNACIÓN) de tareas

Supervisión y control de la actividad

Límites en las tareas:

- + Actividad de acuerdo a la habilidad.
- + Distancias.
- + Número de pacientes.

● RECOMPENSAS

Detalle de la actividad de los voluntarios de la Unidad de CP del Hospital Dr. E. Tornú

– Fundación FEMEBA.

Año 2000

- + 280 evaluaciones estructuradas de pacientes ambulatorios.
- + 76 intervenciones administrativas.
- + 90 acompañamientos a pacientes internados y familiares.

Año 2001

- + 823 evaluaciones estructuradas de pacientes ambulatorios.
- + 323 intervenciones administrativas.
- + 196 acompañamientos a pacientes internados y familiares.

● CONCLUSIÓN

Las características particulares del trabajo de un voluntario en CP hacen necesario un entrenamiento adecuado y un carácter especial, donde la voluntad es un complemento, del esfuerzo, la paciencia y la perseverancia para ayudar al prójimo desde una perspectiva diferente.

El presente texto está dedicado a todos los voluntarios que prestan su tiempo y su persona en forma desinteresada a aquellos que los necesitan.

Lecturas recomendadas

- 1_Cuadernos de los voluntarios de cuidados paliativos del Hospital Dr. E. Tornú – Fundación FEMEBA.
- 2_Felisa Favelukes de Kohan. (1965) Entrenamiento para voluntarias en Servicio Social, Editorial Buenos Aires.
- 3_Felisa Favelukes de Kohan. (1971) Voluntariado, Editorial Buenos Aires.
- 4_Wenk R y col. (1992) Manual de San Nicolás. Pain Research Group.

24. ANEXO-HERRAMIENTAS

T1_Conversión Equinalgésica

Dr. Eduardo Bruera; Dr. Larry Driver

Traducción al castellano: Dra. Liliana De Lima

1. Totalice la cantidad de opioide necesaria para controlar el dolor en 24 horas.
2. Multiplique esa cantidad por el factor de conversión en la tabla.
3. Reduzca en un 30% el nuevo opioide para prevenir la tolerancia.
4. Divida la cantidad por el número de dosis por día.

Opioide	De opioide parenteral a morfina parenteral	Del mismo opioide parenteral a opioide oral	De opioide oral a morfina oral	De morfina oral a opioide oral
Morfina	1	2.5	1	1
Hidromorfona	5	2	5	0.2
Meperidina/ Petidina	0.13	4	0.1	10
Levorfanol	5	2	5	0.2
Codeína	--	--	0.15	7
Oxycodona	--	--	1.5	0.7
Hidrocodona	--	--	0.15	7

Tramadol: El tramadol es un opioide sintético débil del receptor mu (μ) que también inhibe la reabsorción de norepinefrina y serotonina. Este analgésico se administra típicamente en dosis de 50 mg cada 4 a 6 horas. Los estudios comparativos del tramadol y morfina muestran equivalencias que varían de 6-10:1 (6-10 mg de tramadol equivalen a 1mg de morfina). La dosis máxima de tratamiento por día es de 400mg y 300 mg en pacientes con falla renal. (Colaboración de Roberto Wenk, MD y Jairo Moyano, MD)

T2_Conversión Fentanilo Transdérmico

Dr. Eduardo Bruera; Dr. Larry Driver
Traducción al castellano: Dra. Liliana De Lima

- 1. Identifique la dosis equivalente a 24 horas de morfina parenteral y localícela en la columna izquierda.
- 2. Seleccione los mcg por hora de fentanilo correspondientes en la columna derecha.
- 3. Para lograr las dosis necesaria, se pueden utilizar varios parches de >100 mcg por hora.
- 4. El parche dura 72 horas.
- 5. Para titular la dosis efectivamente, prescriba morfina u otro opioide de rescate, especialmente durante las primeras 12 horas. El parche toma 18 horas en lograr niveles máximos.
- 6. Mantenga recetadas dosis de rescate para dolor incidental.
- 7. Cada vez que cambie un parche (72 horas), ajuste la dosis teniendo en cuenta la cantidad adicional de opioide de rescate requerida durante ese período.

Morfina parenteral (mg por 24 horas)	Equivalente fentanilo transdérmico
8-22	25
23-37	50
38-52	75
53-67	100
68-92	125
83-97	150

T3_Valoración de Síntomas

Dr. Eduardo Bruera; Dr. Larry Driver

Traducción al castellano: Dra. Liliana De Lima

Nombre del paciente _____

Historia clínica # _____

Fecha _____

Sin dolor _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ Peor dolor imaginable

Sin cansancio _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ Peor fatiga imaginable

Sin náusea _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ Peor náusea imaginable

Sin depresión _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ Peor depresión imaginable

Sin ansiedad _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ Peor ansiedad imaginable

Sin mareo _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ Peor mareo imaginable

Sin dificultad _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ Peor dificultad para respirar
para respirar _____ imaginable

Buen apetito _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ Peor apetito imaginable

Duerme bien _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ Peor insomnio imaginable

Sensación de bienestar _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ Peor malestar imaginable

T4_Cuestionario Cage

Dr. Eduardo Bruera; Dr. Larry Driver
Traducción al castellano: Dra. Liliana De Lima; Dra. Mariela Bertolino; Dr. Raúl Sala

Nombre del paciente _____
Historia clínica # _____
Fecha _____

¿Ha sentido alguna vez que debe disminuir su consumo de bebidas alcohólicas? Sí No
(No continúe con el cuestionario si el paciente nunca ha tomado bebidas alcohólicas)

¿Se ha molestado alguna vez por las críticas que otros han hecho acerca de su consumo de bebidas alcohólicas? Sí No

¿Se ha sentido alguna vez culpable o ha sentido remordimiento por la cantidad de bebidas alcohólicas que consume? Sí No

¿Ha tomado alguna vez bebidas alcohólicas a primera hora de la mañana para sentirse bien o para acabar con una resaca/guayabo/ratón?

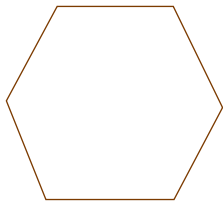
Evaluado por _____

T5_Cuestionario Mini Mental

Dr. Eduardo Bruera; Dr. Larry Driver
Traducción al castellano: Dra. Liliana De Lima; Dra. Mariela Bertolino, Dr. Raúl Sala

Nombre del paciente _____
Historia clínica # _____
Fecha _____

Puntaje paciente	Pregunta
5	1. ¿Cuál es el (día) (mes) (año) (estación)?
5	2. ¿Dónde estamos? (ciudad) (estado) (país) (hospital) (piso)
3	3. Nombre tres objetos al paciente y pídale que los recuerde (ejemplo: vaso, cobija, lápiz)
5	4. Pida que deletree la palabra MUNDO de atrás par adelante (ODNUM)
3	5. Pídale que enumere los tres objetos de la pregunta 3
2	6. Pida al paciente que enumere 2 objetos de la habitación
1	7. Pídale que diga: "Nada de noes, síes o peros"
3	8. Pídale que siga estas instrucciones: "Tome este pedazo de papel, dóblelo por la mitad y devuélvame"
1	9. Lea y obedezca lo siguiente: CIERRE SUS OJOS
1	10. Escriba una frase cualquiera con sujeto y verbo
1	11. Pídale al paciente que copie el diseño de la siguiente página
30	PUNTAJE TOTAL



Puntajes promedio

Compare el puntaje del paciente con el de la tabla.

Años de escolaridad	Edad					
	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	>79
0-4	20	20	20	19	18	16
5-8	24	24	25	24	23	22
9-12	28	28	27	27	26	23
Universitario o más	29	29	28	28	27	26