

# 5

## Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud

Programa de Capacitación

### Curso:

Detección temprana y seguimiento de  
**Factores de Riesgo Cardiovascular y  
Enfermedades Oncológicas en el PNA**

### Unidad 5:

**Dolor  
Cuidados Paliativos**



## Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Andrés Diosque

Coordinación General del Programa Remediar +Redes

Dra. Graciela Ventura

## Facultades de Medicina y Universidades participantes

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Comahue

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de la Plata

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Nordeste

Departamento Académico de Salud y de la Educación. Universidad Nacional de la Rioja

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario

Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur

Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires

Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Adventista del Plata

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Aconcagua

Facultad de Ciencias Biomédicas. Universidad Austral

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación H. A. Barceló

Escuela de Medicina. Instituto Universitario CEMIC Facultad de Ciencias de la Salud

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Facultad de Medicina. Universidad Católica de Córdoba

Facultad de Medicina. Universidad Católica de Cuyo

Instituto Universitario. Hospital Italiano de Buenos Aires

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Maimónides

Facultad de Medicina. Universidad de Morón

Escuela de Medicina. Instituto Universitario Italiano de Rosario

Facultad de Medicina. Universidad del Salvador



## Prólogo

Tanto el dolor como las enfermedades potencialmente letales que requieren de cuidados paliativos, temáticas de esta unidad 5, impactan significativamente sobre la esencia misma del ser humano, ya que abruptamente nos revelan dos verdades insoslayables: los límites de nuestra libertad y la finitud propia de la vida terrena. Tanto el dolor como la muerte, son una realidad de la vida.

Según la situación personal del paciente, su contexto familiar, la etiología, la patogenia y el pronóstico, el dolor con sus distintas características estará siempre presente, porque es inherente a nuestra condición de persona, revelándonos de que algo no está bien; y lo hace pertinazmente por lo que, además de identificarlo prontamente, es imposible de ignorar.

Si bien el ser humano es una unidad indisoluble de cuerpo y espíritu, frente al dolor se manifiesta a través de una dualidad.

Por un lado, el *dolor físico* que es percibido en forma definida y la mayoría de las veces localizada y que, como percepción sensorial material, está relacionado con receptores, fibras nerviosas, neurotransmisores, neuromoduladores y centros ubicados en el sistema nervioso central. Sin embargo este dolor físico, vivido como una experiencia única y subjetiva, además de la senso-percepción, involucra aspectos emocionales y conductuales.

Por el otro, el *sufrimiento o dolor moral o dolor psicomoral*, que no tiene una localización anatómica delimitada, sino que responde a un proceso psíquico que nos afecta espiritual, sentimental, emocional y psicológicamente.

Todos y cada uno de estos componentes contribuyen a establecer un verdadero círculo vicioso que condiciona que el paciente quede inmerso en un *dolor total* que él, muchas veces, lo considera como sin solución y se convence de que lo acompañará y lo esclavizará durante el resto de sus días.

Para advertir y comprender el dolor del otro, es necesario desarrollar sentimientos y una interioridad que permitan apreciar sus penurias.

Por eso el dolor y el sufrimiento humano constituyen un mensaje particular, que suplica el apoyo y la asistencia de otra persona: el profesional de la salud. Como la mejor manera de ayudar a quien sufre es reconocer y aceptar sus aflicciones, acompañarlo, escucharlo y sostenerlo, y no reducir la problemática a la óptica puramente materialista y técnica de encontrar un fármaco adecuado, entenderemos el por qué de esta unidad en un curso dirigido a profesionales de la atención primaria de la salud, al constituir ésta el ámbito adecuado para el cuidado de la misma, a través de los protagonistas que conocen mejor y que están más tiempo con sus pacientes y con sus familiares.

Permítaseme finalizar con dos mensajes. El primero de agradecimiento a las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación, del Programa Remediar+Redes y del Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud-TRAPS, por la distinción concedida de escribir este prólogo; el segundo, para congratularnos de esta iniciativa que muestra que es posible el trabajo mancomunado entre salud y educación, entre lo estatal y lo privado, procurando perfeccionar no únicamente a los agentes actuales de la atención primaria, sino pensando también en sus futuros protagonistas, al incorporar este curso en los programas del internado y de la práctica final obligatoria.

Gustavo L. Mauricio  
Decano  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad del Aconcagua



# Índice

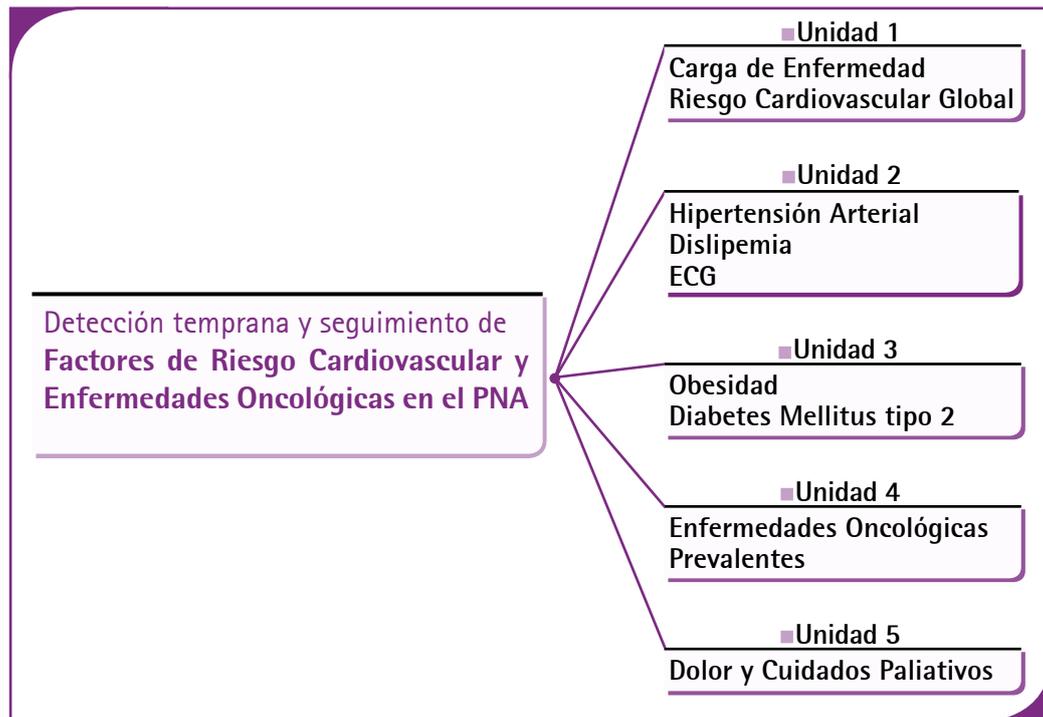
■ Presentación de la Unidad 5.....	9
■ Objetivos de la Unidad 5.....	11
■ Esquema de Contenidos Unidad 5.....	12
■ Dolor.....	15
■ Tipos de dolor.....	15
■ Evaluación del paciente con dolor.....	16
■ Medición del dolor.....	17
Escalas unidimensional.....	18
Escalas multidimensional.....	19
■ Tratamiento del dolor.....	21
Farmacológico.....	21
Escalera terapéutica de la OMS.....	21
Analgésicos.....	23
Opioides débiles.....	26
Opioides fuertes.....	26
Co-adyuvantes.....	30
Medidas no farmacológicas.....	33
<i>Ejercicio 1 de Comprensión y Aplicación.....</i>	35
■ Cuidados paliativos.....	37
■ Evaluación de necesidades.....	39
■ Trabajo interdisciplinario y colaborativo.....	40
■ Comunicación en Cuidados Paliativos.....	42
■ <i>Ejercicio 2 de Comprensión y Aplicación.....</i>	49
■ Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea.....	50
Náuseas y vómitos.....	55
Cuidado de la cavidad oral.....	60
Úlceras por presión.....	62
Constipación.....	66
Disnea.....	71
Dolor en Cuidado Palitivo.....	74
■ <i>Ejercicio 3 de Comprensión y Aplicación.....</i>	89

■ ■ Urgencias .....	91
Compresión medular aguda .....	92
Síndrome de vena cava superior .....	93
Hipercalcemia .....	94
Hemorragias .....	95
■ ■ Cuidados en la etapa final de la vida .....	97
■ ■ <i>Ejercicio Integrador de Comprensión y Aplicación</i> .....	103
■ ■ <i>Anexo 1: Normas para la prescripción de prescripción de Opioides</i> .....	105
■ ■ <i>Anexo 2:</i>	
a) <i>Escala de Karnofsky</i> .....	108
b) <i>Escala ECOG</i> .....	109
c) <i>Minimental test</i> .....	109
■ ■ <i>Anexo 3: Clave de respuestas</i>	
<i>Ejercicio 1 de Comprensión y Aplicación</i> .....	110
<i>Ejercicio 2 de Comprensión y Aplicación</i> .....	111
<i>Ejercicio 3 de Comprensión y Aplicación</i> .....	111
■ ■ Bibliografía .....	113

## Presentación de la Unidad 5

Bienvenidos y bienvenidas a esta nueva unidad del curso Detección Temprana y Seguimiento de los Factores de Riesgo Cardiovascular y Enfermedades Oncológicas en el Primer Nivel de Atención.

Este curso consta de cinco unidades:



En esta última unidad los temas a tratar son:

- Dolor
- Cuidados Paliativos

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

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

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

Recuerde que los conceptos fundamentales están desarrollados en esta unidad, pero si desea ampliar la información se ofrece una bibliografía complementaria (en el CD que acompaña al curso). En algunos casos, la consulta de esta bibliografía será imprescindible para realizar los ejercicios y para mejorar la calidad del debate entre colegas.

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

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

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

Luego de finalizar el curso, le estaremos enviando una encuesta de satisfacción a su casilla de correo con la finalidad de realizar una evaluación del mismo, donde se le preguntará acerca de los materiales, el desempeño docente, la organización, temas a desarrollar en los sucesivos cursos, entre otros.

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

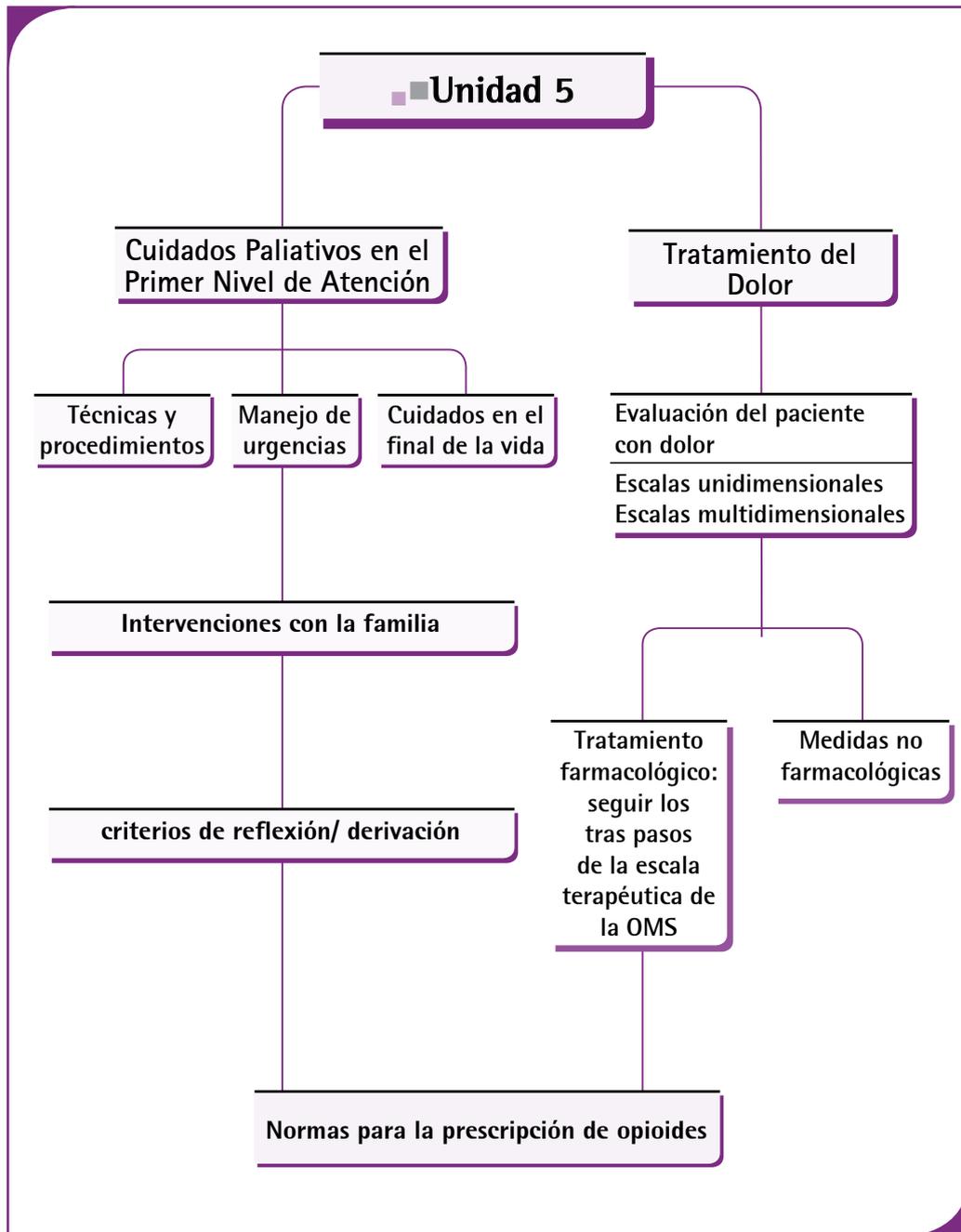
¡Gracias por acompañarnos en esta propuesta!

## Objetivo de la Unidad 5

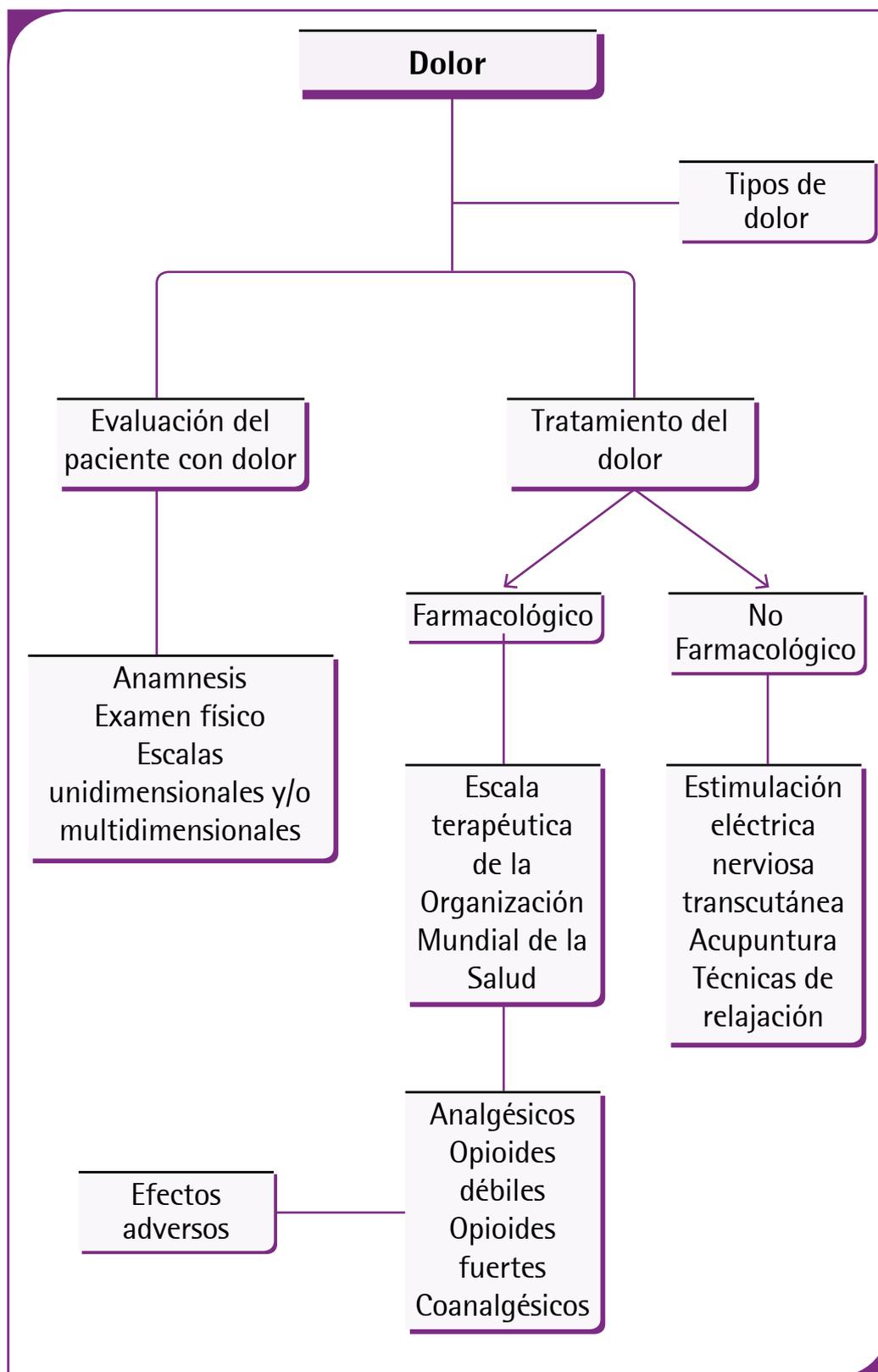
Cuando finalice esta Unidad esperamos que usted disponga de los conocimientos y habilidades suficientes para:

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

## ■ ■ Esquema de contenidos



## Esquema de contenidos





# Dolor

El dolor es un complejo fenómeno clínico que, en la mayoría de los casos, es un síntoma cuando ocurre en forma aguda pero es una enfermedad cuando se trata de una entidad crónica. Es uno de los motivos de consulta más frecuentes de atención primaria. Afecta a la mayoría de la población en varios momentos a lo largo de su vida, alterando en mayor o menor medida la calidad de vida, personal, social o laboral. Se estima que entre un tercio y la mitad de la población presenta en el año episodios de dolor clínicamente relevantes.

La definición de dolor es compleja. La International Association for Study of Pain (IASP) lo define como "una experiencia emocional desagradable, asociada o no a una lesión tisular, o que se describe con las manifestaciones propias de tal lesión". Dada la complejidad del síntoma existen varias definiciones, sin embargo todas integran la participación de un componente nocivo o sensorial y un componente afectivo o reactivo.

Un estudio realizado en España<sup>1</sup> estableció una prevalencia global elevada: el 78.6% de los entrevistados refirió tener o haber tenido dolor en una o más partes del cuerpo durante el último medio año; las mujeres manifestaron más frecuencia y se observó una tendencia al aumento de la prevalencia asociado con la edad. Las localizaciones más citadas fueron la espalda y las extremidades inferiores. Otro dato a destacar fue que el 84% manifestaba que el mismo tenía un tiempo de evolución mayor de 6 meses.

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

## Tipos de dolor

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

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

■ **Dolor neuropático.** Los dolores neuropáticos son cuadros dolorosos causados por la lesión de estructuras del sistema nervioso periférico, central o de ambos. Las causas más frecuentes en atención primaria incluyen: la neuralgia postherpética, las radiculopatías (lumbosacra,

<sup>1</sup> Bassos A, Bochs F, Baños JE. How does general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. J Pain Symptom Manage 2002;23:318-28.

#### GLOSARIO:

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

<sup>2</sup>American Psychiatric Association. DSM -IV -TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Masson. Barcelona. 2005

dorsal o cervical), la neuralgia del trigémino, la neuropatía diabética, la compresión o infiltración nerviosa tumoral, o las producidas por enfermedades degenerativas del SNC. El dolor es descrito como "quemante" o "urente". En ciertas circunstancias el paciente refiere "hormigueos", parestesias, o pinchazos. El dolor puede producirse como una respuesta aumentada a un estímulo nocivo: **hiperalgesia**; o una respuesta a un estímulo normal no nocivo: **alodinia**. En estos casos, estímulos ambientales cotidianos como el roce de la ropa, de la sábana o el viento, desencadenen una sensación de dolor.

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

El DSM IV-TR<sup>2</sup> establece los siguientes criterios para llegar a su diagnóstico:

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

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

## ■ Evaluación del paciente con dolor

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

Una adecuada valoración del dolor debe incluir:

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

Deben explorarse las siguientes variables:

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

## ■ Medición del dolor

La medición del dolor conlleva cierta dificultad dada la subjetividad del síntoma y su carácter multidimensional<sup>3</sup>. Resulta difícil "objetivar" el dolor y más aún si el paciente se encuentra debilitado, con alteraciones en la comunicación verbal o con trastornos cognitivos. Ocasionalmente las manifestaciones neurovegetativas (taquicardia, taquipnea, sudoración, hipertensión arterial) asociadas al dolor permiten al médico tener una dimensión de la intensidad del cuadro para ese paciente en particular.

La intensidad del dolor no siempre se asocia con la gravedad del mismo. Entre las personas existen muchas diferencias en cuanto a la percepción y la tolerancia al sufrimiento lo que dificulta la medición y valoración<sup>4</sup> del dolor. El dolor agudo es más fácil de cuantificar al tratarse de una experiencia corta en el tiempo y, generalmente, menos afectada por otras variables.

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

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

Las escalas se pueden clasificar en dos grupos<sup>5</sup>:

- unidimensionales
- multidimensionales.

<sup>3</sup> Warfield CA, Fausett HJ. Diagnóstico y Tratamiento del Dolor. Barcelona. MASSON S.A: 2004

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

<sup>5</sup> Serrano Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-saura PL, Serrano Alvarez C, prieto J. Valoración del dolor (II), rev Soc esp Dolor 2002 ;9:109-121.

## Escalas unidimensionales

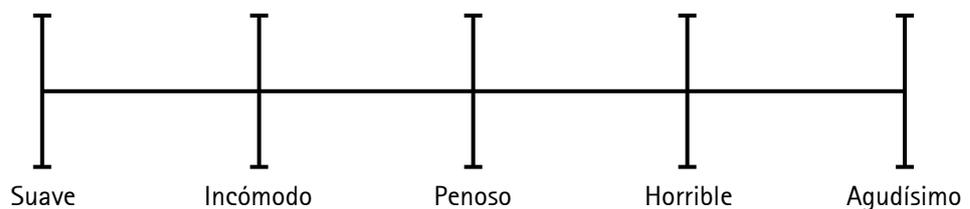
Evalúan un solo aspecto del dolor, por lo general su intensidad; son de fácil aplicación y tienen aceptables niveles de fiabilidad. Su principal desventaja es que no contemplan la multidimensionalidad del dolor y, por ello, deben ser complementadas con otras técnicas. Pueden ser de diferentes tipos:

- **Escalas verbales:** clasifican el dolor en 4 o 5 categorías. En algunas circunstancias se confrontan con escalas similares, para evaluar el alivio del mismo. Son fáciles de usar y de comprender por parte de los pacientes, pero tienen baja sensibilidad y ofrecen un escaso rango de respuesta. Su desventaja radica en las diferentes interpretaciones que pueden existir entre diversos grupos de pacientes. Las más conocidas son la de Keele y Melzack<sup>6</sup>.

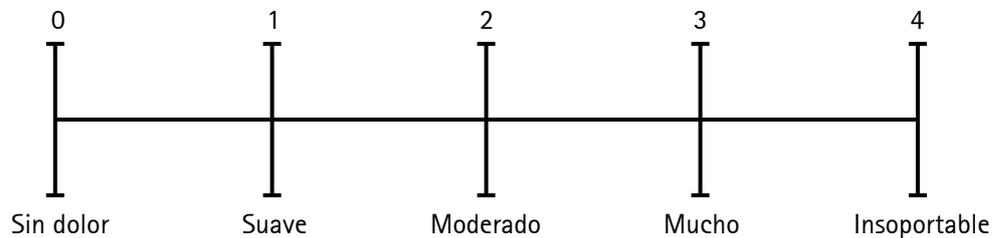
<sup>6</sup> del Castillo de Comas C, Díaz Díez-Picazo L, Barquinero Canales C. Medición del dolor: Escalas de medidas. JANO 24-30 de oct 2008. N° 1712.

### Escalas verbales

#### Escala de Melzack

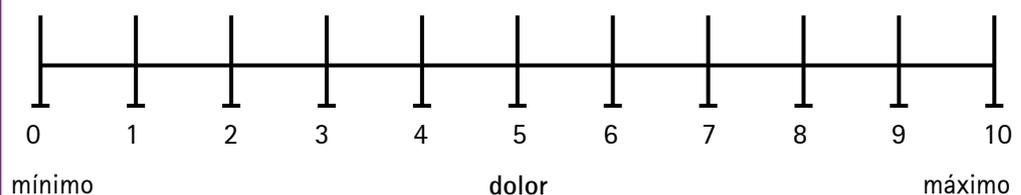


#### Escala de Keele



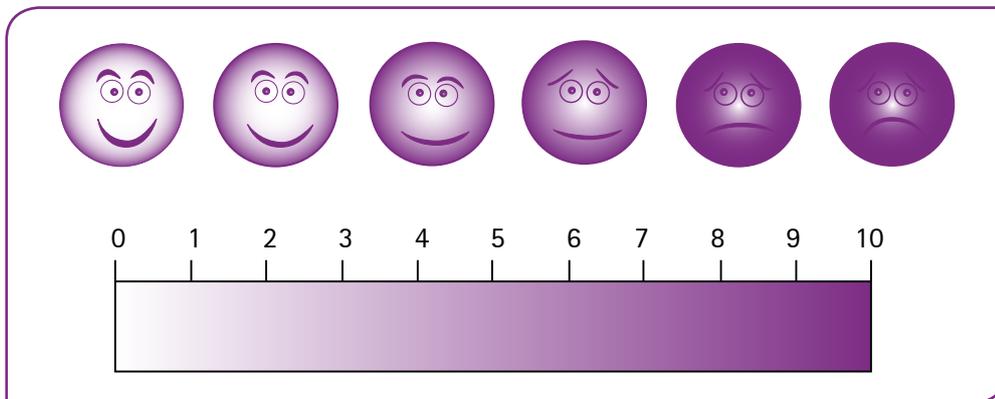
- **Escala visual analógica (EVA):** es una línea horizontal de 10 cm de longitud, en cuyos extremos se señalan el mínimo y el máximo nivel de dolor. El paciente señala en la línea la intensidad con la que percibe su dolor. Esta escala es la más utilizada universalmente, es simple, rápida y de fácil comprensión por parte del paciente. Tiene buena sensibilidad y es fácilmente reproducible, siendo la más práctica y sencilla para su uso en atención primaria y existe una buena correlación entre la escala verbal y la escala visual analógica<sup>7</sup>.

### Escala visual analógica



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

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



## Escalas multidimensionales

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

■ Test de Latineen: Instrumento ampliamente utilizado en la evaluación de pacientes con dolor crónico por su facilidad en la comprensión por parte del paciente. Es rápido de aplicar<sup>8</sup>. Está conformado por cinco grupos de preguntas que informan sobre:

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

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

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

<sup>8</sup> De Andrés, J ; Soriano, J ; Monsalve, V ; Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida. Rev Soc Esp Dolor 13 (2006);4 :216 - 229

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

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

**BPI (Breve inventario del dolor)**

**Fecha:**

**Nombre y Apellido:**

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

---

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

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

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*Sin dolor* *El peor dolor imaginable*

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

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*Sin dolor* *El peor dolor imaginable*

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

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*Sin dolor* *El peor dolor imaginable*

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

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*Sin dolor* *El peor dolor imaginable*

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

---



---

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

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

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

a- Actividad general:

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

b- Humor:

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

c- Capacidad para caminar:

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

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

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

e- Relaciones con otras personas:

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

f- Sueño:

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

f- Disfrute de la vida:

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

## ■ ■ Tratamiento del dolor

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

### Farmacológico

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

### Escala terapéutica del dolor. OMS

En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó un modelo conceptual y una guía con 3 pasos o escalones para orientar las decisiones terapéuticas en el manejo del dolor. Es una herramienta que facilita la selección, administración y titulación de una amplia gama de analgésicos. Hoy en día el uso de la "escala del dolor" de la OMS es utilizada mundialmente en el manejo del paciente con dolor.

En **primer lugar** se debe realizar una evaluación de la severidad del dolor utilizando alguna de las escalas descriptas.

En **segundo lugar**, se debe definir el escalón con el cual se comenzará el tratamiento según la severidad del dolor.

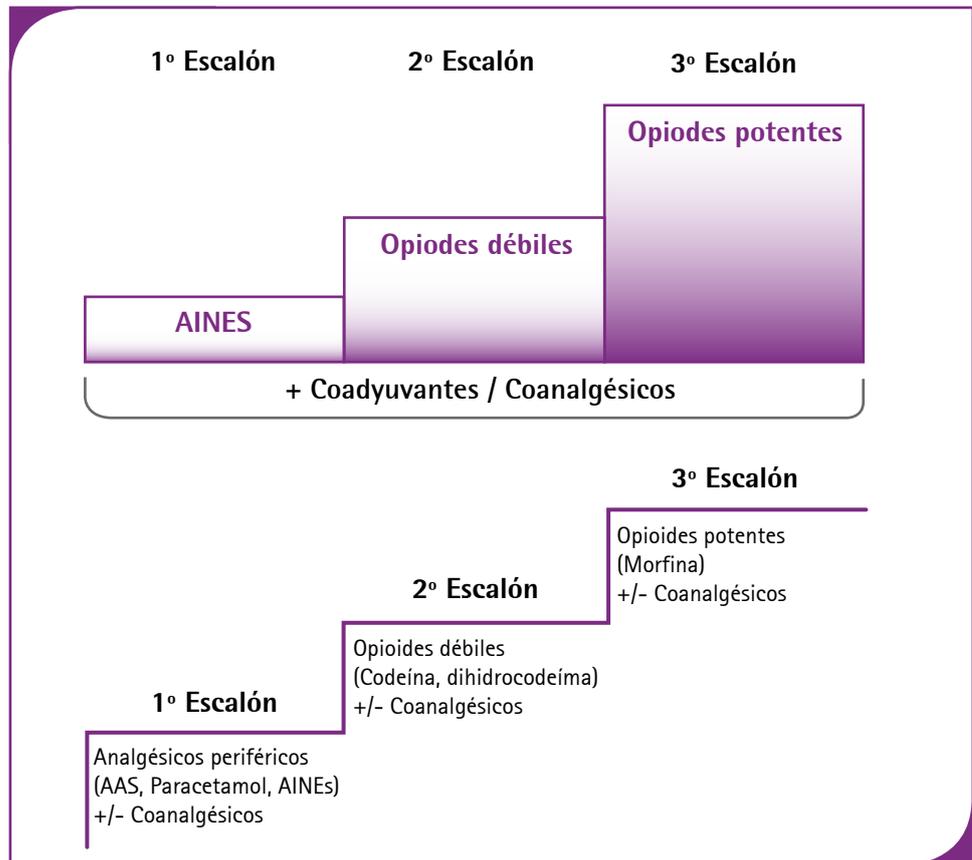
Intensidad del dolor evaluado en una escala analógica visual	Indicar fármacos
Dolores leves (puntaje 1-3/10)	Comenzar por el primer escalón
Dolores moderados (puntaje 4-6/10)	Comenzar por segundo escalón
Dolores severos (puntaje 7-10/10)	Comenzar por el tercer escalón

No es necesario atravesar secuencialmente cada escalón; un paciente con dolor severo puede necesitar comenzar directamente en el 3º escalón, con requerimiento de opioides.

Un plan terapéutico efectivo para el dolor requiere:

- una comprensión clara de la prescripción e indicación: la dosis, el intervalo, la duración. Recordar dar las indicaciones de manera verbal y escrita
- monitoreo periódico
- manejar los eventos adversos (dispepsia, náuseas, constipación) asociados con cada uno de los analgésicos prescritos.

Figura N°1: Escala analgésica de la OMS



Para la utilización de la escala se debe tener en cuenta que la misma no es estática; el tratamiento comienza por el nivel que el paciente necesita según la intensidad del dolor.

No se debe progresar al siguiente escalón hasta no haber agotado las posibilidades terapéuticas del nivel actual, incluyendo los co-analgésicos.

## 1) Primer escalón: analgésicos

El primer escalón de la OMS está representado por analgésicos no opioides, representados por paracetamol y por los antiinflamatorios no esteroideos. La principal ventaja de estos es la de no producir depresión respiratoria y no potenciar la depresión de la conciencia producida por los anestésicos. Tienen como desventaja su "efecto techo", es decir que pasada cierta dosis máxima, no aumentan su efecto analgésico pero sí las posibilidades de producir complicaciones graves.

**Acetoaminógeno (paracetamol).** Analgésico representativo del 1er escalón. Antipirético. Posee efectos analgésicos y antipiréticos similares a la aspirina pero con actividad antiinflamatoria débil. No genera efectos en plaquetas, tiempo de sangría ni excreción de ácido úrico. El riesgo de producir complicaciones gastrointestinales es bajo. **Dosis habitual**<sup>9</sup> vía oral en adultos es de 500mg a 1.000 gramos cada 4 a 6 hs. No se recomienda el uso crónico con dosis que superan los 4 grs/diarios, o el uso agudo con dosis > 6 grs/día ya que pueden causar necrosis hepática potencialmente fatal. En general debe evitarse su uso en pacientes con cualquier proceso hepático activo y reducirse en consumidores habituales de alcohol y personas con insuficiencia hepática o insuficiencia renal. Puede ser usado durante todas las etapas del embarazo. Se excreta en leche materna en pequeñas cantidades.

**Antiinflamatorios no esteroideos (AINE's).** Las drogas antiinflamatorias no esteroideas (AINE's, incluyendo la aspirina) son analgésicos efectivos del primer escalón. También pueden ser utilizados como co-analgésicos. Son los fármacos más utilizados en el mundo occidental en donde 1 de cada 4 habitantes consume un envase anual de algún AINE, 1.2% de la población los toma regularmente, y el 5% en forma intermitente. Hay diferentes clases de AINE's y algunos pacientes responden mejor a alguna clase que a otra, lo que lleva a que a veces haya que cambiar de fármaco dentro del mismo subgrupo de analgésicos. Las formulaciones de liberación prolongada se asocian con mayor adherencia del paciente al tratamiento.

<sup>9</sup> Formulario terapéutico para el Primer Nivel de Atención. 1º edición 2011. Remediar+Redes. Ministerio de Salud de la Nación

**Tabla N°1: Antiinflamatorios no esteroideos**

AINES			
Fármaco	Vía	Dosis Adultos	
		Máx. / día (mgrs.)	Intervalo (horas)
A.A.S. (1)			
Dexketoprofeno	Oral	100	4 a 6
Ketoprofeno	Oral, im, iv	300	4 a 8
Ibuprofeno	Oral	2400	4 a 8
Naproxeno	Oral	1500	6 a 8
Indometacina (2)	Oral, rectal	150 - 200	6 a 8; 12 (r)
Keterolaco	Oral, im, iv, sc	120	6
Diclofenaco (3)	Oral, rectal, im, sc	150	6 a 8; 12 (r)
Meloxicam	Oral	15	24
Celecoxib (4)	Oral	100 - 200	12 a 24
Clonixinato de lisina	Oral, rectal	1000	6 a 8

La vía de administración aconsejada de primera elección es la vía oral, excepto en el cólico renal donde se recomienda la intravenosa (Nivel de Evidencia I. Grado de recomendación A). También están indicados los AINES tópicos en contusiones y esguinces. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)

1) Elevada actividad antiinflamatoria. La aspirina es un analgésico efectivo para el dolor agudo de intensidad moderada a severa. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)

2) Como analgésico, el de mayor potencia de los AINES.

3) Considerado como potente analgésico y antiinflamatorio de los más utilizados en el mundo. Una dosis única de diclofenaco es efectiva para el tratamiento del dolor postoperatorio del moderado al grave dosis única de diclofenaco es efectiva para el tratamiento del dolor postoperatorio del moderado al grave. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)

4) 200 mg de Celecoxib en dosis únicas son al menos tan efectivos como 650 mg de aspirina ó 1000 mg de paracetamol en el alivio del dolor postoperatorio. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)

Fuente: Guía de Práctica Clínica: Manejo del dolor agudo en Atención Primaria. <http://www.agefec.org/Almacen/Manuales%20y%20guias/Manejo%20del%20Dolor%20agudo%20en%20AP.pdf>. Adaptación personal

Presentan como inconvenientes sus posibles efectos adversos representando el 30% del total de efectos adversos reportados por fármacos. Los mismos dependen del grado de selectividad del fármaco en la inhibición de la enzima cox-2. Cualquier fármaco que inhibe en forma no selectiva la enzima se asocia a gastropatía, insuficiencia renal, o inhibición de la agregación plaquetaria, independientemente de la vía de administración de la misma. El ibuprofeno por su mayor selectividad es más seguro.

**En pacientes con antecedentes de úlcera gástrica o hemorragias del aparato digestivo superior, náuseas o vómitos coexistentes, caquexia, desnutrición proteica o en adultos mayores es necesaria la co-administración de protectores gástricos<sup>10</sup> como el omeprazol (20 mg/d en ayunas).**

Para minimizar el riesgo de insuficiencia renal, incluyendo la necrosis papilar, se debe asegurar una buena hidratación y adecuada diuresis en estos pacientes. Los AINE's no selectivos deben ser utilizados bajo estricto control en aquellos pacientes con enfermedad renal previa. En pacientes con contraindicación a los AINE's no selectivos, podría estar indicado el uso de AINE's con inhibición selectiva de la cox-2.

<sup>10</sup> Frank LN and colls. Guidelines for Prevention of NSAID- Related Ulcer Complications. Am J Gastroenterol 2009; 104:728-738

**Uso de AINE's en el embarazo.** Casi no existen estudios controlados del uso de AINE's en el embarazo. Los riesgos teratogénicos potenciales son:

- durante la blastogénesis puede ocurrir muerte fetal
- durante la embriogénesis pueden ocurrir malformaciones
- durante el 2do y 3er trimestre pueden ocurrir anomalías funcionales.

No es aconsejable el uso de ninguno durante el embarazo. Sin embargo cuando la relación riesgo-beneficio lo justifique, solo usar fármacos de probada seguridad a la dosis mínima terapéutica y durante el menor tiempo necesario. El AAS debe evitarse durante el último trimestre del embarazo, siendo el paracetamol el analgésico de elección para utilizar en el embarazo.

Como ejemplo de los AINE's de uso habitual se describirá el ibuprofeno.

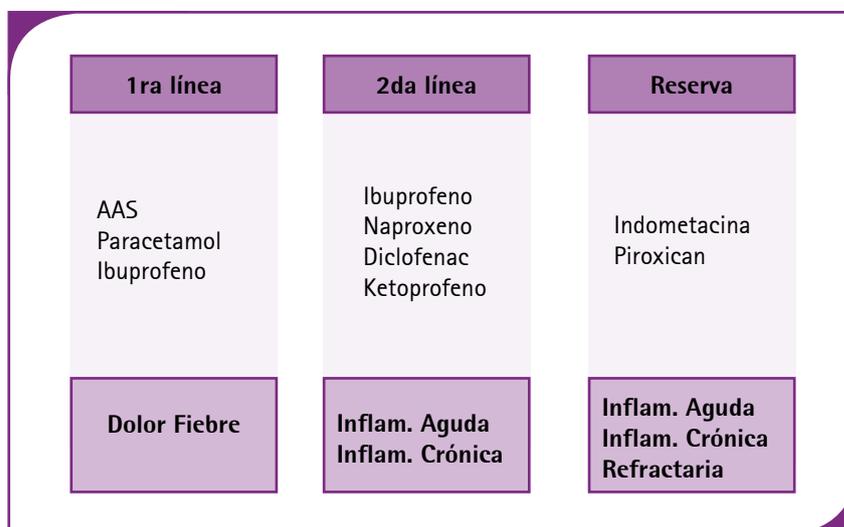
**Ibuprofeno:** fármaco de elección como analgésico y antiinflamatorio. Eficacia similar a otros antiinflamatorios no-esteroides (AINE's) y menor incidencia de efectos adversos. Como todos los AINE's inhibe la síntesis de prostaglandinas. Posee acciones antiinflamatorias, analgésicas y, también antipiréticas. Útil en el dolor postoperatorio, dental, episiotomía, dismenorrea, en el tratamiento de dolores musculares, para lesiones de tejidos blandos (esguinces y distensiones), en hombro congelado (capsulitis), en artritis reumatoidea, osteoartritis anquilosante y psoriática, y en poliartritis crónicas.

**Dosis vía oral en adultos:** inicialmente 1,2-1,8gr/día, divididas en 3-4 tomas. Preferentemente después de las comidas. Dosis de mantenimiento de 0,6-1,2 grs día.

En comparación con otros AINE's presenta menores efectos gastrointestinales, lo que lo distingue como fármaco de elección en el tratamiento del dolor y la inflamación leves a moderados. Los efectos gastrointestinales más frecuentes son: náuseas, dolor epigástrico, pirosis, diarrea, vómitos, indigestión, constipación, espasmos o dolor abdominal, meteorismo y flatulencia. Raros (Menos de 1%): úlcera gastroduodenal, hemorragia gastrointestinal, pancreatitis, melena, gastritis, hepatitis, ictericia, alteraciones de las pruebas de la función hepática. Comparte con los demás AINE's los efectos adversos cardiovasculares. A altas dosis, más de 1.200 mg, es uricosúrico y a 600 mg retiene uratos.

No se recomienda en embarazo y lactancia, salvo que los beneficios superen los riesgos.

Figura Nº 2: Uso racional del primer escalón



## 2) Segundo escalón: opioides débiles

El segundo escalón está representado por opioides débiles: codeína, tramadol, dextropropoxifeno. Logran su pico máximo de acción a los 60-90 minutos de una ingesta oral o una administración rectal, 30 minutos luego de una administración subcutánea y solo 6 minutos luego de una inyección intravenosa.

Ver anexo 1 las normas para la prescripción de opioides.

## 3) Tercer escalón: opioides fuertes

En este escalón se encuentran disponibles en nuestro país la morfina, oxicodona, metadona, fentanilo.

### Esquemas en la administración de los opioides

- liberación inmediata
- liberación prolongada
- dosis de rescate.

**Esquemas de liberación inmediata.** Si el dolor es continuo y se decide optar por esta modalidad terapéutica, se deben administrar opioides cada 4 hs. La mejor respuesta se obtendrá a las 24 hs, a excepción de la metadona que es a las 48 hs. Se le debe proveer al paciente fórmulas de rescate del mismo medicamento que él utilizará a demanda en aquellos momentos de reagudización del dolor (dosis de rescate). Si a las 24 hs el dolor permanece sin control, se deberá incrementar la dosis en un 15-30% en los casos de dolor leve a moderado y entre un 30-50% en los casos de dolor severo. Otra opción es sumar las dosis de rescates administradas al total de la dosis recibida el día anterior mientras dichos rescates hayan aliviado el síntoma.

No debe retrasarse el aumento de la dosis ya que estos retrasos solo prolongan el dolor en el paciente en forma innecesaria. Si el dolor es severo a pesar de los aumentos de dosis es importante reevaluar integralmente, analizar los mecanismos de producción que generan el dolor y/o las complicaciones que lo incrementan, considerar el uso de adyuvantes y tener presente la interconsulta con un especialista en dolor en el segundo o tercer nivel de atención. Se debe monitorear el estado clínico del paciente hasta el control del dolor.

**Esquemas de liberación prolongada.** Están disponibles sólo para opioides fuertes. La principal ventaja de estos preparados es que permiten menor frecuencia de dosis, con lo cual mejora la adherencia y compliance del paciente. Estos preparados están específicamente formulados para controlar el dolor durante 8, 12 o 24 hs. Los comprimidos deben ser ingeridos en forma entera, sin masticar ni triturar, para conservar su propiedad, o bien pueden ser disueltos en líquidos y luego ser administrados a través de una sonda o un tubo de alimentación enteral en caso necesario. El mayor beneficio de estas formulaciones se observa a los 2 a 4 días de comenzada su utilización, por lo que la dosis no debe ser modificada hasta tanto no haya transcurrido ese período de tiempo.

**Dosis de rescate.** Para aumentar la efectividad de las mismas y disminuir el riesgo de efectos adversos, se debe utilizar el mismo opioide que viene utilizando el paciente pero de liberación inmediata. En el caso en que el paciente esté utilizando fentanilo transdérmico, se recomienda utilizar opioides de corta acción como la morfina o la oxicodona, como dosis

de rescate. Si la función renal estuviera alterada, la opción de rescates se realizaría con metadona, con control estrecho. La "dosis de rescate" se debe calcular a razón del 10 al 15% de la dosis diaria y se debe ofrecer a razón de una por hora en casos de opioide oral, no metadona; hasta cada dos horas en caso de usar rescate de metadona; y hasta cada 30 minutos si se administra en forma sc o intravenosa.

<b>Tabla Nº2: Analgésicos Opioides</b>		
<b>Medicación</b>	<b>Dosis Recomendada Oral Parenteral Transdérmico</b>	<b>Comentario</b>
<b>Agonistas Puros: receptor Opiodes <math>\mu</math> (mu). Son los que tienen un mayor perfil analgésico</b>		
<b>Morfina</b>	-Comprimidos de liberación rápida 10-20 mg /4 hs. - Comprimidos de liberación prolongada 60-90-120 mg /12 hs. - vía sc ó iv	-Es el más utilizado de los opioides. -El alivio del dolor no es distinto entre morfina de liberación sostenida y la de liberación inmediata. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)
<b>Fentanilo</b>	- Disponible en parches de 25-50-100 mg/ hs. -También disponible en forma de citrato absorbible a través de mucosa oral, (200-400-600-800-1200 mg) siendo una opción de tratamiento efectiva para el dolor. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)	-La presentación oral y transmucosa es más eficaz que el placebo y que la morfina de liberación inmediata para tratar el dolor irruptivo (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A), siéndolo tanto como la morfina intravenosa para paliar el dolor postoperatorio debido a cirugía abdominal. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)
<b>Agonista Relación Codeína</b>		
<b>Codeína</b>	-30-60 mg v.o. cada 4/6 hs.	-Se asocia con paracetamol o AAS. Hay pacientes resistentes al efecto analgésico. -Dosis de 60 mg asociada a paracetamol produce alivio adicional del dolor, pero puede estar acompañado por un aumento del adormecimiento y vértigo. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)
<b>Dihidrocodeína</b>	-60 mg v.o. cada 12 hs	-Perfil similar a la codeína, y una administración más cómoda
<b>Oxicodona</b>	- Inicio 10mg/12 hs. v.o. (10-20-40-80 mg)	-Es tan efectiva como la morfina y/o metadona. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A) 10 mg de oxicodona equivale a 20 mg de morfina oral
<b>Agonista Opoide Sintético</b>		
<b>Meperidina</b>	-150mg/d v.o.	-Produce metabolitos tóxicos de larga vida media que pueden producir convulsiones . -Contraindicados totalmente en asociación con inhibidores de MAO

<b>Agonista Opoide Sintético</b>		
<b>Dextropropoxifeno</b>	- 65-100mg/hs v.o.	-Puede combinar con paracetamol con eficacia similar a 100 mg de tramadol, pero con una incidencia menor de efectos adversos (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A) -Produce metabolitos tóxicos de larga vida media que pueden producir convulsiones y cardiopatía. La FDA lo retiró del vademecum y ANMAT sugiere fuertes restricciones a su uso.
<b>Tramadol</b>	50 - 100 mg v.o. cada 6 hs. Existe fórmula de liberación prolongada: 100-150-200 mg cada 12 hs v.o; vis i.m. o s.c 100 mg. Presentando gotas: 1 gota = 2.5 mg. 1 pulsación = 12.5 mg que es el rescate correspondiente a 50 mg de tramadol.	-Sus efectos adversos más frecuentes son mareo, náuseas y vómitos. Mayor potencia analgésica que codeína. Con paracetamol se produce sinergismo sin aumento de efectos secundarios. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A) -Posibilidad dosis rescate: presentación gotas. -Es un tratamiento eficaz para el dolor neuropático. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A)
<b>Opiodes Agonistas Parciales : receptor Opioides <math>\mu</math> 50%. Tienen techo terapéutico</b>		
<b>Buprenorfina</b>	-Vía transdérmica: los parches son de 35-52.5 y 70 mg/hs. Se combinan cada 72 hs (equivalen a 0.8-1.2 y 1.6 mg/día comprimidos sublinguales) presentando buena adhesión al tratamiento. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación D) -Vía sublingual: comprimidos de 0.2-0.4-2-8 mg.	-Buena tolerancia vía transdermica. (Nivel Evidencia I. Grado de recomendación A) -Su absorción es muy buena por cualquier vía de administración -Tiene mínimos efectos cardiovasculares. -Al ser agonista parcial, la reversión con las dosis habituales de naloxona es sólo parcial, se emplearán dosis superiores para revisión completa.

Fuente: Guía de Práctica Clínica: Manejo del dolor agudo en Atención Primaria. <http://www.agefec.org/Almacen/Manuales%20y%20guias/Manejo%20del%20Dolor%20agudo%20en%20AP.pdf>

### **Dolor óseo**

El dolor óseo puede ser constante durante el reposo, con picos de intensidad con los movimientos. Suele ser el resultado de cambios mecánicos debidos a metástasis, compresiones o fracturas patológicas. Los opioides son el eje fundamental en el manejo del dolor óseo. Los AINE's, los corticoides, los bifosfonatos (alendronato o pamidronato), la calcitonina, o incluso la radioterapia son todas opciones adicionales que se pueden sumar de acuerdo a un criterio adecuado a la patología de base.

Cuando no hay ninguna intervención ortopédica definitiva que pueda proveer alivio, la utilización de ortesis externas (muletas, andadores, etc.) pueden proveer alivio al paciente, así como aumentar la base de sustentación, efecto anti inflamatorio por inmovilización y evitar mayores traumatismos.

## Vías de administración de los opioides

Como principio general la primera vía de administración será la oral por ser la menos invasiva. Sin embargo, algunos pacientes pueden beneficiarse con la utilización de otras vías de administración que no sea la oral por disfagia, vómitos, obstrucción esofágica, etc. Otra alternativa son los preparados que se disuelven en la boca o sublinguales que permiten la absorción de los fármacos a través de la mucosa oral.

La administración transrectal se comporta farmacológicamente de forma similar a los preparados orales. Sin embargo, a pesar de su alta efectividad, no suele ser una vía fácilmente aceptada por los pacientes.

Aquellos pacientes que reciben dosis estables de opioides pueden utilizar los parches *transdérmicos*. Se debe prestar especial atención a la zona de colocación de los mismos. zonas sin vellos y que no se despeguen con el baño o la sudoración.

Para la administración parenteral, ya sea en dosis aisladas o a través de la infusión continua, son las mismas dosis que para la vía subcutánea o intravenosa. La vía intramuscular no está recomendada por ser invasiva y porque tienen una absorción muy errática.

*Para ampliar información sobre dosis, vías de administración, intervalos puede leer el capítulo de dolor en cuidados paliativos en la página 74 de esta unidad.*

## Efectos adversos

El uso de opioides se asocia con varios y frecuentes efectos adversos que pueden aparecer incluso ante una única dosis. Los mismos pueden ser fácilmente manejados y la mayoría de los pacientes desarrollan tolerancia farmacológica a los mismos en poco tiempo.

- **Nauseas/vómitos:** entre el 15 y 30% de los pacientes experimentan náuseas acompañadas o no de vómitos cuando comienzan a recibir opioides. Estas son fácilmente anticipables y tratables con el uso de antieméticos. Suelen desaparecer en 3-4 días a medida que se desarrolla la tolerancia a los opioides. Se puede utilizar 10 mg de metoclopramida antes de cada dosis de opioides o incluso cada 6 hs. Si hubiera resistencia a metoclopramida, puede ser una opción el uso de 1 mg de haloperidol administrado de la misma forma.
- **Constipación:** secundaria al uso de opioides es universal, llegando a afectar a casi el 90% de los pacientes. Por otro lado, la tolerancia a la misma se desarrolla muy lentamente por lo que siempre requiere de tratamiento. Se puede anticipar la misma con intervenciones en la dieta, aumentando los líquidos y las fibras, pero estas medidas no suelen ser suficientes. Es necesario contrarrestar este efecto con el uso rutinario de laxantes e ir escalando la dosis de los mismos hasta obtener el efecto deseado. Los agentes proquinéticos como la metoclopramida puede co-adyuvar también. Si la constipación persiste se puede agregar un agente osmótico como la leche de magnesio, la lactulosa o el sorbitol para disminuir la consistencia de la materia fecal.
- **Somnolencia:** ocurre en el 20% de los pacientes que comienzan un tratamiento con opioides. A pesar que rápidamente se desarrolla la tolerancia a los mismos, ésta puede re-agudizarse con los rápidos aumentos de dosis. La incidencia de la misma puede disminuir al ajustar la dosis llegando incluso a ser necesario, en algunos casos, rotar

<sup>11</sup> Benyamin R, Buenaventura R, Glaser S. Opioid Complications and Side Effects. Pain Physician 2008;opioid Special issue:11:S105-S120

<sup>12</sup> Miaskowski C, Bair M, Chou R, and cols. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. 6th ed. Glenview: American Pain Society; 2008

de opioide. Hay trabajos que han demostrado que el metilfenidato<sup>11</sup> en dosis de 5 a 15 mg/d disminuye en un 60% la sedación producida por los opioides. (se recomienda iniciar de dosis bajas sobre todo en ancianos)

- **Prurito – Urticaria:** algunos pacientes desarrollan urticaria o prurito con los opioides. Mientras el paciente reciba opioides se pueden co-administrar antihistamínicos de larga duración, no sedativos, como la fexofenadina 60 mg c/12 hs o difenilhidramina o loratadina de 10-30 mg día.

- **Depresión respiratoria:** el temor a la depresión respiratoria secundaria al uso de opioides es una de las principales causas del uso sub-terapéutico de los mismos<sup>12</sup>. La incidencia de aparición esta demostrada que es excesivamente baja en la población general, dentro de indicaciones supervisadas y con monitoreo adecuado.

*Puede ampliar más información sobre efectos adversos de opioides en el capítulo de dolor en cuidados paliativos en la página 82*

Existe la creencia de que la administración de analgésicos opioides para el manejo del dolor causa adicción. Este mito solo lleva a un inadecuado control del dolor. La adicción está caracterizada por la dependencia psicológica de los fármacos junto con un síndrome conductual caracterizado por un uso compulsivo y continuo de las drogas a pesar de su posible daño. Se debe prestar especial atención para diferenciar un abuso de sustancias de una pseudoadicción debida a un tratamiento subóptimo del dolor.

La dependencia física es el resultado de cambios neurofisiológicos que ocurren debido a los opioides exógenos. La suspensión abrupta de los opioides pueden resultar en una abstinencia caracterizada por taquicardia, hipertensión, diaforesis, piloerección, náuseas y vómitos, diarrea, dolores generalizados, dolor abdominal, psicosis y/o alucinaciones.

## Co-adyuvantes

La medicación co-analgésica o co-adyuvante son medicamentos que habitualmente tienen otras indicaciones específicas pero que cuando son agregados a los analgésicos primarios, mejoran el control del dolor.

Muchos de los fármacos que se van a describir fueron concebidos originalmente para otros fines pero la mayoría de los profesionales que tratan dolor los indican junto con los analgésicos primarios. Recuerde que los coanalgésicos pueden incluirse en cualquier punto de la escalera analgésica de la OMS.

**Antidepresivos tricíclicos.** Los antidepresivos tricíclicos son de primera línea en pacientes con dolor neuropático. El dolor neuropático, caracterizado por dolor descrito como "quemante" u "hormigueo", generalmente requiere de adyuvantes analgésicos además de los opioides para lograr el manejo adecuado.

El antidepresivo tricíclico más estudiado es la amitriptilina. Se debe iniciar la terapia con dosis bajas y aumentarlas gradualmente. Dosis bajas, entre 10 y 25 mg vo antes de acostarse son efectivas en 2 o 3 días. La dosis puede incrementarse cada 4 a 7 días hasta lograr el control del dolor o aparezcan efectos adversos. En pacientes ancianos, con hepatopatía o nefropatía, la dosis inicial debe ser 10 mg.

Los principales efectos adversos son la somnolencia y la constipación. Como alternativa puede considerarse el uso de desipramina que tiene mínimo efecto anticolinérgico o sedativo. La dosis es similar a la de la amitriptilina. Los antidepresivos tricíclicos deben usarse con precaución en pacientes con enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio) y no se deberán administrar en pacientes que muestren alargamiento del QT o problemas de conducción (arritmias cardíacas, bloqueo A-V, etc.).

Las reacciones adversas más características son:

- frecuentemente (10-25%): sedación y efectos anticolinérgicos, con sequedad de boca, estreñimiento que ocasionalmente puede inducir un íleo paralítico, retención urinaria, visión borrosa, trastornos de la acomodación, glaucoma e hipertermia
- ocasionalmente (1-9%): somnolencia; hipotensión ortostática y taquicardia especialmente en ancianos, arritmia cardíaca, depresión miocárdica, cambios en el electrocardiograma (ECG) (prolongación en los intervalos QT y QRS); erupciones exantemáticas, leucopenia, agranulocitosis, ictericia colestática y aumento de peso
- raramente (<1%): confusión especialmente en ancianos, reducción de la concentración, alucinaciones, pesadillas, manía, parestesia, cefalea, neuropatía periférica, ataxia, temblor, convulsiones, tinnitus, estomatitis, náuseas, vómitos, alteraciones del gusto (sabor agrio o metálico), fotodermatitis, disartria, conjuntivitis, anisocoria, mialgia, galactorrea, impotencia sexual, pérdidas menstruales.

El tratamiento debe ser suspendido inmediatamente en el caso de que el paciente experimente algún episodio de convulsiones, fiebre con sudoración, hipertensión o hipotensión, dificultad en la respiración, pérdida de control vesical o rigidez muscular grave. La interrupción brusca del tratamiento después de la administración prolongada puede producir un efecto rebote con náusea, cefalea y malestar.

**Gabapentin.** El gabapentin es otro adyuvante en todos los dolores neuropáticos. La dosis de inicio es de 100 mg c/8 hs y se va aumentando la dosis paulatinamente cada 1 o 2 días en dosis de 100 mg para disminuir el riesgo de aparición de efectos adversos (mareos principalmente). La dosis máxima es de 3600 mg/d.

**Carbamazepina.** La carbamazepina es otra alternativa. Se debe comenzar a dosis de 100 mg c/8 o 12 hs y se debe incrementar en dosis de 100 o 200 mg cada 5 o 7 días hasta lograr el efecto deseado. Muy útil en pacientes con dolor de origen neuropático. Se absorbe en forma lenta e irregular por vía oral y alcanza su mayor concentración plasmática en 4 a 8 hs, pero puede retrasarse hasta 24 hs. Se metaboliza en hígado y se elimina por vía renal. Este fármaco produce autoinducción de las enzimas hepáticas por lo cual apresura su propio metabolismo y va decreciendo gradualmente su concentración plasmática. **Efectos adversos:** somnolencia, vértigo, diplopia, ataxia, visión borrosa, cefaleas y reacciones cutáneas de hipersensibilidad, efectos sobre SNC, sobre aparato gastrointestinal, cardiovasculares. Puede causar depresión sobre la médula ósea.

**Corticoesteroides.** Los corticoides son frecuentemente utilizados en pacientes con dolor. Pueden ser beneficiosos ante compresiones nerviosas agudas, aumento de la presión intracraneal, dolor óseo, anorexia, y/o náuseas. La **dexametasona** es el corticoide de mayor vida media y con menor efecto mineralocorticoide, siendo de elección. Puede ser administrada una vez al día en dosis entre 2 y 20 mg, por boca. Se debe respetar el ritmo circadiano esteroideo, por lo que se deben administrar a las 8 hs, y nunca después

de las 16 hs, para evitar el insomnio. Como alternativa se podrá usar **prednisona** dosis 20 a 100 mg/d. El uso crónico se asocia a **efectos adversos** como miopatía proximal, candidiasis oral y desmineralización ósea, pero todos ellos deben evaluarse en cada paciente, dado el grado de avance de la enfermedad causante. La interrupción brusca de una dosis alta o administración prolongada tiene riesgo de recurrencia súbita del cuadro tratado y de insuficiencia suprarrenal, que suele ser leve y pasar desapercibida, aunque en algunos pacientes puede ser grave y amenazar la vida. La administración continuada de corticoides por vía sistémica puede producir hábito cushingoide, intolerancia a la glucosa, inmunosupresión, hipertensión arterial, retención hidrosalina, miopatía, psicosis y osteoporosis. Para evitar esta última enfermedad, los que reciben tratamiento prolongado con corticoides deben recibir suplemento con calcio y vitamina D3, Los corticoides pueden agravar una úlcera preexistente. La administración conjunta con alcohol o analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios no esteroides, puede aumentar el riesgo de úlcera o hemorragia gastrointestinal. Pueden alterar los resultados de análisis clínicos de: glucosa en sangre y orina, hormonas tiroideas, colesterol, calcio, potasio y pruebas cutáneas de tuberculina. También pueden administrarse por otras vías.

**Antieméticos.** Los antieméticos juegan un rol esencial como co-adyuvantes ya que el uso de algunos grupos de analgésicos (especialmente los opiáceos) se asocia a náuseas y vómitos. Se recomienda la prevención de los mismos con **metoclopramida** dosis de 10 mg, 30 minutos antes de la dosis analgésica, o en forma reglada administrando la misma dosis cada 4 hs por vía oral, sc o iv.

*Para ampliar la información lea el capítulo náuseas y vómitos en cuidados paliativos (página 52 de la presente unidad)*

**Relajantes musculares.** Frecuentemente los pacientes con dolor adoptan posiciones antálgicas favoreciendo la aparición de contracturas musculares que en forma cíclica contribuyen a empeorar el cuadro. Ellos pueden beneficiarse del uso de relajantes musculares periféricos.

**Carisoprodol:** 350 mg c/6-8 hs vo

**Piridinol:** 4 mg/día vo 1 a3 v/día

**Baclofeno:** 10-30 mg/día, en dosis de incremento y descenso progresivo, iniciando por 5-10mg/día.

#### **"Refuerzos o dosis extras o de rescate" de opioides**

Transitoriamente pueden ocurrir episodios de dolor agudo (reagudización), que pueden desencadenarse durante el movimiento (dolor incidental), o incluso el reposo (dolor espontáneo). Cuando estos episodios duran más de unos minutos, se recomiendan las dosis de rescate. Debe indicarse una dosis de rescate por hora hasta tanto se obtenga el alivio del dolor. Las dosis deben ser calculadas en forma equivalente al 10% de la dosis diaria. Una vez que se haya estabilizado el dolor se podrá pasar a las formulaciones de "liberación sostenida", fraccionando en dos tomas diarias la dosis total, incluidos los rescates.

### El uso de analgésicos según la escala de la OMS requiere los siguientes seis principios

- 1) Por "boca". La vía oral es de elección y en su defecto la vía subcutánea.
- 2) Por "reloj". El dolor como síntoma "fijo" requiere suministro "fijo" de analgésicos, a intervalos regulares.
- 3) Por "escalera". Si con la dosis máxima de un fármaco de un escalón, y la aplicación combinada adecuada del resto de los fármacos co-analgésicos, no se alcanza el alivio, se deberá pasar al siguiente escalón.
- 4) Personalizado. La dosis adecuada para cada paciente es aquella que alivia el síntoma con los mínimos efectos adversos posibles.
- 5) "Atención a los detalles". No dar cosas por supuestas; Preguntar siempre ¿Por qué?; "Escucha activa" del enfermo
- 6) Monitorear la respuesta al tratamiento.

## Medidas no farmacológicas

Si bien el tratamiento farmacológico es el pilar del tratamiento del dolor, siempre debe considerarse todas las opciones terapéuticas disponibles al momento de establecer un plan de acción con el paciente. Muchos pacientes han experimentado resultados beneficiosos a través de técnicas neuroestimuladoras, incluyendo la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS), la acupuntura, la terapia física, el biofeedback y la psicoterapia

**Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS).** Es una técnica analgésica, no invasiva, y fácil de utilizar que se basa en la aplicación local de impulsos eléctricos en los que se puede modificar la intensidad de la onda eléctrica que se aplica. Está indicado principalmente en el tratamiento de dolores agudos y crónicos localizados, de origen neuropático, isquémico y/o somático, como coadyuvante del tratamiento farmacológico. No es útil en el dolor post-quirúrgico.

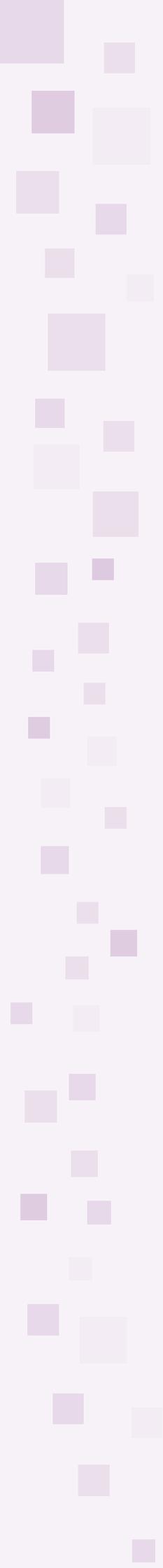
**Acupuntura.** La acupuntura puede ser una herramienta útil como co-adyuvante del tratamiento del dolor especialmente en pacientes con cefaleas, lumbalgia, síndrome del túnel carpiano, fibromialgia, y osteoartritis<sup>13</sup>. Se basa en la inserción de finas agujas en puntos específicos. Un estudio randomizado, multicéntrico y doble ciego realizado en Alemania en el año 2007, comprobó que la acupuntura es más eficaz que los tratamientos convencionales para aliviar el dolor lumbar. El resultado se obtuvo sometiendo a 1.162 pacientes de 50 años de edad y con dolencias lumbares a 13.475 tratamientos a lo largo de seis meses. El 80% de los tratados con acupuntura mejoraron, frente al 27% de los pacientes tratados con medicinas y ejercicios físicos<sup>14</sup>. A la fecha en nuestro país la práctica de la acupuntura está legislada y debe ser realizada solo por médicos.

**Técnicas de relajación.** Están indicadas en aquellos pacientes en los que la ansiedad, la contractura muscular o el miedo son marcadores de su quehacer diario. Se basan en el control de la contractura muscular y en el control de la respiración para evitar el ciclo tensión-dolor-tensión. Han demostrado eficacia en la disminución de los efectos secundarios en pacientes con cáncer y en aquellos con cefalea<sup>15</sup> (disminución de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, el dolor, y variables emocionales).

<sup>13</sup> "Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la Acupuntura". OMS. Ginebra. 2002

<sup>14</sup> Haake M, Schade-Brittinger C. "German Acupuncture Trials (GERAC) for Chronic Low Back Pain Randomized, Multicenter, Blinded, Parallel-Group Trial With 3 Groups" Arch Intern Med. 2007;167(17):1892-1898

<sup>15</sup> Silbertstein S. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review) report of the quality standards subcommittee of the American Academy of neurology. Neurology 2000; 55; 754



## Ejercicio 1 de Comprensión y Aplicación

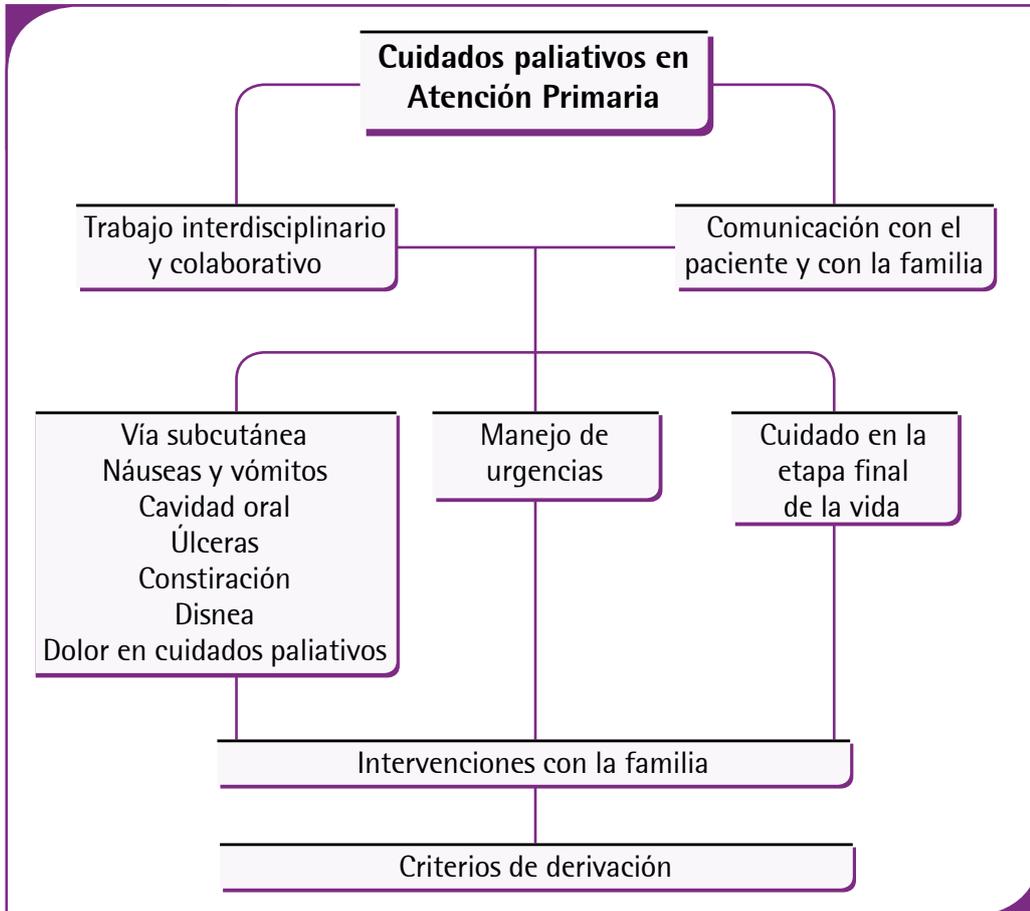
Marque V (verdadero) si considera que el enunciado es correcto y F (falso) si es incorrecto.

		V	F
1	Se considera que el dolor crónico es una enfermedad.		
2	El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuente en el primer nivel de atención.		
3	El dolor es una experiencia emocional desagradable asociada en todos los casos a una lesión tisular.		
4	La aplicación de una escala multidimensional es suficiente para realizar la evaluación del paciente con dolor.		
5	La intensidad del dolor siempre va asociada con la gravedad del mismo.		
6	El dolor crónico es más fácil de cuantificar.		
7	Las escalas unidimensionales se utilizan para evaluar la intensidad del dolor.		
8	Las escalas multidimensionales se utilizan principalmente para evaluar el dolor crónico.		
9	El Inventario breve del dolor (BPI) es una escala que explora intensidad y localización del dolor y también la interferencia que tiene el dolor en las actividades de la vida diaria.		
10	Los dolores oteoarticulares son un ejemplo de dolor somático.		
11	El dolor neuropático es causado por la lesión de estructuras del sistema nervioso periférico y/o central.		
12	El dolor visceral se caracteriza por ser difuso, mal localizado.		
13	El dolor psicógeno es una simulación.		
14	Se considera dolor mixto cuando diferentes tipos de dolor se suman o cuando distintos tipos de dolor aparecen en la evolución de la enfermedad.		
15	La utilización de placebos está justificada como estrategia para evaluar la respuesta del paciente.		
16	Si en la evaluación del dolor realizada con una escala analógica visual se obtiene un puntaje 1-3/10 se considera dolor leve y corresponde iniciar tratamiento con los analgésicos incluidos en el 1º escalón.		
17	En caso de dolor severo (puntaje 7-10/10) el tratamiento se inicia prescribiendo opioides fuertes (3º escalón).		

		V	F
18	La dosis adecuada para cada paciente es aquella que alivia el síntoma con los mínimos efectos adversos posibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Corresponde prescribir los fármacos del 3° escalón cuando no se logra el alivio con la dosis máxima de un fármaco y co-analgésicos del 2° escalón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	En todos los casos el tratamiento del dolor debe comenzar por el 1° escalón de la Escalera terapéutica de la OMS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compare sus respuestas con las que figuran en el Anexo 3 Clave de respuestas

# Cuidados Paliativos



El cambio en los patrones de morbilidad y el aumento de la expectativa de vida de la población determinaron un aumento en el número de pacientes que cursan Enfermedades con Riesgo de Vida en Estadío Avanzado (ERVEA) como por ejemplo cáncer, VIH, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, hepáticas y renales entre otras<sup>16</sup>.

Estos pacientes tienen múltiples síntomas y problemas de salud, psíquicos y emocionales sociales y existenciales; están expuestos al sufrimiento por un período variable de tiempo (días, meses, a veces años) con declinación clínica y progresiva, lo cual tiene importante repercusión en sus familias.

**El paciente y su familia componen una unidad de tratamiento (UT) con necesidades específicas que requieren evaluación y tratamiento<sup>17</sup>.**

Minimizar el sufrimiento de la mejor manera posible es un objetivo de la Medicina y un derecho de los pacientes pero el modelo médico actual se centra casi exclusivamente en la cura de las enfermedades y no otorga la importancia suficiente al control del sufrimiento. El Cuidado Paliativo (CP) reconoce la importancia de la cura y también del control del sufrimiento; propone complementar el modelo curativo con la consideración y utilización de todas las oportunidades posibles para mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno.

<sup>16</sup> The solid facts. Palliative Care. Ed. Davies E, Higginson IE. World Health Organization Europe. 2004. <http://www.euro.who.int/>

<sup>17</sup> Field, J. and Christine K. Approaching death: improving care at the end of life. Committee on Care at the End of Life, Division of Health Care Services., Institute of Medicine ; Cassel Editors. National Academy Press, Washington, D.C. 1997

<sup>18</sup> WHO. National Cancer Control Programs: Policies and Managerial Guidelines, 2nd Ed. Geneva: WHO, 2002

<sup>19</sup> Wenk R, Bertolino M. Palliative care development in South America: a focus on Argentina. J Pain Symptom Manage. 2007 May;33(5):645-50

<sup>20</sup> International Association for Hospice and Palliative Care. IAHPC List of Essential Practices in Palliative Care. Houston: IAHPC Press, 2012

Cuidado Paliativo es un modelo asistencial que tiene como propósito mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan enfermedades potencialmente letales y la de sus familias. Se focaliza en la prevención y el control del sufrimiento a través de la identificación precoz, evaluación y tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y existenciales<sup>18</sup>.

La naturaleza y la importancia del CP como un componente esencial de la atención es cada vez más reconocido por los profesionales de la salud, la comunidad y los responsables de la planificación sanitaria. En Argentina la evolución del CP en últimos 20 años ha sido muy significativo, sin embargo, se estima que sólo lo reciben entre 1–5 % de los pacientes que lo necesitan. La mayoría de nuestra población no tiene acceso adecuado al CP, lo que se traduce en sufrimiento innecesario<sup>19</sup>. La disponibilidad y la accesibilidad todavía son limitadas; las causas de este déficit son numerosas pero una de ellas es que la mayoría de los servicios de CP se encuentran en los centros de atención de segundo y tercer nivel de complejidad.

Es importante considerar que el 70 % aproximadamente de las personas que requieren cuidados paliativos pueden ser tratados en forma ambulatoria en el primer nivel de atención por médicos de familia, clínicos y/o enfermeros que hayan adquirido las competencias básicas de CP. El resto de los pacientes (30 %) pueden presentar problemas de mayor complejidad que requerirán la intervención de equipos especializados en cuidados paliativos.

El propósito de esta capacitación es brindar los conocimientos básicos de CP para que los profesionales del primer nivel de atención puedan incorporar los principios y técnicas de CP en sus tareas habituales de asistencia de pacientes con ERVEAs.

En esta Unidad 5 trabajaremos bajo el marco propuesto por el IAHPC International Hospice of Palliative and Hospice Care, siguiendo los temas que figuran en la Lista de Prácticas Esenciales de Cuidado Paliativo<sup>20</sup>. Este listado incluye las prácticas esenciales en cuidados paliativos que pueden ser provistos por médicos y enfermeros y que reúne la mayoría de las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del cuidado de los pacientes y sus familias:

- Trabajo interdisciplinario y colaborativo
- Comunicación en Cuidados Paliativos
- Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea
- Náuseas y vómitos
- Cuidado de la cavidad oral
- Úlceras por presión
- Constipación
- Disnea
- Dolor
- Urgencias
- Compresión medular aguda
- Síndrome de vena cava superior
- Hemorragias
- Cuidados en la etapa final de la vida

## Evaluación de necesidades

El cuidado paliativo (CP) es una modalidad de atención integral que asigna gran valor a la evaluación multidimensional del paciente y de su familia. Se considera fundamental reconocer los distintos factores que son significativos y comprender cómo interactúan e influyen en la evolución de la enfermedad.

La evaluación facilita la identificación de problemas y necesidades, los que son manifestados por el paciente, la familia y/o los detectados por el equipo de salud.

La identificación y evaluación de necesidades o problemas activos en cada área de evaluación y su análisis integral permite plantear las acciones posibles e implementar las estrategias de intervención correspondientes.

El propósito de la evaluación multidimensional<sup>21</sup> es analizar objetivos terapéuticos posibles de acuerdo al pronóstico, la evolución y los recursos disponibles. Se trata de diferenciar objetivos curativos de objetivos de alivio o soporte.

En la evaluación de deben considerar los diferentes aspectos mencionados en la siguiente tabla.

<b>Tabla N°3: Unidad de tratamiento: paciente-familia Con características únicas según edad, género, cultura, biografía</b>			
<b>Patología</b>	<b>Aspectos físicos</b>	<b>Aspectos psicológicos</b>	<b>Aspectos sociales</b>
Tipo y fecha de diagnóstico Pronóstico Co-morbilidades	Intensidad del dolor y otros síntomas Capacidad Funcional y autonomía	Emociones, vínculos Humor, estado cognitivo Trastornos psicológicos	Cambios de roles Finanzas Familia y redes comunitarias
<b>Aspectos espirituales</b>	<b>Aspectos prácticos</b>	<b>Aspectos de fin de vida</b>	<b>Duelo</b>
Creencias Sentido de la vida Esperanza Religión y rituales	Actividades vida diaria Accesibilidad a atención profesional Accesibilidad a medicación	Preferencias y posibilidades de atención Directivas anticipadas (No reanimación) Legados Necesidades de la familia	Apoyo en duelo normal Detección de duelo complicado; derivación a psicología.

Fuente: Patty W. Palliative Medicine Pocket Companion. The Basics. The Institute for Palliative Medicine. San Diego Hospice. Pág.9:2009

**Aspectos físicos:** identificar y registrar la presencia e intensidad de los síntomas, posibles causas o factores generadores. Potenciales complicaciones que requieran interconsulta o derivación.

**Aspectos psico-espirituales:** evaluar el conocimiento y la comprensión del diagnóstico, de la posible evolución de la enfermedad y de las expectativas con los tratamientos. Valorar el humor, los factores de estrés y posibles desordenes psicológicos (depresión, ansiedad, trastornos de adaptación, trastornos cognitivos o delirium).

Indagar sobre personalidad previa y adaptación a las dificultades. Evaluar los antecedentes psicológicos o psiquiátricos de riesgo, las redes de apoyo, los recursos religiosos y espirituales.

<sup>21</sup> Fuente: Adaptada de Ferris F, y col. A Model to Guide Hospice Palliative Care: Base on National Principles and Norms of Practice. Canadian hospice Palliative Care Association, 2002

**Aspectos socio-familiares:** evaluar la dinámica y los recursos en la organización familiar, las posibilidades de apoyo económico y de ayuda en la tarea de cuidar al paciente. Considerar el riesgo de claudicación familiar.

Analizar los estilos familiares que influyen en la adherencia a los tratamientos. Es recomendable registrar la información familiar con la ayuda de un familigrama.

También es importante registrar:

- la medicación en uso, el grado de eficacia en el control de síntomas y los efectos adversos.
- las recomendaciones de los especialistas que intervienen en la asistencia: oncólogos, psicólogos, neurólogos, etc.

Están disponibles numerosos instrumentos que permiten realizar evaluaciones semi-estructuradas. Los más prácticos y simples son<sup>22</sup>:

- Evaluación de síntomas: con escala numérica (de 0-10) o categórica (leve, moderado, severo, insoportable). Ejemplo: Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS)
- Evaluación de presencia o ausencia de confusión: Método de Evaluación de Confusión (CAM: Confusion Assessment Method)
- Evaluación cognitiva: MMT: Mini Mental Test de Folstein.
- Estado funcional: escalas de Karnovsky o ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group).

*Ver anexo 2 para mayor información sobre estos instrumentos.*

La información se obtiene a partir de las consultas directas con el paciente en consultorio o en domicilio o de consultas indirectas, con familiares, cuando hay dificultades para el traslado del paciente.

Las evaluaciones deben realizarse en forma periódica; es necesario estar atentos a los cambios o aparición de nuevos síntomas o modificación de tratamientos<sup>23</sup>.

## ■ ■ Trabajo interdisciplinario, integrado y colaborativo

Implica el intercambio de información entre los diferentes niveles de asistencia.

Para lograr un intercambio eficaz es necesario conocer las competencias y responsabilidades de cada nivel de atención y/o contar con la posibilidad de asesoramiento en el mismo nivel o en un nivel superior cuando el efector de la asistencia local lo considere necesario.

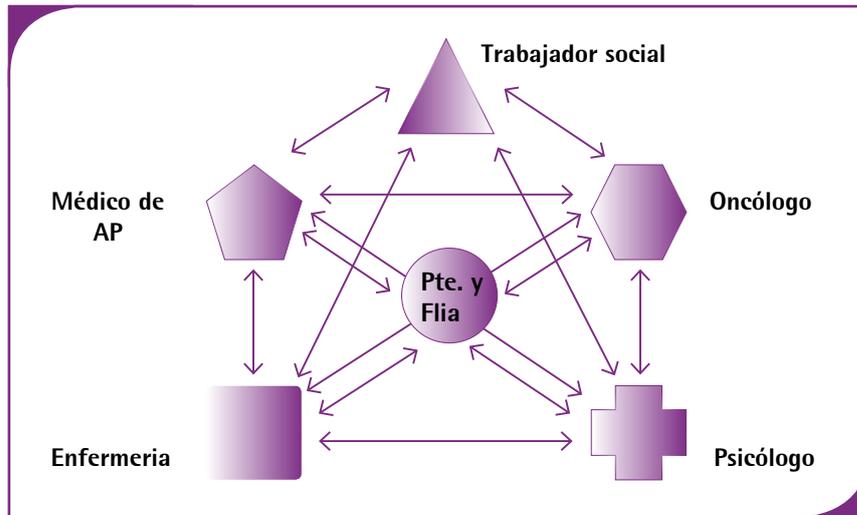
El trabajo integrado colaborativo es un desafío; es necesario comprender la importancia de lograrlo para mejorar la asistencia del paciente con un menor desgaste profesional que el que genera una práctica basada en la intervención individual y fragmentada<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Evaluación en Cuidado Paliativo. <http://paliativo-femeba.org/uploads/2009/06/Evaluacion%20en%20Cuidado%20Paliativo.%20Junio%202008.pdf> (acceso 20/03/2012)

<sup>23</sup> Elsayem A, Driver L, Bruera E. The M.D.Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.2. Pág.11. 2ªEd: MD Anderson Cancer Center, 2002

<sup>24</sup> Bruera E, Hui D. Journal of Clinical Oncology. 2010; 25 (28):4015

Figura N° 3: Modelo de trabajo interdisciplinario, integrado y colaborativo



### Toma de decisiones

En general más del 50% del tiempo de la consulta se ocupa en la entrevista, desarrollando aspectos de comunicación, dialogo terapéutico, educación, acuerdos y organización de la asistencia. El intercambio deliberativo entre el paciente, la familia y el equipo de salud facilita que el proceso de transmisión de información y el de toma de decisiones sean graduales, en función de los deseos y voluntades expresados, de la evolución y el pronóstico, del contexto educativo, cultural y/o religioso y de la capacidad del paciente<sup>25 26</sup>.

Es necesaria la interacción entre los diferentes referentes de las disciplinas y/o con los miembros de otros niveles de asistencia para unificar las recomendaciones - sobre todo médicas - y evitar opiniones divergentes que generen confusión o inseguridad al paciente o a su familia.

### Organización familiar

El contexto familiar o afectivo debe ser tenido en cuenta en el momento de comunicar el diagnóstico y la evolución de la enfermedad (curación, estabilización, progresión o recaída, aparición de complicaciones) y en el momento de presentar el plan para control de síntomas (ésta precaución adquiere importancia cuando se inicia la asistencia en el período final de la vida). Colaborar en la organización y apoyo familiar implica que los miembros del equipo de salud puedan:

- acondicionar y adaptar el sistema de asistencia a los recursos disponibles
- sugerir formas de organizar las actividades de cuidado por ejemplo brindar recomendaciones sobre tiempos de descanso
- facilitar información u orientar sobre redes de apoyo económico, social, religioso
- detectar situaciones de riesgo tal como la enfermedad del cuidador principal
- identificar la posibilidad de claudicación familiar, dar pautas para prevenirla
- acompañar los procesos de rehabilitación y/o readaptación que sean necesarios.

<sup>25</sup> Pallipedia. Decisión making capacity. <http://pallipedia.org/term.php?id=567> (acceso 10/03/2012)

<sup>26</sup> Mc Daniell S, CambellT, Orientación Familiar en Atención Primaria. Cap 2. La influencia de la familia sobre la enfermedad: investigaciones sobre la incidencia de la familia en la salud. 2º Ed.España: Springer Verlag Ibérica, 1998.

<sup>27</sup> Mc Daniell S, Campbell T. Orientación Familiar en Atención Primaria. Cap15. Dificultades en la evolución de las enfermedades crónicas: Asistencia a los pacientes y sus familias. 2ª Ed. España: Springer Verlag Ibérica, 1998.

Los recursos que posee un grupo familiar pueden surgir, desarrollarse y/o desaparecer como diferentes maneras de adaptación a la situación de enfermedad<sup>27</sup>.

## ■ ■ Comunicación en cuidados paliativos

Una buena comunicación permite conocer el problema de salud en sus diferentes dimensiones y facilita la toma de decisiones personalizadas. Es un proceso dinámico que requiere estrategias adaptadas a las necesidades de cada momento evolutivo de las ERVEAs. Lograr una comunicación apropiada y adaptada a cada persona influye positivamente en la asistencia, fortalece los recursos del paciente y su familia para enfrentar los distintos problemas relacionados con las ERVEAs.

La comunicación es uno de los aspectos más importantes de la asistencia en salud porque es a través de ella que se construye la confianza en la relación profesional/paciente. El proceso de comunicación puede ser mejorado con capacitación, reflexión y experiencia clínica.

La mayoría de las personas prefiere recibir información médica junto con el apoyo emocional.

El entrenamiento de los profesionales en habilidades comunicacionales contribuye a aumentar la satisfacción con la tarea.

En el contexto de Cuidados Paliativos se requiere desarrollar competencias para abordar temas que suelen ser considerados emocionalmente difíciles para el paciente, para su entorno afectivo y para el equipo de salud.

La comunicación es un proceso de intercambio de información, ideas y emociones, que implica escucha activa y comprensión de la situación<sup>28</sup>. En muchas oportunidades es lo que más necesitan pacientes y familias y es esencial para las intervenciones en las dimensiones psicosociales y espirituales del sufrimiento.

En toda entrevista médica existen diferentes tipos de lenguaje<sup>29</sup>. Se utiliza el lenguaje verbal y el no verbal para brindar o intercambiar información, clarificar dudas, expresar sentimientos, relacionar situaciones, hacer razonar, facilitar la comprensión.

El lenguaje verbal requiere el uso de términos comprensibles, adecuados al momento y al medio socio-cultural.

Las preguntas abiertas que generalmente comienzan con *¿Qué...?*, *¿Cómo...?*, *¿Para qué...?*, *¿Cuándo...?* dan oportunidad de hablar a los pacientes que desean hacerlo y permiten permanecer en silencio a los que no lo desean. Es importante que los pacientes y familiares comprendan que pueden preguntar acerca de la enfermedad pero que no es obligación hacerlo.

El lenguaje no verbal incluye los gestos, el contacto visual y físico, el tono de voz, las pausas, los silencios y la postura. Constituye más del 60 % de la comunicación y debe ser coherente con el lenguaje verbal.

<sup>28</sup> Clèries Xavier. La Comunicación: Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Capítulo 4. Habilidades comunicativas en el encuentro con el paciente. Ed. Masson, S.A., Barcelona, 2006

<sup>29</sup> Wenk R, Bertolino M. y cols. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 2ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007

El contacto visual da la oportunidad de observar cómo se recibe la información que se transmite y ayuda a graduarla; los gestos pueden ser signos de atención, escucha y confirmación de lo que expresa el paciente o la familia; el silencio da al interlocutor la posibilidad para intervenir o expresar emociones; el contacto físico permite transmitir afecto y contención.

Los pacientes y familiares valoran profundamente la escucha activa que facilita la expresión de necesidades y emociones.

Algunas condiciones facilitan la comunicación:

- ambiente y espacio adecuado: utilizar un lugar cómodo (consultorio o domicilio) con resguardo de la privacidad y la atención que requiere la entrevista. No es apropiado dar información parados en pasillos con circulación de gente
- espacio personal: establecer la distancia prudente y confortable entre personas facilita la comunicación, contención y contacto. Es conveniente estar sentados durante la entrevista.

### Recomendaciones prácticas para realizar la entrevista

- Evitar el uso de lenguaje médico codificado, que impide al paciente y a su familia comprender
- Brindar sólo información esencial, fraccionarla en distintas entrevistas. Si se da demasiada información en un sólo momento, será difícil recordarla y puede generar confusión
- Repetir la información importante, ya que las reacciones emocionales disminuyen la capacidad de escucha y comprensión
- Usar diagramas, gráficos o cartillas que el paciente se pueda llevar. Puede ser útil de acuerdo a la cultura o educación del paciente. Por ejemplo esquemas de administración de analgésicos, la profilaxis de la constipación
- Dejar que el paciente hable sin ser interrumpido. Dar una pausa antes de hablar. Si esto no se cumple el paciente puede creer que su relato no es importante
- Alentarlo a expresarse con frases tales como "está bien...", "cuénteme más...", "entiendo..." y mantener el contacto visual
- El silencio es muchas veces de ayuda, sosteniéndolo de manera contenedora puede facilitar una reacción emocional (llanto, enojo)
- Si los silencios se hacen demasiado largos se puede preguntar "¿en qué está pensando?"
- Finalizar la entrevista haciendo o pidiendo un breve resumen o reflexión, para evaluar lo comprendido.

<sup>30</sup> Driver L, Bruera E. The M. D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 4.1ª Ed. USA.: MD Anderson Cancer Center, 1999.

La comunicación efectiva permite que durante la asistencia sea posible<sup>30</sup>:

- comprender las necesidades y expectativas del paciente ante su diagnóstico y pronóstico
- adaptar la información a la necesidad genuina del paciente y no a la demanda de la familia o del equipo
- adecuar la información a medida que los síntomas se complican y/o la enfermedad progresa
- realizar la evaluación y manejo adecuados de síntomas
- planificar modalidades de seguimiento y tratamiento
- promover intervenciones de acompañamiento
- comprender cómo impacta la enfermedad en el paciente y la familia
- facilitar la expresión de voluntades anticipadas y/o manifestar legados.

La atención en el primer nivel de atención genera una situación propicia para dar continuidad a la comunicación sobre la condición clínica y la toma de decisiones. Cuando existe un vínculo con el paciente en seguimiento ambulatorio previo, es posible anticipar sus reacciones y sus necesidades de información.

La comunicación se establece entre el paciente, la familia o entorno afectivo y los distintos profesionales del equipo de salud. Es necesario mantener una comunicación adecuada con todos los especialistas involucrados para unificar la estrategia de asistencia y clarificar aspectos específicos de la enfermedad y/o del tratamiento.

A medida que más especialidades de otros niveles de atención intervienen en el tratamiento de personas con Enfermedades con Riesgo de vida en Estadío Avanzado (ERVEAs), aumenta el riesgo de fragmentar la asistencia y dificultar la unificación de información en el primer nivel.

Los problemas y/o déficit en la comunicación pueden generar insatisfacción o frustración en el paciente y en la familia así como también en el equipo de salud. Es importante la disponibilidad de "estar" junto al paciente, mostrando preocupación y compromiso.

Además de tratamientos eficaces, los pacientes necesitan explicaciones, contención y ayuda para afrontar su situación. Necesitan calidez, apoyo y diálogo terapéutico en la asistencia.

<sup>31</sup>Barbero J, Barreto P. y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.

<sup>32</sup>Bruera E. Process and Content of Decision Making by Advanced Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology, 2006; 24 (7): 1029-1030

### **Temas difíciles<sup>31 32 33</sup>**

Son temas complejos derivados de situaciones que comprometen la calidad de vida.

Tratar estos temas suele ser un desafío por el impacto emocional que pueden generar en el paciente, en su familia y también en los profesionales del equipo de salud. Los más importantes son:

- el diagnóstico de una enfermedad grave, no curable, o avanzada (cáncer, SIDA, enfermedades neurodegenerativas, entre otras)
- las opciones de tratamientos con riesgos (quimioterapia, radioterapia, cirugías de distinto grado de complejidad)
- la necesidad de iniciar tratamientos con morfina u otro opioide

- la información de progresión de enfermedad o recaída luego de una remisión
- la presentación de complicaciones que afectan profundamente la calidad de vida (compresión medular, síndrome de vena cava, hemorragias)
- la evidencia de la cercanía del final de la vida
- las preferencias y decisiones sobre la asistencia en los últimos días de vida (interrupción de tratamientos fútiles, elección del ámbito de atención, no inicio de reanimación cardiopulmonar, no pase a terapia intensiva.).

Los pacientes / familia que reciben información de manera inapropiada o sin haberla solicitado pueden tener malestar intenso, baja adherencia al seguimiento o al tratamiento y vínculo difícil con los profesionales del equipo.

## Diálogo terapéutico

La comunicación terapéutica posibilita al paciente explorar sus pensamientos, emociones y conducta. Al identificarlos se puede trabajar con ellos, darle sentido y tener fundamentos para las elecciones y decisiones. El paciente y su familia pueden ser personas con recursos psicológicos para afrontar de manera funcional la situación de enfermedad y los tratamientos o pueden no contar con tales recursos y tener problemas emocionales que requieran intervenciones psicosociales más especializadas.

El dialogo sincero y contenedor entre paciente, familia y equipo de salud tiene valor terapéutico para aliviar el sufrimiento psíquico.

Al tratar temas de alto impacto emocional, los miembros del equipo de salud pueden experimentar algunas reacciones:

- miedo de no poder hablar (no saber qué decir, ni cómo hacerlo) o de decir cosas equivocadas
- miedo a dañar emocionalmente a pacientes en momentos de vulnerabilidad.
- pérdida de la distancia terapéutica óptima: sobre involucramiento o distancia afectiva excesiva.

Percibir las propias competencias y limitaciones como comunicador es esencial para iniciar una capacitación en habilidades comunicacionales. La competencia emocional es condición necesaria para implementar estrategias para el manejo de las emociones que más frecuentemente surgen: temor, impotencia, tristeza y ansiedad entre otras. Si un miembro del equipo de salud no se siente seguro para realizar este tipo de entrevista puede solicitar ayuda y compartir la entrevista con otro miembro del equipo con mayor experiencia.

## Comunicación con el paciente

### Preferencias de los pacientes<sup>34 35 36</sup>

El objetivo es implementar un estilo de comunicación deliberativo, personalizado promoviendo la participación del paciente y la expresión de sus deseos o necesidades.

Algunos pacientes quieren saber todo con detalle y preguntan abiertamente. Otros, con diferentes preferencias, capacidades de afrontamiento o emociones (miedo a lo que van

<sup>34</sup> Von Roenn J, Von Guten C. Setting goals to maintain hope. JCO 2003;21 (3) 570-574

<sup>35</sup> Back L. and Arnold R M. Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. JCO 2006; 24 (25) 4214-417

a oír o a sus reacciones), desean información pero pueden no solicitarla. **Es importante ofrecerla.**

Hay personas que no desean saber nada acerca del diagnóstico y es apropiado respetar esta preferencia; se puede continuar con la comunicación acerca de planes de tratamiento y sus posibles efectos.

## ¿Cómo iniciar la comunicación de temas difíciles?

Inicialmente es importante considerar<sup>37 38 39</sup>

- qué información ya posee y/o presente el paciente
- las necesidades de información que plantea el paciente
- establecer objetivos de información
- si el paciente esta emocionalmente estable para recibir información difícil es necesario evaluar temores, antecedentes de patologías psiquiátricas, trastornos de ánimo, disfunciones familiares severas, reacciones previas en situaciones difíciles.

**Las preguntas facilitadoras** son preguntas abiertas tales como:

- ¿Me quiere contar sobre su problema de salud?
- ¿Qué le han explicado los médicos que lo asisten sobre esto?
- ¿Cómo ve Ud. las cosas?
- ¿Qué ha estado pensando sobre su problema mientras esperaba los resultados?"
- ¿Ud. prefiere hablar directamente sobre su estado de salud?
- ¿Le ayuda hablar de los resultados de los estudios?
- Si no le gusta hablar sobre temas médicos ¿prefiere que lo comentemos primero con su familia o alguien de su confianza? Y luego, si lo desea, ¿hablemos con Ud.?
- ¿Qué lo haría sentir más tranquilo en este aspecto?
- ¿Cómo preferiría que nos manejemos con la información?
- ¿Desea que le expliquemos en detalle los tratamientos posibles?

Recomendaciones prácticas<sup>40</sup>

- No "sobreinformat" y evaluar el equilibrio entre brindar pautas anticipatorias adecuadas y el riesgo de generar ansiedad por situaciones todavía no conocidas
- Programar una nueva cita para una próxima consulta en un tiempo prudencial como por ejemplo: en una semana
- Expresar la disponibilidad del equipo de salud para aclarar dudas o preguntas que surgieran luego de la consulta. Ofrecer un teléfono de contacto del centro de salud y/o hacer un contacto telefónico a las 24- 48 horas posteriores a la transmisión de una mala noticia
- No se debe brindar información diagnóstica o pronóstica por teléfono o Internet
- No se debe brindar información a familiares sin el consentimiento previo del paciente
- No es conveniente confirmar noticias negativas de manera directa cuando el paciente<sup>41 42</sup>:
  - explícitamente no desea ser informado
  - delega la recepción de información en un familiar o amigo

<sup>37</sup>Rubinstein A, Terrasa S, y cols. Medicina Familia y Práctica ambulatoria. Sec.27.Cap 286. In: Liaño E. Manejo de la comunicación en Cuidados Paliativos. 2ªEd. Argentina: Panamericana,2006.

<sup>38</sup> Von Roenn J, Von Gu- ten C. Setting goals to maintain hope.JCO 2003; 21 (3) 570-574

<sup>39</sup>Barbero J, Barreto P, y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.

<sup>40</sup>Palma A, Taboada P, Nervi F. Manual de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Cap.24.In: Del Río M.Comunicación en el final de la vida. 1ª Ed.Chile: Universidad Católica de Chile, 2010

<sup>41</sup>Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., Bayés, R. Comunicación en Oncología Clínica. Capítulo 3. No quiere saber, hasta adonde contarle? Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.

<sup>42</sup> Back L and Arnold R M. Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. JCO 2006; 24 (25) 4214-417

- tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos no controlados
- tiene síntomas psicológicos severos indicadores de mala adaptación, como enojo continuo e intenso, ansiedad generalizada
- tiene ideación suicida o antecedentes de intento de suicidio.

En las últimas situaciones es imprescindible el trabajo en equipo con profesionales del área psicosocial y/o salud mental.

## Comunicación con la familia<sup>43 44</sup>

Los miembros de la familia, además de estar preocupados por el paciente, su evolución y la manera en que serán analizados los temas con alto impacto emocional, tienen también sus propias necesidades y sufrimiento psicoespiritual. En los días siguientes a la comunicación de noticias médicas negativas pueden experimentar variaciones del estado de ánimo, expresiones de angustia o tristeza y se pueden presentar situaciones en las que es difícil responder algunas preguntas.

- Sugerir al entorno afectivo validar las emociones, necesidades, tiempos y preferencias del paciente. Si esto es facilitado y no limitado, el paciente se sentirá más comprendido y acompañado.
- Ofrecer disponibilidad profesional para volver a conversar o responder nuevas preguntas.
- Es muy útil que algunas entrevistas con el paciente puedan hacerse en presencia de familiares - si él lo autoriza - para que puedan escuchar su voluntad o necesidad. Esta estrategia puede ayudar a disminuir temores de los familiares en relación al manejo de información.

Si hay niños en la familia, estos requieren atención especial. Es aconsejable incluirlos siempre en el proceso de comunicación, adaptándola a la edad y las características de personalidad<sup>45 46 47</sup>.

## Dificultades en la comunicación

Existen situaciones en las que la comunicación con el paciente o la familia se complejiza de manera importante y puede ser necesario requerir la intervención de profesionales del área psicosocial o realizar derivaciones a equipos especializados.

Las más importantes son los mecanismos de adaptación disfuncionales del paciente (negación que impide los tratamientos, agresividad con el equipo de salud, ideación suicida) o desordenes psicopatológicos (depresión, ansiedad generalizada, etc.)

## Cerco de silencio<sup>48</sup>

Con cierta frecuencia familiares y amigos solicitan que no se comunique información diagnóstica o pronóstica con intención de proteger al paciente. Expresan temor a que pierda la esperanza, a que aparezca depresión o ideas de suicidio. De esta manera puede constituirse una situación denominada "cerco de silencio": la familia aparenta, simula, que

<sup>43</sup> Clèries Xavier. La Comunicación: Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Capítulo 4. Habilidades comunicativas en el encuentro con el paciente. Ed. Masson, S.A., Barcelona, 2006

<sup>44</sup> Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., Bayés, R. Comunicación en Oncología Clínica. Capítulo 11. Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.

<sup>45</sup> Rauch P.K, Muriel A, Cassem, N. H. The Art Of Oncology: When The Tumor Is Not The Target: Parents With Cancer: Who's Looking After the Children? JCO 4399-4402.

<sup>46</sup> Tarantino M. G., Braga ML. La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. Communication in Pediatrics: children and adolescents, subjects of right. Arch Argent Pediatr 2011;109(1):36-

<sup>47</sup> Publicaciones de información para el paciente Del Centro Clínico de los Institutos Nacionales de la Salud. Cómo hablar con los niños acerca de la muerte. National Institutes of Health Clinical Center, Bethesda, Maryland 20892. 2007.

<sup>48</sup> Barbero J., Barreto P. y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Capítulo 6. Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005

la gravedad de la enfermedad no es tal; todos excepto el paciente conocen la situación real; el paciente muchas veces queda en soledad.

En estos casos es importante hacer una entrevista con los familiares para evaluar los temores, descartar factores de riesgo reales del paciente y conocer antecedentes de sus respuestas emocionales. Aclarar siempre a la familia que se ha de transmitir la información que el paciente desee o necesite y que el equipo considere que pueda recibir. Explicar que la evolución clínica, los efectos de tratamientos, las consultas con oncología y la percepción subjetiva de la declinación que ocurre durante la evolución de la enfermedad hacen difícil el ocultamiento de la realidad de la situación.

La discordancia entre las percepciones del paciente y lo que manifiesta el entorno afectivo causa sufrimiento porque impide la comunicación de temas significativos, la expresión de las emociones y la implementación de las medidas de apoyo necesarias.

Se debe informar y brindar apoyo a la familia, y asegurarle que el equipo comparte un mismo objetivo: cuidar al paciente y no dañarlo con la información.

En ocasiones, la negativa familiar puede estar muy instalada y generar malestar en los profesionales del equipo de salud. Sostener el seguimiento mientras se instauran estrategias de apoyo y se construye la confianza, suelen permitir que esta actitud se modifique. En algunos casos de severa rigidez familiar, el acompañamiento puede ser muy difícil.

## Ejercicio 2 de Comprensión y Aplicación

Marque V (verdadero) si considera que el enunciado es correcto y F (falso) si es incorrecto.

		V	F
1	Cuidados paliativos es una modalidad de atención que se focaliza en la prevención y control del sufrimiento		
2	La evaluación multidimensional consiste en recoger información para establecer los objetivos terapéuticos posibles		
3	La evaluación multidimensional se focaliza en la evaluación de los síntomas actuales y de los efectos de la medicación en uso		
4	El trabajo interdisciplinario integrado y colaborativo se basa en la comunicación, en el intercambio de información, entre los miembros del equipo de salud, el paciente y la familia		
5	La comunicación efectiva durante la consulta permite identificar las necesidades y expectativas del paciente		
6	Las deficiencias en la comunicación entre el profesional y el paciente y/o la familia pueden condicionar la adherencia al tratamiento		
7	El diálogo sincero es un recurso terapéutico para aliviar el sufrimiento psíquico.		
8	Siempre y en todos los casos es conveniente establecer un "cerco de silencio" alrededor del paciente para evitar que pierda las esperanzas		
9	Siempre y en todos los casos, se deben transmitir los diagnósticos - noticias negativas- directamente al paciente		

Compare sus respuestas con las que figuran en el Anexo 3 Clave de respuestas

## ■ ■ ■ Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea

La hidratación subcutánea fue ampliamente utilizada en la década del '50, principalmente en pediatría. En la década del '80 se retomó su uso y actualmente contribuye a la hidratación y administración de fármacos a adultos mayores y a pacientes en cuidados paliativos cuando la vía oral esta limitada por cualquier causa.

Es una técnica sencilla, simple que consiste en la inserción de una aguja en el tejido celular subcutáneo para infundir soluciones isotónicas o administrar medicamentos. También se llama hipodermocclisis o hidratación subcutánea. Es un método fácil de implementar y mantener confortable que posibilita tratamientos en domicilio.

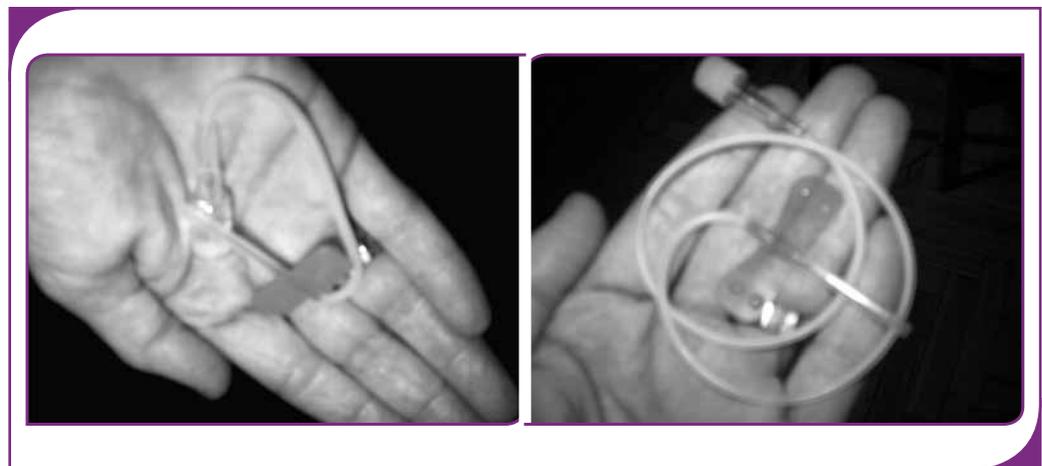
La utilización de una vía subcutánea está indicada en caso de alteraciones vasculares o locales, pacientes en cuidados intensivos o ancianos que presentan condiciones que dificultan la canalización venosa (fragilidad, esclerosis, edemas, deshidratación). Es aplicable cuando:

- las condiciones clínicas no requieren restitución urgente de líquidos (por ejemplo expansión hídrica para aumentar la presión arterial)
- hay integridad de la piel en los sitios de colocación de la aguja mariposa.

Los elementos necesarios para implementar la vía subcutánea son:

- aguja de tipo mariposa (butterfly), diámetro 21G, 23G, 25G. o catéter (Saf-T- Intima). Es mejor tolerado porque es de teflón, y tiene una llave en Y para infundir liquido por un extremo y medicación por el otro (tapón de goma)
- cinta adhesiva o film transparentes, para protección de la vía
- macrogotero y solución a infundir.

Figura N° 4: Imágenes de la vía subcutánea





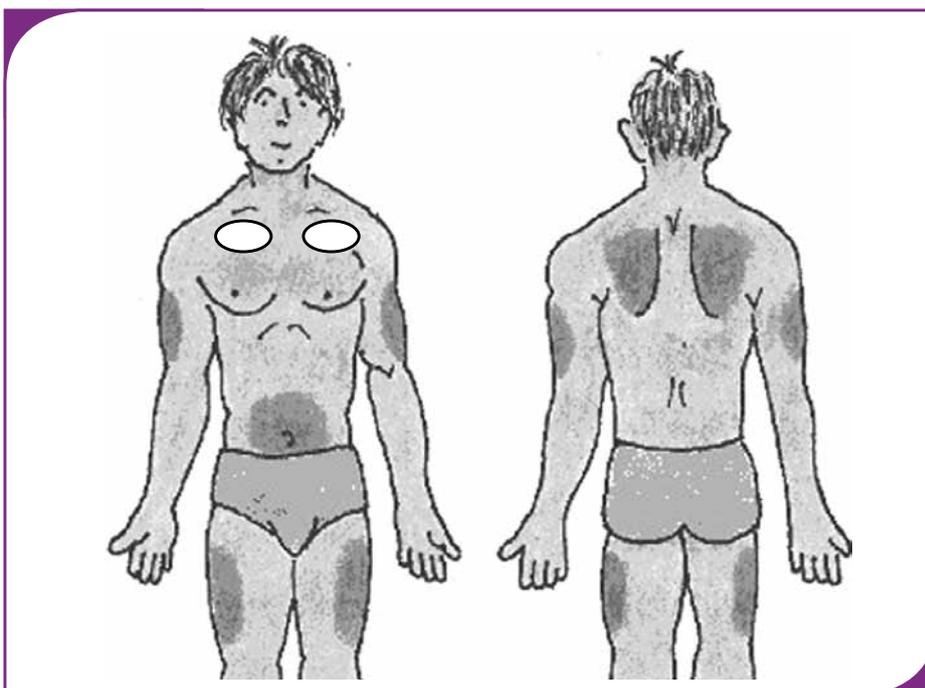
Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

### Sitios y técnica de aplicación de vía subcutánea

Los sitios de inserción son las áreas infraclavicular o supramamaria (evitar el área de las mamas), la pared abdominal, la cara anterior, externa o interna del muslo, y ocasionalmente en las zonas subescapular (cuando el paciente esta confuso y puede con la mano quitarse la mariposa) y deltoidea (no utilizar para hipodermocclisis, se usa sólo para administrar medicación).

Durante el procedimiento tener en cuenta colocar la vía siempre en sitios con piel indemne, sin edemas o equimosis y considerar las posturas habituales y movilidad individual de cada paciente, evitando zonas de pliegue, articulaciones y prominencias óseas.

Figura N° 5: Sitios de aplicación de la vía subcutánea



Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

<sup>52</sup> Estrada S y cols. "La enfermería en procedimientos invasivos". Capítulo 6. En: Cullen C, "Infusión SC". BsAs. 1ª Ed. Argentina: Fund Roemmers, 2011

<sup>53</sup>Wenk R, "Cuidados Paliativos". Monografía. Control de síntomas. "Vía SC". Programa Argentino de Medicina Paliativa – Fundación FEMEBA. 2001. Pág.60

<sup>54</sup> Marquez M, and colls. "Usos y recomendaciones de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos". Sec.3.Vía SC Recomendaciones. 1ª Ed. España: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, 2008

<sup>55</sup> Doyle D and colls. Palliative Medicine handbook. In: Back, I. Nutrition & Hydration. Hypodermocclisis. 3ª edición. UK: Oxford. 2007

## Pasos en la colocación de una vía subcutánea<sup>52</sup>

1. lavarse las manos
2. elegir el sitio de inserción de la aguja mariposa.
3. limpiar el sitio con yodo povidona al 10%, comenzando desde el centro y moviéndose hacia afuera en forma circular
4. retirar la solución de yodo povidona de la piel con una gasa con alcohol al 70%.
5. pellizcar la piel ya limpia entre el pulgar y el dedo índice (crear un pliegue)
6. insertar la aguja mariposa con un ángulo de 45° en el pliegue creado. La aguja debe insertarse con el bisel hacia arriba hasta el pabellón de la mariposa. El eje de inserción debe ser perpendicular al del cuerpo para evitar que el paciente tenga dolor cuando se sienta, en dirección a la línea media del cuerpo. Retirar la mariposa si hay sangre en la tubuladura
7. cubrir la aguja con apósito delgado adhesivo transparente o pegar con tela adhesiva las alas de la mariposa, formando una H, dejando visible el sitio de inserción
8. el cambio de la mariposa (colocar una mariposa nueva en un sitio diferente) puede hacerse entre 7-10 días<sup>53</sup>; puede dejarse más tiempo si no hay complicaciones<sup>54 55</sup>.

### Una vez colocada la vía **para hipodermocclisis o hidratación subcutánea:**

1. purgar la tubuladura (perfus) antes de conectarla en la aguja mariposa
2. colocar el frasco de la solución a una altura no inferior a 1,5 metros sobre el nivel del paciente
3. comenzar la infusión a un ritmo entre 30 a 40 cm<sup>3</sup>/hora, y observar que no haya complicaciones. Luego aumentar el goteo hasta 100 cm<sup>3</sup>/hora
4. la velocidad de infusión oscila entre 25 a 100 cm<sup>3</sup>/hora; se puede aumentar la velocidad de infusión según la tolerancia del paciente
5. al comenzar la hidratación se puede formar un "abón o bulto subcutáneo" de solución que se irá absorbiendo lentamente, para aumentar la velocidad de absorción local se puede masajear el sitio donde está insertada la aguja
6. la infusión puede ser continua o intermitente: se puede interrumpir y reiniciar en cualquier momento; la tubuladura (perfus) se desconecta y se tapa con una aguja; el extremo de la mariposa se tapa con el tapón de rosca original
7. se puede infundir en 24 horas 1500 cm<sup>3</sup> de solución por vía/sitio de inserción; si se colocan 2 agujas mariposas en 2 sitios diferentes y se pueden infundir hasta 3000 cm<sup>3</sup>/día.

Se utiliza solución fisiológica o solución de dextrosa 5% más una ampolla de cloruro de sodio al 20%. La dextrosa en agua al 5% **no se puede infundir sola** sin la adición de algún electrolito porque se metaboliza rápidamente por ser una solución hipotónica, generando un tercer espacio y necrosis en piel. Se puede adicionar hasta 30 mEq de ClK.

Se pueden agregar fármacos en la solución a administrar en forma de infusión continua.

## Fármacos que se pueden administrar por vía subcutánea<sup>56</sup>

A continuación se detallan los fármacos que se pueden administrar por vía SC, a dosis habituales. En su mayoría a la dosis administradas por esta vía conservan la potencia de acción con respecto a la vía oral, con excepción de fármacos opioides y neurolépticos que duplican su potencia de acción si se administran por vía SC como EV, con respecto a la vía oral. Por ejemplo 2,5 de morfina 1% (ampolla) administrado por vía SC o EV, equivale a 5mg de solución de morfina 10% por vía oral.

Solo se administra por vía subcutánea soluciones en ampollas de presentación esteril, al igual que lo que sucede con los fármacos para vía endovenosa.

Tabla N°4: Analgésicos que se pueden administrar por vía SC	
Morfina	Codeína
Tramadol	Fentanilo
Dextropropoxifeno. (diluir en fisiológico)	Hidromorfina
Diclofenac sódico (diluir en fisiológico)	Metadona
Meperidina	Ketamina
Nalbufina	Oxicodona
Ketorolac (diluir en fisiológico)	Dipirona( diluir en fisiológico)

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

Tabla N°5: Neurolépticos, anticonvulsivantes y benzodiacepinas que se pueden administrar por vía SC	
Midazolam	Haloperidol
Levomepromazina	Fenobarbital (se administra por una vía independiente y diluido. No mezclar con otro fármaco)

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

#### **Benzodiacepinas y neurolépticos NO recomendados para vía subcutánea:**

- clorpromazina: droga muy irritante que puede causar necrosis grasa en el punto de infusión; excepcionalmente se puede utilizar en infusión continua para control del hipo
- diazepam: contiene excipiente oleoso que dificulta su absorción y produce reacción dérmica local.

Tabla N°6: Antieméticos y antiespasmódicos que se pueden administrar por vía SC
Metoclopramida
Dexametasona
Butil-hioscina
Ondansetron
Ranitidina
Escopolamina
Omeprazol 40 mg diluido en 50 ml de sol fisiológico a pasar en 2 horas

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

Tabla N°7: Otros fármacos que se pueden administrar por vía SC	
Sulfato de Mg	Vitamina K
Heparina	Furosemida
Hidrocortisona	Atropina
	Metilnaltrexona

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

**GLOSARIO:**

**Metilnaltrexona:** antagonista opioide puro, utilizado en el tratamiento de la constipación inducida por opioides.

**Naloxona:** antagonista opioide puro utilizado en cuadros de depresión respiratoria inducida por opioides.

<sup>57</sup> Bruera E, Belzile M, Watanabe S, Fainsinger RL. Volume of hydration in terminal cancer patients, úlceras por presión ort Care Cancer 1996;4:147-150

## Administración intermitente de medicamentos en por vía SC

Se recomienda el uso de una mariposa con tapón de goma (mariposas para uso intermitente, de tubo/cola corto). Tener en cuenta que si se utiliza una mariposa con tubo/cola largo (volumen 0,5 cm<sup>3</sup>) se debe purgar luego de administrar la medicación con 0,5 cm<sup>3</sup> de solución fisiológica para que el fármaco no quede en el tubo sin ser inyectado. Las mariposas de tubo/cola corta no requieren ser purgadas.

**Para no causar dolor ni reacciones locales es necesario infundir a baja velocidad, se recomienda administrar un máximo de 5 cm<sup>3</sup> en 1 a 5 minutos<sup>57</sup>.**

## Administración de medicamentos en infusión continua por vía SC

Se utiliza la infusión continua con macrogotero, para realizar tratamientos ambulatorios. Los siguientes son algunos fármacos que pueden combinarse en este tipo de infusión.

Tabla N°8: combinación de fármacos para infusión continua por vía SC			
Morfina	Midazolam	Haloperidol	Hioscina
Morfina	Midazolam	Haloperidol	Metoclopramida
Morfina	Midazolam	Hioscina	Metoclopramida
Morfina	Haloperidol	Hioscina	Metoclopramida
Morfina	Hioscina	Dexametasona	Metoclopramida
Tramadol	Midazolam	Haloperidol	Hioscina
Tramadol	Midazolam	Haloperidol	Metoclopramida
Tramadol	Midazolam	Hioscina	Metoclopramida
Tramadol	Haloperidol	Hioscina	Metoclopramida

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

Cuando se combina dexametasona, para evitar su precipitación, debe ser la última droga en colocarse en el recipiente de solución<sup>59</sup>.

**Fármacos incompatibles – que NO se deben combinar:**  
 - Midazolam y dexametasona  
 - Haloperidol y dexametasona

## Complicaciones y precauciones de la vía subcutánea

Son pocas las complicaciones descriptas sobre la hipodermoclisis. En general son trastornos que se deben a reacciones locales como:

- contusión
- mala absorción
- ocasionalmente nódulos, abscesos
- dolor
- enrojecimiento local
- sangrado o pérdida pericatéter en el sitio de punción.

Si los pacientes presentan plaquetopenia severa o están anticoagulados, se puede realizar la hipodermocclisis con monitoreo estricto para evitar equimosis o sangrado local.

**Educación de la familia** (para ampliar información puede consultar en el CD que acompaña el curso)

Es necesario e importante:

- analizar con el paciente y su familia las ventajas de ésta técnica. Es necesario confirmar un contexto social- familiar adecuado para facilitar el seguimiento ambulatorio
- entrenar a la familia en las técnicas de colocación de la mariposa y de administración de la medicación y corroborar la comprensión de la información brindada
- resaltar la necesidad controles permanentes, regulares del sitio de infusión, para identificar complicaciones.

<b>Tabla Nº9: Diferencias entra la vía subcutánea y endovenosa</b>	
Hipodermocclisis (vía subcutánea)	Hidratación por vía EV
Técnica simple y segura.	Técnica mas complicada que requiere identificar y luego canalizar una vena.
No requiere personal entrenado para colocar la aguja mariposa.	Se necesita personal entrenado en la colocación de vías intravenosas.
Monitoreo menos frecuente	Monitoreo más frecuente.
Facilidad de reinsertación.	La reinsertación es más complicada.
La flebitis, celulitis, infecciones o trombosis no son frecuentes.	La flebitis, celulitis, infecciones o trombosis son frecuentes.
El sitio de inserción puede durar de días a semanas.	El sitio de inserción debe cambiarse cada 48 a 72 horas.
Más cómodo para el paciente	Más discomfort
La movilización del paciente no se ve afectada por la aguja mariposa.	Usualmente el paciente debe inmovilizar el miembro canalizado.
No hay extravasación (la solución no se infunde a un vaso, sino directo al tejido subcutáneo)	Siempre hay probabilidad de extravasación.
Puede iniciarse e interrumpirse sin problema.	Si se deja como vía intermitente requiere de heparinización
Se puede evitar la internación; se puede educar a familiar o cuidador a reinsertar la mariposa.	En general el paciente debe estar internado, o requiere de enfermería domiciliaria.

Fuente: Estrada S. and colls. "La enfermería en procedimientos invasivos". Cp 6.In: CullenC, "Infusión SC". BsAs 1ªEd. Argentina: Fund Roemmers, 2011. Bruera E, Toro R, "Hipodermocclisis en Pacientes con Cáncer avanzado". Rev. Ven. Anest. 1998; 3: 2: 72-77

## ■ Nauseas y vómitos

Las náuseas se definen como una sensación molesta referida a la porción superior del tubo digestivo, que generalmente precede o acompaña la saciedad precoz o el vómito.

Saciedad precoz es la sensación de plenitud post ingesta de cantidades pequeñas de alimentos y vómito es la expulsión por la boca del contenido gastrointestinal.

Estos síntomas, cuando no están controlados, afectan la calidad de vida<sup>60</sup>.

<sup>60</sup> Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap. 169. Sec. 8. En: Abrahm J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz.1ªEd. España: Elsevier, 2010.

<sup>61</sup> Palma A, Taboada P, Nervi F. Medicina paliativa y cuidados continuos. Cap.12. En: Rodríguez A, Bunge S, Bertolino M. Manejo de síntomas gastrointestinales, constipación, diarrea, náuseas, vómitos y oclusión intestinal. 1° Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010.

<sup>62</sup> Driver L, Bruera. E, The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 6.1°Ed. USA: MD Anderson Cancer Center, 1999

<sup>63</sup> Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.169. Sec.8. En: Abraham J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz. 1°Ed. España: Elsevier, 2010.

En los pacientes en CP, la frecuencia de estos síntomas varía entre el 10% y 62% en las etapas de enfermedad avanzada<sup>61</sup>; el síntoma puede aumentar en pacientes con afecciones específicas digestivas y ginecológicas.

## Mecanismos

Los más frecuentes son afecciones centrales (disturbios vestibulares, cerebro corticales y límbicos) y la estimulación de receptores periféricos químicos y físicos (tubo digestivo)<sup>62</sup>.

## Causas

Entre las posibles causas se encuentran:

- alimentación
- ansiedad
- ascitis, constipación, reflujo gastroesofágico, suboclusión intestinal, gastritis
- gastroparesia (falla autonómica), hepatomegalia, mucositis
- medicación: estrógenos, digitálicos, metronidazol, eritromicina, opioides
- trastorno hidro-electrolítico: deshidratación, hipercalcemia
- dolor
- insuficiencia hepática - renal: uremia
- isquemia miocardio
- laberintitis
- lesión cerebral (tumor, edema)
- infecciones: micosis oral, sepsis
- tos.

## Evaluación del paciente con náuseas y vómitos

Se debe indagar sobre:

- frecuencia y características
- la intensidad de la náusea y el vómito
- factores que generan y alivian los síntomas
- medicación que recibe
- comorbilidades
- la exposición a tratamientos previos ( por ej quimioterapia)
- aspectos de personalidad, estado de ánimo, temores y la fase de enfermedad, complicaciones y pronóstico.

Realizar el examen físico evaluando deshidratación, cavidad bucal, abdomen, tensión arterial, relleno capilar. Evaluar los exámenes complementarios previos y considerar la necesidad de solicitar nuevos y/o actualizarlos.

## Tratamiento de las náuseas y vómitos

Con un tratamiento adecuado se puede lograr el control y alivio de las náuseas y vómitos en el 70% de los pacientes en cuidados paliativos<sup>63</sup>.

## Medidas generales

Tratar de revertir las causas y, si es posible, implementar tratamientos preventivos:

- restringir la ingesta oral a líquidos en cantidades pequeñas y periódicas, preferentemente sin gas y frescos (agua, jugos, licuados) para mantener la hidratación; reestablecer en forma gradual la ingesta y si tolera dieta líquida o semilíquida por 24 h pasar a dieta sólida. Si no es posible, se debe considerar la hidratación por vía subcutánea (SC)
- mantener la higiene bucal y tratamientos locales específicos de la cavidad oral (ver página 60)
- si hay situaciones de ansiedad, indicar ejercicios de relajación y/o acompañamiento psicológico.

## Medidas específicas

Tratamiento específico de enfermedades previas o concurrentes como reflujo, gastritis, candidiasis oral.

## Tratamiento preventivo con antieméticos

- Administrar el antiemético por vía oral en caso de náuseas y si se instalan vómitos por intolerancia oral se recomienda utilizar la vía subcutánea y no la endovenosa. Rotar a la vía oral, evaluando la tolerancia antes de discontinuar el antiemético por vía subcutánea.
- Indicar antieméticos en forma reglada, en dosis efectiva y con uso de dosis de rescate.
- En tratamientos quimioterápicos: 30 minutos antes y en forma reglada durante 2 a 5<sup>64</sup> 65 días. Ejemplo: si se utilizan quimioterapias con alto efecto emetizante (carboplatino, cisplatino, oxiplatino, ciclofosfamida, doxorubicina), los antieméticos de elección a administrar son ondasetrón 8 mg. c/6-8 horas asociado a dexametasona 8-16 mg / día, 1 hora antes y continuar con ondasetrón a igual dosis durante 2 a 5 días. Interconsultar con oncólogo de referencia en cada caso.
- Simultáneamente con la prescripción de opioides y durante las primeras 72 horas: antiemético de elección: metoclopramida 10mg (40 gotas= 1 comprimido sublingual o vía oral = 1 ampolla).
- Durante la realización de radioterapia abdominal superior y pélvica, cabeza y cuello<sup>66</sup> los antieméticos de elección son metoclopramida asociada a dexametasona<sup>67</sup>. Interconsultar con radioterapeuta u oncólogo de referencia en cada caso.

Cuando el síntoma está asociado a trastornos metabólicos por progresión de enfermedad o en final de vida como anorexia primaria, uremia, es de elección la metoclopramida ó domperidona 10mg cada 4 a 6 horas.

### GLOSARIO:

Dosis de rescate: dosis administradas entre dosis regladas.

<sup>64</sup> Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap. 169. Sec. 8. En: Abrahm J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz. 1ª Ed. España: Elsevier, 2010.

<sup>65</sup> Pazdur R, y col. Cancer management: a multidisciplinary approach. Cap 38. En: Geunberg S, Vithala M. Management of nausea and vomiting. 11ª Ed. US: CMP Health-care Media, 2008.

<sup>66</sup> Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap. 169. Sec. 8. In Abrahm J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz. 1ª Ed. España: Elsevier, 2010.

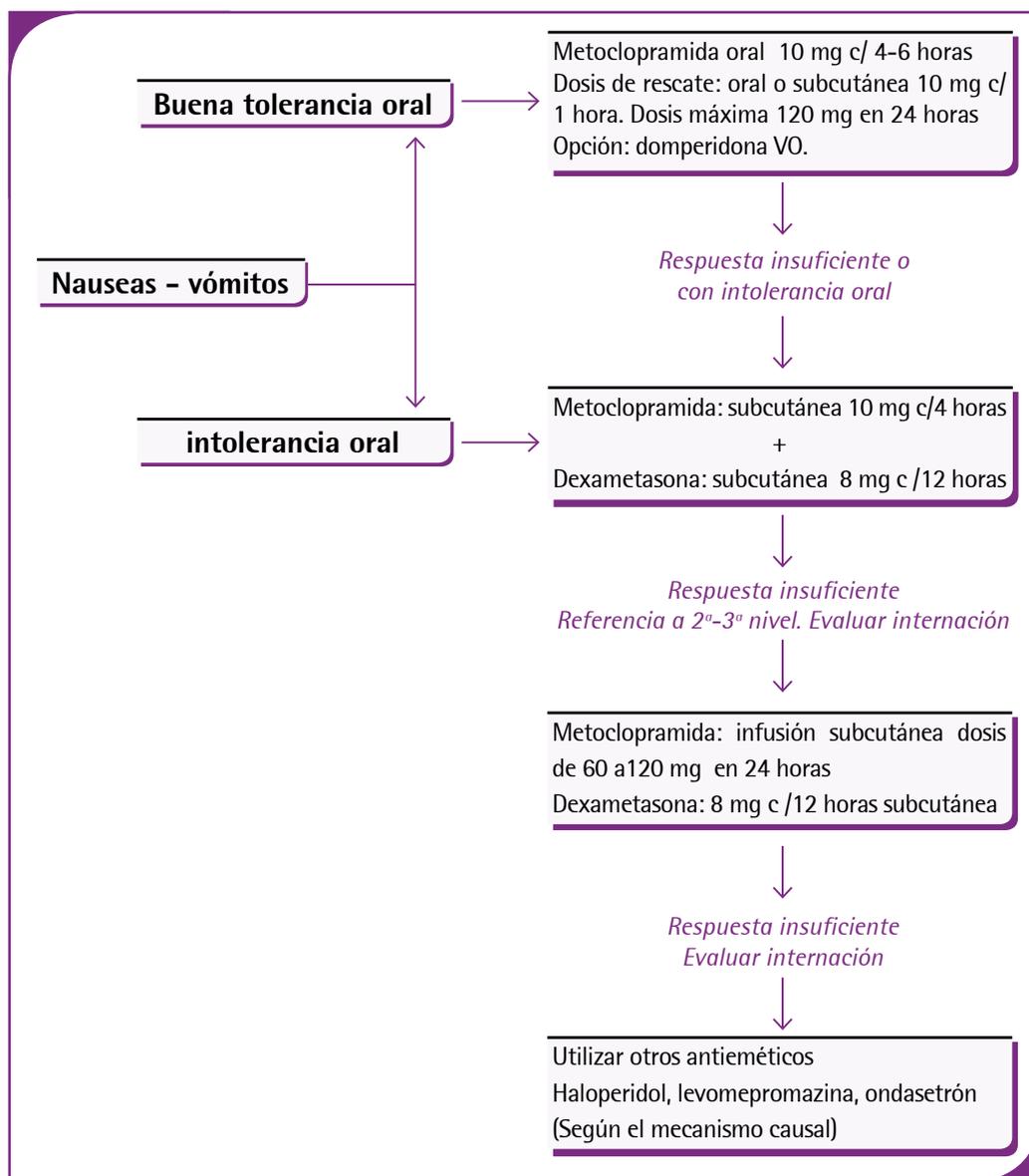
<sup>67</sup> Programa Argentino de Medicina Paliativa. Náuseas y vómitos. <http://paliativo-femeba.org/recursos> (acceso 30/03/2012)

**Tabla N°9: Antieméticos utilizados para tratamiento de náuseas y vómitos en CP**

<b>Droga</b>	<b>Indicación</b>	<b>Dosis</b>	<b>Efecto adverso</b>
<b>Metoclopramida</b>	Estasis gástrico Quimioterapia	10 mg c/4-6 hs	Cólico, acatisia, disonía
<b>Domperidona</b>	Estasis gástrica	10 mg c/ 4-6-8 hs	Cólico
<b>Haloperidol</b>	Metástasis. Quimioterapia Opioides	1.5 - 20 mg/día	Diskinesia, akatisia. rigidez, disonías
<b>Dexametasona</b>	Quimioterapia Suboclusión intestinal. Oclusión intestinal Hipertensión endocranena. Aditivo de ondasetron, metoclopramida, levomepromazina	8 mg c/ 8-12 hs	Síntomas gástricos, miopatía, infecciones
<b>Levomepromazina</b>	Suboclusión intestinal. Oclusión intestinal Síndrome vestibular	6.25 a 25 mg c/8-12 hs	Somnolencia
<b>Clorpromazina</b>	Suboclusión intestinal. Oclusión intestinal Síndrome vestibular	6.25 a 25 mg c/8-12 hs	Somnolencia
<b>Dimenhidrinato, Hidroxicina</b>	Quimioterapia Síndrome vestibular	25 mg c/8 hs 15 mg c/6-8 hs	Somnolencia, efectos antimuscarínicos
<b>Ondasetron (potencia dexametasona)</b>	Quimioterapia Radioterapia	4 - 8 mg c/6-8 hs (dosis máx. 24 mg/día)	Cefalea, constipación, diarrea
<b>Hioscina - escopolamina</b>	Sub-oclusión intestinal. Oclusión intestinal	10 - 20 mg c/ 4-8 hs	Boca seca, retención urinaria, íleo, visión borrosa, hipotensión
<b>Benzodiacepinas</b>	Ansiedad. Quimioterapia	Alprazolam oral, 0.5- 1 mg/día Clonazepam oral, 0.25-2mg/día	

Fuente: Hallenbeck J. The Causes of Nausea and Vomiting (V.O.M.I.T.), 2nd Edition. Fast Facts and Concepts. July 2005; 5. Disponible en: <http://www.eperc.mcw.edu/fastfact/>

Figura N° 6: Algoritmo de tratamiento para náuseas y vómitos



**GLOSARIO:**

Acatasia: sensación de inquietud con manifestación de movimientos repetitivos involuntarios (caminar en el mismo sitio, cruzar las piernas, golpeteo, balanceo de tronco)

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA

**Educación de la familia**

Instruir al paciente y la familia sobre el tratamiento para prevenir y tratar las náuseas y vómitos; enfatizar la importancia de dosis de rescate.

**Criterios de referencia y/o derivación**

- Inadecuada respuesta al tratamiento antiemético, utilizado en forma efectiva
- Incremento de los vómitos
- Compromiso hemodinámico o trastornos del estado de conciencia
- Dificultad para familiares o cuidadores para continuar el tratamiento ambulatorio, o para el uso de la vía subcutánea.

## ■ ■ Cuidado de la cavidad oral

Los síntomas de los trastornos de la boca alteran el bienestar general, la nutrición, hidratación y la comunicación, porque alteran el gusto, producen lengua áspera y dificultan la deglución. Generalmente son subvalorados y subtratados. Los problemas de la cavidad oral (CO) son muy frecuentes: 80 - 90 % de los pacientes con ERVEAs sufren de boca seca, boca dolorosa por mucosas y lengua inflamadas o ulceradas y problemas dentales.

### Causas

Las causas de los problemas de la cavidad oral pueden ser locales y/o generales:

- locales: higiene inadecuada, deterioro de piezas dentarias, sobreinfecciones bucales previas, lesiones tumorales locales o infiltrantes, respiración bucal
- generales: deterioro inmunológico, déficit nutricional, efectos adversos del tratamiento con quimioterapia, radioterapia o medicamentos como corticoides.

### Evaluación del paciente con lesiones de la cavidad oral

Hay que tener en cuenta:

- antecedentes personales: comorbilidades, medicación, tratamiento con quimioterapia o radioterapia
- examen físico: evaluar la cavidad bucal con linterna y baja lengua por lo menos una vez al día en busca de lesiones, evaluar el tipo de respiración, piezas dentarias, examen nutricional
- evaluar el impacto funcional que tienen las lesiones en el confort del paciente: cuánto influye en la posibilidad de alimentarse o la intensidad de dolor que puede percibir y referir, sensación de impotencia, enojo o ánimo retraído.

Tratamiento de las lesiones de la cavidad oral

### Medidas generales:

- higiene de la CO: 2-3 veces/día, cepillado para eliminar la placa bacteriana y posterior buche con soluciones de clorhexidina al 0,12% sin diluir<sup>70</sup>
- usar sólo la dentadura protésica para alimentarse, evitando tenerla colocada todo el día, para disminuir la posibilidad de lesiones. Mantener la higiene de la prótesis con cepillado, en vaso de agua con solución bicarbonatada: 1 cucharadita de bicarbonato en 200 cm<sup>3</sup> de agua
- en caso de dejar de usarla o no contar con prótesis dental o falta de piezas dentarias, ofrecer alimentos blandos, procesados, trozos pequeños, no irritantes, no salados, no ácidos, preferentemente fríos. Ejemplos: helados, gelatinas, flan, yogurt, purés a bajas temperaturas, licuados, soufflé de verduras, vainillas remojadas en leche, carne picada
- preparación bucal previo a quimioterapia: 1 hora antes y durante la quimioterapia colocar y mantener en la boca trozos de hielo (crioterapia)
- complicaciones infecciosas: en caso de presentar lesiones exudativas supuradas o úlceras con fondo secretante, evaluar la toma de muestra para cultivo o virosis (citodiagnóstico de Tzank) según la disponibilidad local de recursos, antes de realizar

<sup>70</sup> Palma A, Taboada P, Nervi F. Medicina paliativa y cuidados continuos. Cap.23. En: Cullen C, Frascino N. Cuidados de la cavidad oral. 1° ed. Chile. Universidad Católica de Chile, 2010

curaciones específicas (con antisépticos/ /bacteriostáticos/antivirales). Colocar geles bacteriostáticos (clorhexidina) y en caso de que las lesiones den origen a síntomas sistémicos como fiebre, decaimiento, conviene realizar tratamiento antibiótico oral de amplio espectro y/o para gérmenes anaerobios, usando esquemas como amoxicilina/clavulánico 500mg c/8 horas ó 875mg c/12 horas ó eritromicina 500 c/8 horas; asociados a metronidazol 500mg c/8 horas ó clindamicina 600mg c/6 horas. Si las lesiones son extensas, comprometen el estado general o la respuesta terapéutica es insuficiente considerar derivación para tratamiento sistémico parenteral

■ aliviar las molestias y el dolor: si uno u otro son intensos, puede ser necesario administrar analgésicos antes de realizar el examen físico, la higiene de la cavidad oral o la alimentación. Si no recibía opioides previos, indicar morfina oral 2,5mg (0,25 cm<sup>3</sup> de ampolla de 10 mg/cm<sup>3</sup>) 20 a 30 minutos antes; si los recibía el 10% de la dosis / día de opioides. Si la intensidad del dolor es severa y la curación fuera prolongada, se puede utilizar de una dosis de 0.5 – 1 cm<sup>3</sup> de midazolám subcutáneo.

**Tabla N°11: Medidas específicas para el cuidado de la cavidad oral**

Problema	
<b>Sequedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humectar la mucosa con líquido, hielo, té de manzanilla, mantener por un minuto en la boca y no enjuagar</li> <li>- Usar alimentos frescos, chicles sin azúcar o caramelos ácidos (aumentan la salivación), geles mentolados o sustitutos de saliva (saliva artificial carboximetilcelulosa), 2 cm<sup>3</sup> cada 3 o 4 horas</li> <li>- Mantener higiene de la cavidad oral mínimo 3 veces por día</li> <li>- Hidratar labios con manteca de cacao; no usar vaselina porque es hidrófoba</li> </ul>
<b>Dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No colocar la dentadura postiza</li> <li>- Indicar dieta blanda - líquida con alimentos fríos o frescos</li> <li>- Colocar lidocaína gel 2 % en la zona dolorosa 15 minutos antes de cada comida, o bencidamina 0,15% (analgésico y anestésico) 15 cm<sup>3</sup> cada 4 horas</li> <li>- Indicar buches anestésicos antes y después de las comidas, o cuando haya dolor: 5 cc de lidocaína jalea 2% + 30 cm<sup>3</sup> de difenilhidramina + 30 cm<sup>3</sup> de hidróxido de aluminio agitar antes de usarlo</li> <li>- Buches o baños de infusión con manzanilla fría: mantener durante 10 minutos, pasándolo por toda la cavidad oral y escupir</li> <li>- Evitar alimentos o soluciones irritantes locales o ácidas</li> </ul>
<b>Micosis (cándida)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Después de la ingesta, limpiar la cavidad oral. Envolver el dedo en gasa humedecida en agua bicarbonatada arrastrando las placas y/o exudados.</li> <li>- Secar las mucosas para mejor contacto de los medicamentos locales.</li> <li>- Tratamiento local: buches con 5 cm<sup>3</sup> de nistatina cada 4-6 horas, tragarlos y no tomar líquidos ni comida por 30 minutos</li> <li>- Higiene de las prótesis</li> <li>- Evaluar la indicación de tratamiento sistémico con fluconazol 100mg/día, 7 a 10 días; o en una monodosis de 150 mg por semana</li> </ul>
<b>Lesiones sangrantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humectar la cavidad oral previo a la higiene. Humedecer con cubitos de hielo.</li> <li>- Realizar topicaciones con sucralfato</li> <li>- Indicar alimentos blandos no irritantes o calientes</li> <li>- Indicar cepillado dental suave, y evitar desprendimiento traumático de exudados</li> <li>- Evaluar la topicación local con adrenalina al 1 /1000.</li> </ul>

## Educación para la familia

Siempre que sea posible, hacer que la familia participe en el cuidado de la boca y brindar asesoramiento conjunto con enfermería, sobre como realizar la higiene y cuando administrar las soluciones. Explicar que las lesiones de la cavidad oral alteran el gusto, producen lengua áspera y dificultan la deglución.

## ■ ■ Úlceras por presión

Las úlceras por presión o escaras, son lesiones caracterizadas por alteración variable en las diferentes capas de la piel, soluciones de continuidad y/o complicaciones locales o sistémicas.

Las úlceras por presión tienen alta morbilidad y mortalidad. La importancia de prevenir su aparición o evitar su progresión o complicaciones, contribuye a mantener el bienestar del paciente con ERVEAs y el de su familia<sup>71</sup>.

## Causas

Las úlceras por presión o escaras son lesiones provocadas por una presión extrema continua, mayor a la presión tisular habitual, que disminuye la circulación y el aporte de oxígeno, desencadenando hipoxia tisular y necrosis.

Los mecanismos y factores de riesgo de úlceras por presión pueden ser generales y/o locales.

Generales:

- deterioro clínico progresivo: caquexia (hipoalbuminemia, exposición de prominencias óseas) o inmovilización (astenia severa, parálisis)
- medicamentos que alteran la resistencia y la cicatrización de la piel, por ejemplo corticoides, quimioterápicos orales
- efectos adversos de tratamientos: radioterapia - quimioterapia
- estados asociados a inmovilización: dolor, trastornos anímicos o psiquiátricos, deterioro cognitivo, demencia.

Locales:

- presión o fricción: inmovilización articular, fijación mecánica (férulas, aros de apoyo)
- insuficiencia circulatoria arterial o venosa
- edemas: alteran la resistencia, la cicatrización y la sensibilidad
- incontinencia urinaria/fecal o secreciones vaginales/rectales: producen maceración de la piel.

## Evaluación del paciente con úlceras por presión

Para prevenirlas en las zonas de mayor riesgo, clasificar las lesiones existentes y orientar el tratamiento, se han de explorar los antecedentes generales y realizar un examen físico.

Las úlceras por presión se pueden clasificar en estadios de acuerdo al grado de alteración de la piel, la profundidad y las características en la solución de continuidad en<sup>72</sup>:

<sup>71</sup> Moreno-Pina JP, Ri-  
chart - Martínez M, Gui-  
rao - Goris JA, Duarte-  
Climents G. Análisis de  
las escalas de valora-  
ción del riesgo de de-  
sarrollar una úlcera por  
presión. *Enferm. Clin.*  
2007;17(4):186-97

<sup>72</sup> Programa Argentino de  
Medicina Paliativa. Cui-  
dado Paliativo. Guías de  
tratamiento para enfer-  
mería. Úlceras por decú-  
bito. 2004. [http://paliati-  
vo-femeba.org/recursos](http://paliati-<br/>vo-femeba.org/recursos)  
(acceso30/03/2012)

- Estadio 1: eritema que no palidece en la piel intacta, sin solución de continuidad
- Estadio 2: pérdida parcial del espesor cutáneo afectando a epidermis, dermis o ambas
- Estadio 3: pérdida de todo el espesor cutáneo incluyendo lesión o necrosis del tejido celular subcutáneo, que puede extenderse en profundidad pero no a través de la fascia subyacente
- Estadio 4: pérdida de todo el espesor cutáneo con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión muscular, ósea o de estructuras de sostén.

Existen escalas de valoración de alta sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de úlceras por presión en pacientes ancianos y con enfermedades invalidantes<sup>73</sup>, la escala de Nova es una de ellas.

<sup>73</sup> Moreno-Pina JP, Ri-chart -Martínez M, Guirao - Goris JA, Duarte -Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. *Enferm. Clin.* 2007;17(4):186-97

Puntos	Estado Mental	Incontinencia	Movilidad	Nutrición e ingesta	Actividad
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional o limitada	Ligeramente limitada	Ocasionalmente con ayuda	Deambula con ayuda ocasional
2	Letárgico	Urinaria o fecal importante	Limitación mayor	Incompleta, siempre con ayuda	Deambula y precisa ayuda siempre
3	Coma	Urinaria y fecal persistente	Inmóvil	Sin ingesta oral, enteral o parenteral superior a 72 h. y/o desnutrición previa	No deambula, permanentemente en cama

Fuente: The Free Online Palliative Care Dictionary . Pallipedia. Woundodor. <http://pallipedia.org/term.php?id=500> (acceso 08/02/2012)

Según la puntuación obtenida con la aplicación de la escala se establecen 4 categorías de riesgo:

1. 0 puntos: sin riesgo
2. 1 a 4 puntos: riesgo bajo
3. 5 a 8 puntos: riesgo medio
4. 9 a 15 puntos: riesgo alto

## Tratamiento de las úlceras por presión

Es fundamental instruir a la familia para que pueda llevar a cabo los siguientes cuidados:

- mantener la piel limpia con el baño y observación diaria; mantener la piel seca en los pliegues y los espacios interdigitales; mantener ropa de cama seca y extendida (evitar las arrugas)
- movilizar al paciente (si es posible) para la prevención de rigidez y posturas viciosas. Elevar las piernas para disminuir edemas; realizar masajes con cremas o emulsiones para mejorar la humectación y la circulación local (evitar cremas perfumadas y con alcohol)
- evitar materiales impermeables (plásticos)
- usar dispositivos de apoyo, almohadones, colchón de aire.

<sup>74</sup> Patty W. Palliative Medicine Pocket Companion. Wound Care. Cap.58. Medicine. 1° Ed. The Institute for Palliative Medicine San Diego Hospice: USA, 2009

<sup>75</sup> Pallipedia. Woundodor. <http://pallipedia.org/term.php?id=500> (acceso 20/03/2012)

<sup>76</sup> Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. Seminars in Oncology Nursing, 2006; 22(3):185-193

<sup>77</sup> Odour-Absorbing-Dressings. Last Mod. 2001

## Medidas generales

Tener en cuenta el estado general del paciente, su calidad de vida al momento de la consulta, su pronóstico, el estadio de la escara y los recursos disponibles.

En muchos casos, aún cuando se extremen las medidas de prevención, es posible que los pacientes desarrollen úlceras por presión.

**Ningún tratamiento será efectivo sin las rotaciones posturales regulares cada 2 horas<sup>74</sup>**

Para planificar el tratamiento, es necesario conocer algunos materiales de uso, evaluar el objetivo terapéutico, las medidas locales específicas para cada caso y las posibilidades de realizarlo.

- Para iniciar la curación hay que humedecer muy bien las gasas con solución fisiológica previo a su remoción para evitar sangrado o dolor. Luego lavar la úlcera con sol fisiológica a baja presión
- Complicaciones infecciosas: evaluar la posibilidad y beneficio para el cambio de conducta terapéutica que pudiera aportar la toma de muestra para cultivo, antes de realizar curaciones específicas (con antisépticos o bacteriostáticos). Si no fuese posible la toma de muestra, una alternativa es iniciar el tratamiento empírico con antibióticos sistémicos de amplio espectro y para gérmenes anaerobios por 7 a 10 días, evaluando la respuesta y la necesidad de interconsulta oportuna a infectología. Opciones recomendables: amoxicilina-clavulánico 500mg c/8 horas u 875mg c/12 horas oral ó eritromicina 500mg c/8 horas; asociados a metronidazol 500mg c/8 horas ó clindamicina 600mg c/ 6 horas
- Reducción del olor: lavado con solución de metronidazol: 1 comprimido de 500mg diluido en 500 cm<sup>3</sup> de solución fisiológica (la preparación dura 24 horas o geles de metronidazol al 1%. Se recomienda además el uso de carbón activado en un recipiente abierto en el ambiente o en el interior de apósitos o pañales cercanos a la escara pero sin contacto directo con la piel. Se pueden también utilizar aerosoles aromatizados <sup>75</sup>  
76 77
- Aliviar el dolor: si es intenso puede ser necesario administrar analgésicos antes de realizar el examen físico y la higiene de la escara. Si no recibía opioides previo, indicar morfina oral, 2,5mg (0,25 cm<sup>3</sup> de ampolla de 10 mg/cm<sup>3</sup>) 20 a 30 minutos antes; si los recibía el 10% de la dosis /día de opioides. Si la intensidad del dolor es severa y la curación fuera prolongada, se puede utilizar de una dosis de 0.5 – 1 cm<sup>3</sup> de midazolám vía subcutánea
- Se pueden utilizar aerosoles siliconados sólo en piel sana.

## Medidas específicas

Tabla N°13: Medidas específicas de las úlceras por presión	
<b>Estadio 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener las medidas de prevención general</li> <li>- Lavar la zona afectada con solución fisiológica y secar sin frotar</li> <li>- Hidratar y realizar masajes o fricciones suaves en la zona circundante de la zona eritematosa para favorecer la circulación: aplicar cremas o aceites hidratantes, nunca sobre la lesión para no dañar la piel irritada</li> <li>- Aumentar la frecuencia de los cambios posturales (con esquema de rotación estricto según las necesidades de cada paciente)</li> <li>- Extremar la observación periódica de la zona afectada y las áreas de riesgo.</li> </ul>
<b>Estadio 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener las medidas de prevención general</li> <li>- Lavar la zona afectada con solución fisiológica y secar sin frotar</li> <li>- Opciones de curación en escara abierta sin necrosis:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parche hidrocoloide (+): debe retirarse cuando el parche cambia su tonalidad y se aclara en la zona central, lo que indica que se ha "saturado" y ha cumplido su acción terapéutica</li> <li>- Ungüento-crema de sulfadiazina de plata+lidocaína+ vitamina A colocar una capa fina para que tenga acción bacteriostática adecuada</li> <li>- Aumentar la frecuencia de los cambios posturales (ángulos de posición, rotación cada 2 horas; curaciones periódicas de la zona afectada y observar áreas de riesgo para detectar signos de evolución desfavorable</li> </ul> </li> </ul> <p><i>No se recomienda</i> el uso de iodopovidona, hipoclorito de sodio (lavandina), agua oxigenada o ácido acético (vinagre), gasas con furacina ni yodoformo por su toxicidad en la granulación (se afectan granulocitos, monocitos, fibroblastos) y tejidos circundantes.</p>
<b>Estadio 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener las medidas de prevención general</li> <li>- Lavar la zona afectada con solución fisiológica y secar sin frotar</li> <li>- Opciones de curación:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escara necrótica y cerrada: debridar tejido necrótico o referir a cirugía para escarectomía.</li> <li>- Escara abierta: utilizar apósitos de hidrocoloides (+) o alginato (++) y lavar la úlcera en cada cambio de apósito</li> </ul> </li> </ul> <p>Si hay secreción purulenta lavar con agua oxigenada 10 vol</p> <p><i>No se recomienda</i> el uso de iodopovidona, hipoclorito de sodio (lavandina), agua oxigenada o ácido acético (vinagre), gasas con furacina ni yodoformo por su toxicidad en la granulación (se afectan granulocitos, monocitos, fibroblastos) y tejidos circundantes.</p>
<b>Estadio 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener las medidas de prevención general</li> <li>- Lavar la zona afectada con solución fisiológica y secar sin frotar</li> <li>- Utilizar apósitos de hidrocoloides o alginato y lavar la escara en cada cambio de apósito.</li> <li>- Cura oclusiva con preparaciones de miel solidificada + vaselina sólida</li> <li>- Si hay secreción purulenta lavar con agua oxigenada 10 vol.</li> </ul> <p><i>No se recomienda</i> el uso de iodopovidona, hipoclorito de sodio (lavandina), agua oxigenada o ácido acético (vinagre), gasas con furacina ni yodoformo por su toxicidad en la granulación (se afectan granulocitos, monocitos, fibroblastos) y tejidos circundantes.</p>

(+) Hidrocoloides: parches de material sintético de polímeros, que absorben exudado y detritus necrótico de las heridas convirtiéndose en un gel coloidal. Suelen estar recubiertos por poliuretano y dan temperatura y humedad ideal, limpieza y aporte de oxígeno y disminución de la cantidad de exudado acumulado. Se presentan en forma de apósitos, gránulos, pasta e hidrofibra. Se recambian cuando hay cambio de coloración (saturación).

(++) Alginatos: material de fibra que absorben hasta 20 veces su peso, y tienen propiedades debridantes. Con el intercambio de iones forman un gel rico en proteínas naturales, aminoácidos y factores de crecimiento. Reducen el mal olor que pueden producir algunas úlceras por decúbito. Se presentan en forma de apósitos o fibras.

(+++) Saturación: cambio de coloración local de parches de curación, que en contacto con la herida efectúan su acción terapéutica cambiando a coloraciones de menor intensidad, indicando la necesidad de recambio local.

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA

## Criterios de referencia y/o derivación

- Imposibilidad de brindar la asistencia adecuada necesaria
- Lesiones que evolucionan con complicaciones locales no controlables:
  - sangrados persistentes
  - sobreinfección resistente a tratamientos locales o sistémicos con compromiso del estado general.

En caso de ser lesiones resistentes, que no comprometen el estado general, se recomienda realizar la interconsulta con infectología para evaluar opciones de tratamiento antibiótico.

## ■ ■ Constipación

El ritmo evacuatorio intestinal debe ser regular, en intervalos de hasta cada tres días, con materia fecal blanda que se elimina sin dolor ni esfuerzo.

Constipación se define como evacuaciones intestinales poco frecuentes, dificultad para la defecación o evacuación con materia fecal dura y difícil de eliminar. Es un trastorno muy prevalente y con frecuencia subdiagnosticado.

El 60 % de los pacientes en cuidados paliativos que no reciben opioides, requieren laxantes<sup>78</sup>

Puede afectar al 50% de pacientes con cáncer avanzado y al 95% de los pacientes que reciben opioides<sup>79</sup>.

## Causas<sup>80</sup>

Varían según el tipo de enfermedad y comorbilidades:

- medicamentos: opioides, anticolinérgicos, antihipertensivos, diuréticos, antidepresivos tricíclicos, antiácidos
- astenia, síndrome anorexia-caquexia
- ascitis
- carcinomatosis peritoneal
- compresión medular
- deshidratación
- desordenes musculares y del colágeno
- diabetes
- enfermedades neurodegenerativas
- hipercalcemia
- hipotiroidismo
- invasión tumoral del plexo nerviosos o por compresión de la luz intestinal
- neuropatías autonómicas
- secuelas quirúrgicas
- inactividad
- falta de privacidad o dificultad para traslado al baño.

<sup>78</sup>Bruera E. and colls. *Textbook of Palliative Medicine*. Cap.60. 1°Ed. UK: Hodder Arnold,2006

<sup>79</sup>Elsayem A., Driver L, Bruera E.The M.D.Anderson Symtom Control and Palliative Care Handbook. Cap.5.2°Ed.USA: MD Anderson Cancer Center, 2002

<sup>80</sup>Bonilla P and colls. 1° Consenso venezolano de la constipación inducida por analgésicos. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento. In: Betancourt C. *Etiología clínica y dianóstico*.1° Ed. Venezuela: TIPS, 2008

## Evaluación del paciente con constipación

Se deben indagar:

- antecedentes personales: comorbilidades, medicación que utiliza
- características de las deposiciones: frecuencia, consistencia y volumen
- síntomas abdominales: dolor, flatulencias
- examen físico: ascitis, palpación de visceromegalias y de tumoraciones. Verificar la presencia de ruidos hidroaéreos, defensa, reacción peritoneal, distensión abdominal y hemorroides
- síntomas asociados a constipación: náuseas y vómitos, retención urinaria, deterioro cognitivo, dolor.

El tacto rectal permite evaluar la presencia de materia fecal en la ampolla del recto. Si el tacto rectal es negativo, y si los recursos locales lo permiten, se puede realizar una radiografía (Rx) de abdomen directa (de pie o acostado) para evaluar la magnitud de la constipación<sup>81</sup> y establecer un plan terapéutico.

En una Rx de abdomen tomada en decúbito dorsal, trazar 2 diagonales que se cruzan en el ombligo y originan 4 cuadrantes: colon ascendente, transverso, descendente y recto-sigmoideo.

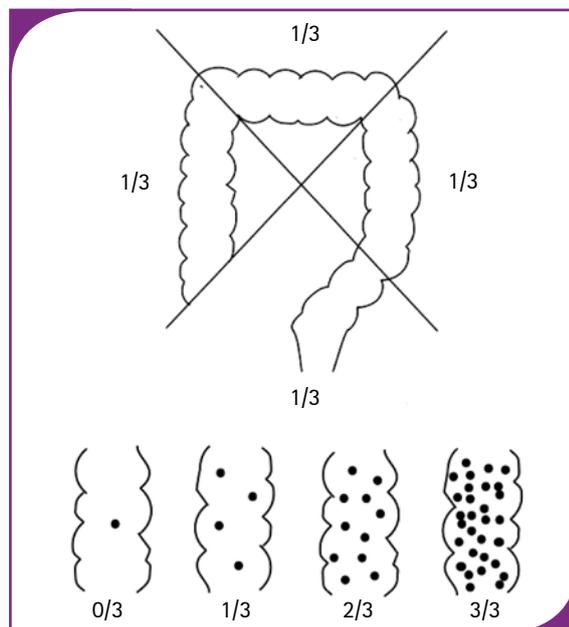
Evaluar la cantidad de materia fecal en el lumen de cada cuadrante:

- 0 = vacío
- 1 = ocupa < del 50 %
- 2 = ocupa > del 50 %
- 3 = ocupa todo.

El resultado es entre 0 y 12.

**Más de 7 indica constipación severa y requiere intervención inmediata.**

Figura N°7: Evaluación de la magnitud de la constipación



<sup>81</sup>Driver L, Bruera. E, The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 7. 1ªEd. USA.: MD Anderson Cancer Center, 1999

## Tratamiento del paciente con constipación

### Medidas generales

- Prevenir las situaciones predisponentes y corregir las causas reversibles
- Aumentar la ingesta de líquidos y mantener la movilización
- Controlar los síntomas que interfieren en la defecación (dolor abdominal, perineal, hemorroides). Favorecer el ambiente adecuado para la defecación (privacidad, silla sanitaria)
- Administrar laxantes al indicar medicamentos que producen constipación o discontinuar los que sean posibles suspender. Los pacientes que reciben opioides deben recibir laxantes regularmente desde el inicio del tratamiento analgésico (con excepción de pacientes con diarrea).

### Medidas específicas

Si la respuesta al tratamiento con un único tipo de laxante es escasa o nula, es necesario asociar laxantes de diferentes mecanismos de acción<sup>82</sup>

Si el tacto rectal confirma la presencia de materia fecal baja, pueden usarse supositorios que estimulen la ampolla rectal o enemas rápidos (ninguno facilita la evacuación de intestino alto ni la progresión de la materia fecal).

El enema de baja presión cumple la función de desbridar el contenido fecal y estimular el peristaltismo por la irritación que produce el agua oxigenada. Se recomienda realizarlo con solución fisiológica 400 cm<sup>3</sup> + 100 cm<sup>3</sup> de agua oxigenada de 10 volúmenes, a pasar en un tiempo mínimo de 2 horas para lograr el efecto.

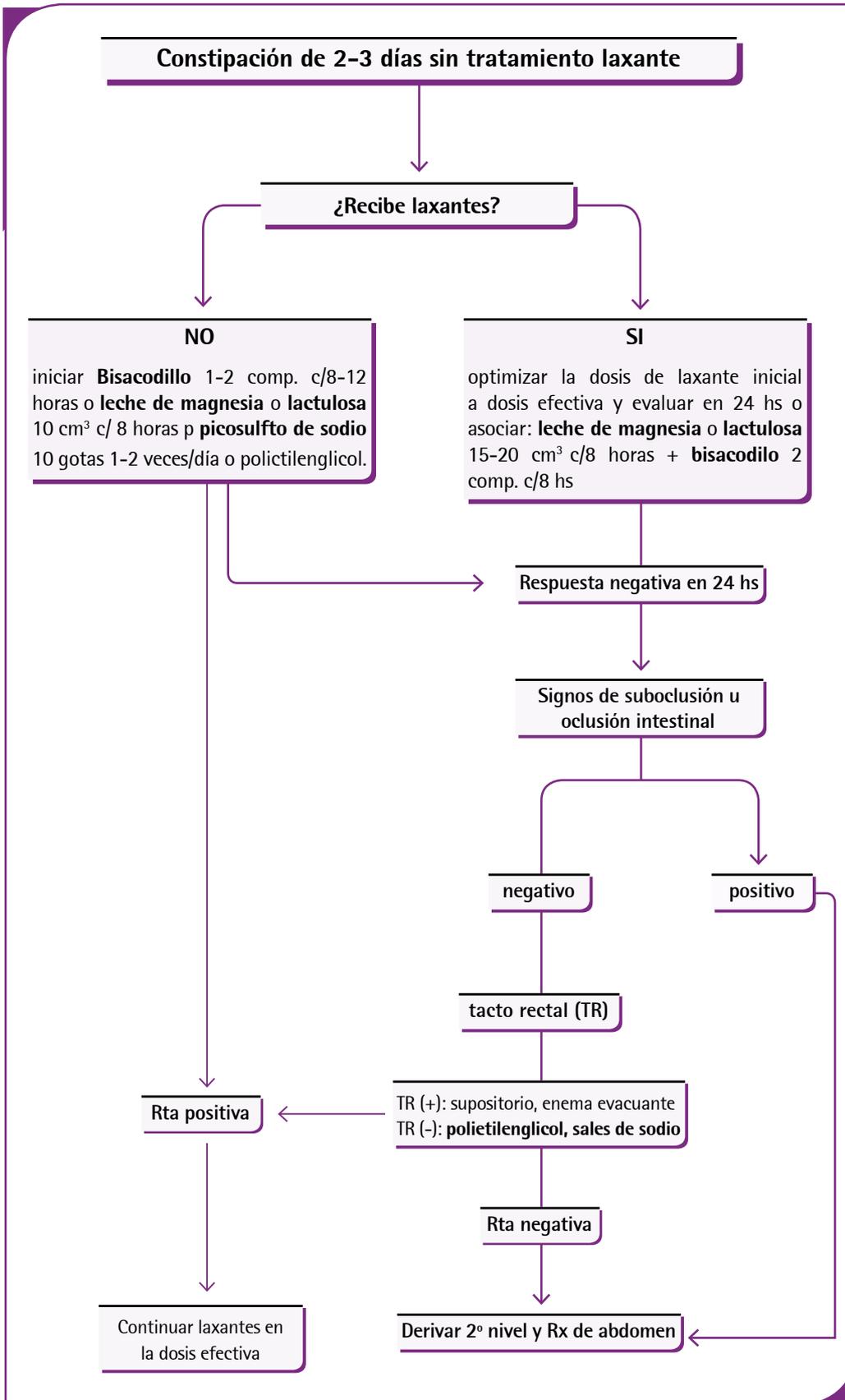
Si después de realizar el tratamiento adecuado a cada situación la respuesta lograda es negativa, se debe realizar la referencia a un segundo nivel de asistencia para realizar Rx de abdomen (en caso que no cuente con este recurso en su centro) y/o tratamiento específico.

Si se cuenta con Rx de abdomen actualizada y se puede calcular el puntaje de constipación que resulta mayor a 7:

- en la porción colónica distal, el enema es la opción
- en la porción colónica proximal, sin signos radiológicos de oclusión intestinal, la opción es la intensificación del tratamiento laxante oral.

<sup>82</sup> Candy B, Jones L ,and colls. Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos, Revisión sistemática. Cochrane.2007

Figura N° 8: Algoritmo para el tratamiento de la constipación



<sup>83</sup> Bruera E, and colls. *Texbook of Palliative Medicine*.Cap 60.Constipación.1° Ed.UK: Hodder Arnold,2006

<sup>84</sup> Leone F. *Guía para la prescripción de opioides*.Cap.3.Interacción Farmacológica y efectos adversos. 1° Ed Argentina: Ediciones Médicas Internacionales,2004

<sup>85</sup> Bertolino, M .*Guía de manejo en cuidados paliativos* Cap 10.1° Ed. Argentina: OMS- OPS,2001

<sup>86</sup> Candy B, Jones L ,and colls. *Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos*, Revisión sistemática. Cochrane.2007

Tabla N°14: Laxantes y mecanismos de acción. Niveles de evidencia <sup>83 84 85 86</sup>				
Laxante	Mecanismo de acción	Tiempo de latencia	Dosis	Evidencia
<b>Agente formador de bolo</b>	Fibras: aumentan el volumen intraluminal, atraen agua, aceleran el tránsito intestinal.	12 a 48 horas	Salvado de trigo, psyllium, metilcelulosa 1 cuch. /sobre cada 12 horas	II a / B
<b>Laxantes Salinos</b>	Aumentan la fluidez intestinal, efecto, osmótico, estimulan la peristalsis	1 a 6 horas	Leche de Mg:15-60 cm <sup>3</sup> / día Fosfato de Na 30 cm <sup>3</sup>	II b / C
<b>Agentes hiperosmolares</b>	Disminuyen pH intestinal, atraen H2O, Na, K, distienden la pared intestinal y estimulan la peristalsis.	8 a 24 horas	Lactulosa: 15-60 cm <sup>3</sup> Sorbitol: 15-60 cm <sup>3</sup>	II a / B
<b>Solución de polietilenglicol</b>	Incrementan el volumen e hidratan la materia fecal; disminuyen el tiempo de pasaje en colon	24 a 72 horas	Polietilenglicol 15-25 g/día diluido en 240 cm <sup>3</sup>	II a / A
<b>Emolientes o lubricantes</b>	Lubrican la superficie de materia fecal, mejora la propulsión a través del intestino	6 horas a 3 días	Aceite mineral, vaselina,parafina 15-45 cm <sup>3</sup> /día	II b / C
<b>Surfactantes</b>	Absorben agua en yeyuno y colon, aumentan el volumen de la materia fecal	24 a 72 horas	Docusato 100-800 mg	
<b>Estimulantes de contacto</b>	Disminuyen la absorción de agua, estimulan plexos entéricos	6 a 12 horas. Supositorios: 30-60 minutos	Bisacodilo 5 – 20 mg Sen 15 – 90 mg Picosulfato de Na 10 a 40 gotas/día	II b / C

Fuente: Bruera E, and colls. *Texbook of Palliative Medicine*.Cap 60.Constipación.1° Ed.UK: Hodder Arnold, 2006.

Leone F. *Guía para la prescripción de opioides*.Cap.3.Interacción Farmacológica y efectos adversos.1°Ed. Argentina:Ediciones Médicas Internacionales, 2004

Bertolino, M .*Guía de manejo en cuidados paliativos* Cap 10.1°Ed. Argentina:OMS- OPS, 2001

Candy B, Jones L ,and colls. *Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos*, Revisión sistemática. Cochrane.2007

**Las sales de sodio, que se absorben en forma sistémica, no deberían utilizarse en casos de insuficiencia renal, hipertensión arterial o insuficiencia cardíaca.**

### Educación del paciente y la familia

Los profesionales del equipo de salud deben informar al paciente y a la familia sobre:

- causas de la constipación y como prevenirla, y la importancia de mantener el tránsito intestinal aun cuando la ingesta de alimentos es escasa o nula y la enfermedad es avanzada
- los beneficios del uso de combinaciones de laxantes en dosis efectivas

- relevancia de mantener momentos de privacidad para el paciente
- uso de dispositivos facilitadores, como por ejemplo uso de sillón sanitario, elevador de inodoro
- en las etapas finales de vida sólo se tratará la constipación si esta fuera una causa de molestia, tenesmo o dolor (fecaloma)<sup>87</sup>.

### Criterios referencia y/o derivación

- Signos y síntomas de oclusión intestinal: distensión abdominal, vómitos persistentes, ruidos abdominales escasos o ausentes
- Prolapso rectal
- Fisura anal
- Complicaciones locales de hemorroides (hemorragia- trombosis).

En los casos de constipación por opioides, que no responde al tratamiento laxante, derivar a un nivel de mayor complejidad para la utilización de los antagonistas de receptores opioides periféricos (metilnaltrexona).

## ■ Disnea

La disnea es una experiencia subjetiva de malestar al respirar, consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad. Es la percepción de una dificultad respiratoria más la reacción a esa sensación (preocupación, miedo, ansiedad).

La experiencia surge de interacciones entre múltiples factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales que pueden inducir respuestas fisiológicas y de comportamiento<sup>88</sup>.

Puede acompañarse de manifestaciones clínicas objetivas (taquipnea, cianosis, hiperpnea) que no siempre se correlacionan con la función pulmonar o sensación del paciente: el paciente puede tener taquipnea y no referir disnea; el paciente puede tener una respiración normal y referir disnea.

La prevalencia de disnea como síntoma de enfermedades avanzadas es alta y varía según el tipo de enfermedad de base: 30 al 75 % en pacientes con cáncer avanzado; 95% en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); 60% en insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedades de neurona motora. La incidencia incrementa en los últimos días de vida.<sup>89,90</sup>

En un contexto agudo puede ser percibido por el paciente y la familia como un signo de muerte inminente por ahogo o sofocación; es un síntoma que genera gran sufrimiento.

### Mecanismos y causas que producen disnea

Es un fenómeno complejo que involucra centros cerebro-corticales y respuestas químicas y mecánicas de receptores pulmonares. Los mecanismos pueden ser:

- aumento del esfuerzo respiratorio (derrame pleural)
- alteraciones en músculos respiratorios (parálisis muscular)
- aumento de los requerimientos ventilatorios (hipoxemia)

<sup>87</sup> Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Cap.12. In: Bertolino M, Bunge S, Rodríguez A. Manejo de síntomas gastrointestinales constipación, diarrea, vómitos, náuseas y oclusión intestinal . 1° Ed.Chile : Universidad Católica de Chile, 2010.

<sup>88</sup> American Thoracic Society Dyspnea. Mechanisms, assessment and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med, 1999. N° 159, 321-340.

<sup>89</sup> Elsayem A. ,Driver L, Bruera E. The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.2.2°Ed.US: MD Anderson Cancer Center,2002.

<sup>90</sup> Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos en Medicina Paliativa . Cap.9.In: González M, Manejo de síntomas respiratorios 1° Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010.

<sup>91</sup> Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007

<sup>92</sup> Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos en Medicina Paliativa. Cap.9. En: González M, Manejo de síntomas respiratorios 1ª Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010.

En los pacientes con enfermedad avanzada los tres mecanismos pueden coexistir en diferentes proporciones.

Tabla N°15: Causas de disnea <sup>91 92</sup>		
Compromiso pulmonar	Compromiso cardiovascular	Causas sistémicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infiltración parénquima pulmonar por cáncer o metástasis</li> <li>- Tumor pleural</li> <li>- Derrame pleural</li> <li>- Neumonía</li> <li>- Trombosis pulmonar</li> <li>- EPOC</li> <li>- Asma</li> <li>- Linfangitis carcinomatosa</li> <li>- Fibrosis</li> <li>- Neumotórax</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiencia cardíaca congestiva</li> <li>- Derrame pericárdico</li> <li>- Cardiopatía isquémica</li> <li>- Síndrome vena cava superior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemia</li> <li>- Diminución de masa muscular y peso (caquexia)</li> <li>- Ascitis a tensión</li> <li>- Enfermedades neuromusculares</li> <li>- Acidosis metabólica</li> <li>- Hepatomegalia</li> <li>- Ansiedad</li> </ul>

Fuente: Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007. Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos en Medicina Paliativa. Cap.9. En: González M, Manejo de síntomas respiratorios 1ª Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010

Tabla N°16: Otras causas de disnea	
Relacionadas a Tratamientos	Causas asociadas que exacerban la disnea
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neumonectomía</li> <li>- Lobectomía</li> <li>- Neumonitis posradioterapia o posquimioterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicógenas: ansiedad-depresión</li> <li>- Dolor no controlado.</li> </ul>

Fuente: Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007. Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos en Medicina Paliativa. Cap.9. En: González M, Manejo de síntomas respiratorios 1ª Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010.

## Evaluación del paciente con disnea

- Debe incluir la identificación de las posibles causas
- Realizar examen clínico y respiratorio, determinar la clase funcional, antecedentes, oximetría de pulso si está indicada y disponible
- Evaluar la complejidad y el compromiso sistémico para referir al paciente a otro nivel asistencial para realizar intervenciones diagnósticas complementarias.

## Tratamiento del paciente con disnea

### Medidas generales

Considerar los recursos locales disponibles para:

- iniciar simultáneamente el alivio del síntoma y el tratamiento de las causas reversibles
- realizar tratamiento inicial (fármacos y oxígeno), y según la evolución solicitar interconsulta
- acondicionar un ambiente ventilado, corriente de aire sobre el rostro, posiciones que favorezcan alivio, minimicen esfuerzos. Sugerir el uso de vestimenta cómoda

- acompañar para transmitir tranquilidad; estimular movimientos respiratorios y relajación.

### Medidas específicas

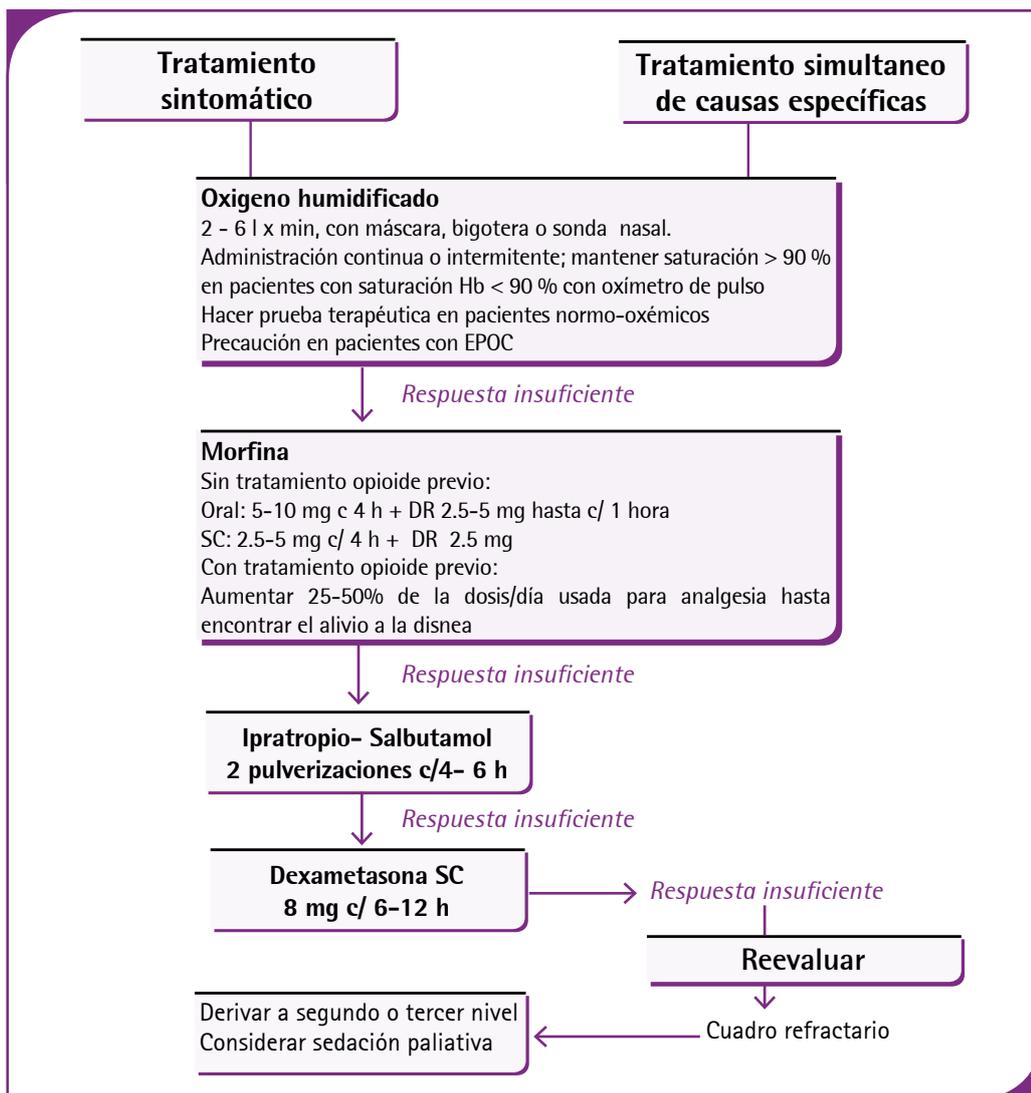
Iniciar tratamiento específico de acuerdo a las causas identificadas: corticoides, broncodilatadores, antibióticos, medicación cardiológica, ansiolíticos. Es importante el control de la ansiedad, de la tos y de las secreciones. Ofrecer kinesioterapia y apoyo psicológico según los recursos sanitarios disponibles.

Los opioides son eficaces para el alivio sintomático de la disnea en enfermedades pulmonares avanzadas oncológicas y no oncológicas<sup>93</sup>. Se los debe indicar por vía oral o subcutánea, en dosis fijas y dosis de rescate (se detallará más adelante). Si se requieren más de tres por día, es necesario reevaluar la dosis fija.

Ante situaciones como obstrucción mayor de la vía aérea o linfagitis carcinomatosa indicar dexametasona oral ó subcutánea 16-32 mg / día y derivar a un nivel de mayor complejidad; en caso de derrame pleural realizar derivación para evaluación en otro nivel de atención.

<sup>93</sup> Lorenz K , y col.s. Evidence for improving Palliative Care at the End of life: a sistematic review. Ann Intern Med. 2008; 147:148.

Figura Nº 9: Tratamiento específico de la disnea



<sup>94</sup> Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Capítulo Disnea. Argentina: Programa Argentino de Medicina Paliativa. FEMEBA, 2007

## Educación del paciente y la familia<sup>94</sup>

Se debe brindar información sobre las causas del síntoma y las posibilidades de tratamiento (ambulatorio o en internación):

- estar disponible y realizar control asistencial periódico.
- facilitar la expresión de temores
- proponer cambios: modificar la altura de la cama, evitar ambientes cerrados o ambientales, no usar escaleras ni levantar objetos pesados, realizar la higiene diaria en posición sentada, usar silla sanitaria y de ruedas, crear una corriente de aire sobre el rostro del paciente (un ventilador puede dar alivio significativo)
- si la evolución es favorable, explicar como prevenir y actuar en crisis, enfatizar la importancia del uso de dosis de rescate entre las dosis fijas de medicamentos, asegurar la disponibilidad de medicamentos y de oxígeno.
- respetar y promover la autonomía del paciente en las decisiones de tratamiento; discutir tratamientos y/o intervenciones posibles de acuerdo a la magnitud del cuadro (observación, traslado, internación)
- explicar los límites de los tratamientos y dar esperanzas veraces del grado de alivio posible.

## Criterios de referencia o derivación

- Disnea severa con sensación de asfixia
- Síndrome de vena cava superior
- Sospecha de derrame pleural masivo que requiere toracocentesis
- Disnea con hemoptisis severa.

La disnea puede evolucionar a la refractariedad terapéutica. Éste término representa la falta de alivio cuando se realiza un tratamiento adecuado en un tiempo prudencial, y puede plantear la referencia a un segundo o tercer nivel de asistencia y la posibilidad de sedación paliativa.

**El objetivo terapéutico es el alivio percibido por el paciente y no el cambio de signos como la taquipnea o los ruidos respiratorios audibles.**

## ■ ■ Dolor en Cuidado Paliativo

El dolor se puede definir como una "sensación física y emocional desagradable asociada a una lesión tisular potencial o real, o bien descrita en términos de este tipo de lesión"<sup>95</sup>.

El paciente con ERVEA suele presentar distintos grados de sufrimiento. Este es un estado de malestar severo con experiencias desagradables asociadas con eventos que amenazan la integridad de la persona, generada por diferentes factores:

- físicos: dolor, vómitos, disnea
- sociales: falta de recursos económicos, burocracia del sistema sanitario
- psicológicos: ansiedad, depresión, trastornos cognitivos
- existenciales: ansiedad por la muerte inminente, falta de esperanza, vida conflictiva.

<sup>95</sup> IASP. IASP taxonomy. Disponible en <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/Pain-Definitions/default.htm>

El cáncer es la principal causa de dolor agudo y crónico de los pacientes con ERVEAs: el 30 % de los pacientes con cáncer padecen dolor al momento del diagnóstico y entre el 65 – 85 % de los pacientes tienen dolor en las etapas avanzadas de la enfermedad. En este capítulo se describen conceptos relacionados al control del dolor en cáncer, que también se podrán aplicar a otras ERVEAs.

## Causas y mecanismos que intervienen en el dolor por cáncer

Corresponde diferencias entre dolor agudo y dolor crónico.

**Dolor agudo:** intervenciones diagnósticas o terapéuticas, infecciones oportunistas.

**Dolor crónico:** se debe a

- 80%: presencia del tumor como metástasis óseas, compromiso de nervios y vísceras
- 15%: la terapéutica oncológica: cirugía, radioterapia, entre otras
- 5%: contractura muscular, hernia de disco sin relación con el cáncer ni con su terapéutica.

Otras causas frecuentes de dolor agudo o crónico en pacientes con ERVEAs son:

- artritis, artrosis
- constipación
- ulcera por presión
- cefaleas
- dolor por inmovilización muscular-articular
- dolor isquémico: por ej. sarcomas exofíticos
- mucositis: por ej. candidiasis oral; colitis por citomegalovirus, segundo síntoma más prevalente en pacientes con HIV.

**Mecanismo.** Según el mecanismo el dolor puede clasificarse en:

- nociceptivo visceral, por la estimulación de nervios aferentes autonómicos. Por ej. hepatomegalia dolorosa
- nociceptivo somático, por la estimulación de nervios aferentes somáticos. Por ej. dolor en metástasis ósea
- neuropático, por daño de estructuras nerviosas del SNC o periférico. Por ej. dolor por herpes zoster
- mixto, con componentes nociceptivos y neuropáticos. Por ej. tumor invasor de estructuras torácicas costales y musculares
- idiopático. Por ej. dolor precordial inespecífico (descartadas causas cardiogénicas, visceral-opresivo, costo-condral).

## Evaluación del paciente con dolor

Para tratar correctamente a un paciente con dolor se requiere una evaluación precisa, completa, integral.

Las evaluaciones se deben realizar en la primera consulta, durante el tratamiento, a intervalos regulares, y cuando aparece un nuevo dolor.

Las preguntas "¿dónde, cuánto y desde cuándo le duele?" no son suficientes para una evaluación completa. Se deben investigar las características del dolor y también los factores que lo modifican o condicionan.

¿Qué evaluar? Localización, intensidad y características del dolor; estos aspectos deben ser evaluados con preguntas abiertas, sin inducir respuestas.

Por ejemplo: Hábleme sobre su dolor. ¿Dónde lo siente?; ¿Tiene algún recorrido particular? Cuán fuerte es el dolor?; ¿Cómo lo describiría con sus palabras?; ¿Hace cuánto y cuándo aparece? ¿Qué lo alivia? ¿Qué lo agrava? ¿Cómo lo afecta en su vida cotidiana?

Descripción	Sospecha diagnóstica
"El dolor es quemante, como descargas eléctricas"	Lesión de estructura nerviosa
"El dolor aparece y desaparece"	Cólicos
"Me duele cuando como"	Lesión oral, esofágica o gástrica
"Me duele siempre en el mismo lugar, al mínimo movimiento"	Lesión ósea
"Me duele cuando entro en actividad"	Lesión muscular
"Me duele en el mismo lugar todo el tiempo"	Lesión de tejidos blandos
"Me duele en el abdomen, pero es difícil definir donde"	Lesión visceral

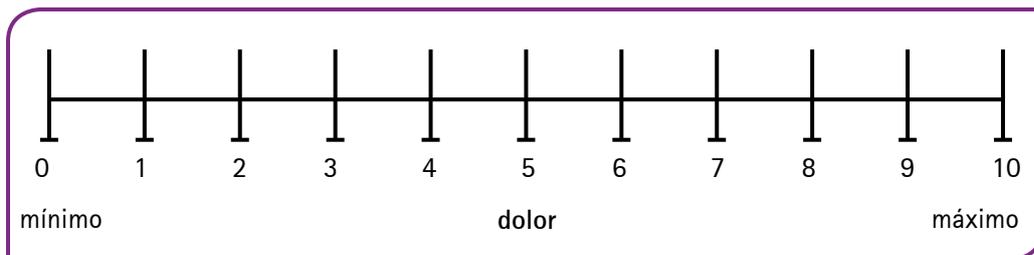
<sup>96</sup> Wenk R, Bertolino M, and colls. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007

Si el paciente no describe el dolor con claridad se deben realizar preguntas específicas<sup>96</sup> sobre la localización e intensidad del dolor.

■ **Ubicación:** ¿dónde duele?. Los pacientes pueden tener dolor en más de un sitio; la ubicación del dolor se debe registrar en las partes ventral y dorsal de un dibujo de una figura humana.

■ **Intensidad:** ¿cuánto duele? Para evaluar la intensidad del dolor se utilizan distintas escalas. (Puede consultar en el capítulo de dolor página 18 a 21 de la presente Unidad)

a) **Escala numérica.** El paciente selecciona en forma verbal o escrita un número en una escala de 0 a 10, donde 0 indica que no hay dolor y 10 indica dolor insoportable.



b) **Escala categórica.** El paciente tiene que elegir la palabra que indica la intensidad del dolor (Sin dolor, Dolor leve; Dolor moderado; Dolor severo); esta escala se utiliza cuando al paciente tiene dificultad para comprender las instrucciones del uso de la escala numérica.

- sin dolor = 0
- dolor leve = 1-2-3
- dolor moderado = 4-5-6
- dolor severo = 7-8-9-10

El dolor de intensidad 5 o mayor evaluado con cualquier escala de 0 a 10, provoca interferencia en las actividades de la vida cotidiana y deteriora sustancialmente la calidad de vida: produce cambios en el humor, trastornos del sueño y genera incapacidad para disfrutar, trabajar y relacionarse.

El dolor "existe" en la magnitud que el paciente reporta, si bien su percepción y expresión están relacionadas a múltiples factores como personalidad previa, estado emocional actual, interpretación dada al dolor, y otras causas coexistentes de sufrimiento.

- Características: ¿Cómo es el dolor? ¿Cuándo comenzó? ¿Es periódico, rítmico? ¿Es continuo, persistente? ¿Es superficial o profundo? ¿Es localizado o difuso? ¿Se acompaña de sensaciones anormales (hormigueos, quemazón, pinchazos)? ¿Qué factores alivian o empeoran el dolor?
  - ¿Acostarse? ¿Sentarse? ¿Pararse? ¿Algunos movimientos?
  - ¿Caminar?
  - ¿Masticar? ¿Tragar?
  - ¿Toser?
  - ¿Orinar? ¿Defecar?
  - ¿Contacto de la ropa con la piel?
  - ¿Cambios de clima?
- Tratamientos analgésicos previos. ¿qué drogas? ¿qué vías? ¿qué dosis? ¿qué respuesta (alivio)? ¿Qué efectos indeseables? Temor a efectos secundarios o adictivos.

En la mayoría de los pacientes, la evaluación del síndrome doloroso, el examen físico y algunas radiografías son suficientes para establecer la causa del dolor e iniciar el tratamiento pero en muchos otros casos se requieren otros estudios de imágenes, TAC, ecografías, RMN.

Si un paciente no puede comunicarse verbalmente (dificultad en la comunicación) la evaluación se realiza en base a la observación de sus "conductas dolorosas" (se correlacionan significativamente con las presencia de dolor) que son:

- suspiros, quejidos
- muecas o inmovilidad
- cambios del humor: irritabilidad, humor depresivo
- renguear, frotar o sostener el área afectada, cambiar de postura con frecuencia, sentarse con postura rígida
- descansos prolongados, movimientos temerosos, marcha interrumpida, solicitud de ayuda para caminar.

## Tratamiento del paciente con dolor en cuidados paliativos

El 85–95 % de los pacientes pueden ser tratados efectivamente con un programa de control y prevención del dolor de baja complejidad. Los objetivos son:

- controlar el dolor: durante el sueño, en reposo y en actividad
- mantener al paciente lúcido
- evitar o controlar los efectos indeseables del tratamiento.

El tratamiento farmacológico es efectivo en más del 90 % de los pacientes. Es económico, tiene escaso riesgo y da resultados rápidos.

La "escalera analgésica" de la OMS<sup>97</sup> describe el uso de los analgésicos considerando la intensidad del dolor del paciente.

**La base del tratamiento analgésico recomendado es farmacológica, pero no se deben dejar de lado las medidas para resolver o aliviar los problemas psicológicos y sociales y se debe considerar la utilización de otras opciones terapéuticas.**

Las otras opciones (quimioterapia, radioterapia, cirugía, procedimientos anestésicos, procedimientos físicos como estimulación cutánea con calor, frío, masajes e intervenciones psicológicas) pueden solicitarse o realizarse en los niveles de complejidad 2º y 3º.

El tratamiento del dolor se basa en la combinación y uso secuencial de diferentes fármacos agrupados en 3 categorías: los adyuvantes, los Aines, y los analgésicos opioides.

### Escalera analgésica de la OMS

#### Escalón 1.

El paciente tiene POCO dolor (1–3) o Moderado dolor (4–6)

Sin tratamiento analgésico previo y:

- utilizar analgésicos no opioides (si no hay contraindicación).
- utilizar drogas coanalgésico o adyuvantes

#### Escalón 2.

Dolor moderado sin tratamiento o que persiste o aumenta usando analgésicos no-opioides:

- utilizar analgésicos opioides débiles
- utilizar drogas coanalgésico o adyuvantes.

Continuar o no con el analgésico no opioide.

#### Escalón 3.

Dolor severo, que persiste o aumenta usando analgésicos opioides débiles:

- utilizar analgésicos opioides potentes
- utilizar drogas coanalgésico o adyuvantes.

Continuar o no con el analgésico no opioide.

**Con dolor LEVE o MODERADO en la primera evaluación se puede comenzar con un opioide débil.  
Con dolor SEVERO (Dolor 7 – 10) en la primera evaluación se debe comenzar con un opioide potente.**

<sup>97</sup> Foley, K. OMS. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario. Cancer Pain. US: OMS.Vol. 19, Núm. 1 – 2006.Pág 3–4.

Con frecuencia, los pacientes que no responden o no toleran a una categoría o subcategoría responden bien a una selección diferente. Los médicos deben conocer cada categoría para individualizar y optimizar los tratamientos.

## Paracetamol

Analgésico, antipirético, sin efecto antiinflamatorio ni de anti agregación plaquetaria, con mejor perfil de efectos secundarios que los AINES, a excepción de la insuficiencia hepática en caso de sobredosis. Utilizar con precaución en personas con hepatopatía previa.

*Paracetamol: 500 mg. c / 4-6 h . Dosis máximo 2000-3000 mg*

## Analgésicos anti inflamatorios no esteroides (AINEs)

Los AINEs se utilizan en el dolor óseo y en el dolor asociado con procesos inflamatorios; tienen un valor limitado por su relativa eficacia máxima. Poseen acciones farmacológicas comunes: propiedades anti-inflamatorias, efectos analgésicos y antipiréticos y efecto anti-agregante plaquetario. El mecanismo de acción es la inhibición las ciclo-oxigenasas 1 y 2. Los efectos antiinflamatorio, analgésico, antipirético y antiagregante plaquetario se deben al efecto sobre las enzimas ciclo-oxigenasas; el efecto analgésico se debe a mecanismos periféricos y a acciones en el sistema nervioso central.

Estos fármacos son útiles en dolores de intensidad leve o moderada (Dolor 1-5). No desarrollan tolerancia. Tienen mecanismo de acción diferente al de los opioides. Pueden ser combinados con los opioides.

**AINEs: tienen toxicidad diferente a la de los opioides pero más seria, porque generalmente producen lesión orgánica: gastritis o úlcera péptica, falla renal, disfunción plaquetaria, hepatitis (con dosis supra-máximas).**

No deben ser utilizados en forma crónica por su capacidad para producir efectos indeseables significativos:

- enfermedad renal
- hepatotoxicidad
- coagulopatía
- úlcera gastroduodenal
- reducción de la eficacia de algunos antihipertensivos (bloqueadores beta, inhibidores de enzima de angiotensina-convertidora y diuréticos).

Los factores de riesgo en el uso de AINES son:

- edad mayor de 65 años
- antecedente de enfermedad úlcero-péptica
- uso concomitante de esteroides
- uso de más de un AINE
- uso por más de 3 meses.

**Tabla Nº17: Dosis de AINE's**

	Dosis	Límites (en 24 h)
<b>Diclofenaco.</b>	25 - 50 mg. c / 8-12 h.	75 - 150 mg.
<b>Ketorolaco*</b>	10-20 mg c/6 h	90 mg
<b>Ibuprofeno.</b>	200 - 600 mg. c / 6-8 h.	1200 - 3200 mg.
<b>Naproxeno.</b>	250 - 500 mg. c/ 12 h.	500 - 1250 mg.
<b>Dipirona (metamizol) *</b>	500 mg c/6-8h.	4000 mg/día

\*utilización confinada a corto plazo (5 días)

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA

## Analgésicos opioides (AO)

Son los fármacos más importantes en el tratamiento del dolor agudo y crónico de intensidad moderada o severa (Dolor 6 /10 a 10/10)

Ejercen su acción a través de los receptores opioides, son la base del tratamiento en enfermedades oncológicas y no oncológicas (neuropatías, dolor postamputación, dolor neuropático, artritis reumatoide, dolor postoperatorio, dolor por quemadura, dolor traumático, dolor por fracturas óseas, cefaleas, neuralgias craneanas, cervico-braquialgias, infarto de miocardio, neumotórax, cólico biliar - renal - ureteral, pancreatitis, lumbalgias, artrosis de cadera y de rodilla).

El uso crónico de analgésicos opioides generalmente no se asocia con toxicidad orgánica significativa ni deterioro cognitivo. Los efectos indeseables más comunes son las náuseas y la constipación. El abuso de drogas y el desarrollo de tolerancia son raros con el uso de opioides en el tratamiento del dolor. Aun en pacientes con historia de conducta adictiva los opioides se pueden indicar con medidas de supervisión específica para cada caso. Por ej. educación a cuidadores, administración de medicación limitada según los controles médicos a realizar, prescripciones de recetas registradas en historia clínica, para controlar la administración de medicación; supervisión del síntoma y del tratamiento en períodos cortos de tiempo.

Los analgésicos opioides clínicamente se dividen en dos grupos:

Analgesicos Opioides débiles	Analgesicos Opioides potentes
codeína	oxicodona
dextropropoxifeno	buprenorfina
tramadol	fentanilo
	hidromorfona
	metadona
	morfina
	nalbufina
	petidina (meperidina)

Los fármacos que NO deberían ser usados en el tratamiento del dolor en pacientes con ERVEAs son:

- **meperidina:** tiene vida media corta y su metabolito normeperidina es tóxico
- **buprenorfina:** agonista parcial de baja eficacia máxima

- **nalbufina:** opioide agonista-antagonista de baja eficacia máxima, que si se administra a un paciente que recibe agonistas puede revertir la analgesia y desencadenar un síndrome de abstinencia.

### Principios generales para el uso de analgésicos opioides<sup>98</sup>

- Conocer las dosis, la duración de acción y la presentación de varios AO potentes
- Individualizar la vía de administración, las dosis y los horarios para cada persona
- Controlar los pacientes, especialmente al inicio del tratamiento o al cambiar de dosis, intervalos o fármacos
- Buscar y tratar los efectos indeseables
- La selección del opioide se realiza de acuerdo a la escalera analgésica de la OMS
- El régimen analgésico debe ser adaptado al paciente: cada uno necesita una dosificación individual
- Se debe mantener un nivel estable del fármaco en sangre para prevenir la ocurrencia de dolor, por lo tanto los opioides deben ser indicados a intervalos regulares
- Los diferentes opioides pueden tener diferente efecto analgésico y efectos indeseables en cada paciente
- Como la tolerancia cruzada entre opioides no es completa, si no se obtienen buenos resultados con la dosificación apropiada con un opioide es útil cambiar a una droga alternativa (ver "rotación de opioides")
- Los pacientes con falla renal pueden acumular opioides que se eliminan por vía renal. (ej. morfina, oxicodona, hidromorfona).

<sup>98</sup> Wenk R, Leone F. y col. Cuidados Paliativos. Monografía. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FE-MEBA.2002.

### Determinación de la dosis de analgésicos opioides

- Titular la dosis, según el balance analgesia / efectos secundarios, hasta encontrar la que controla el dolor con menores efectos indeseables
- No hay dosis óptima o máxima para los analgésicos opioides potentes: morfina, metadona, oxicodona, hidromorfona; en la mayoría de los pacientes el control del dolor se mantiene con un promedio entre 60 y 100 mg. de morfina en 24 horas
- En los casos de dolor severo o mal control que puedan requerir dosis mas altas, es conveniente referir a asistencia en centros de cuidados paliativos de nivel 2° o 3°
- Indicar dosis fijas según duración de acción. Se deben planificar los intervalos de administración para prevenir la reaparición del dolor y utilizar el número mínimo de dosis diarias
- Indicar dosis de rescate: dosis a demanda, generalmente del 10 % de la dosis diaria para tratar o prevenir crisis de dolor inter-dosis. Su intervalo depende del tipo de opioide y vía utilizada
- Ajustar las dosis aumentando o reduciendo en 30 – 50 % las dosis previas o sumando las dosis de rescates utilizadas en 24 horas; la mayoría de los pacientes necesitan ajuste frecuente de la dosis
- Evaluar la repuesta analgésica por lo menos una vez por día al inicio del tratamiento; y por lo menos una vez por semana en situación estable
- Prevenir/tratar efectos secundarios (laxantes, antieméticos)
- Cuando se utilizan analgésicos opioides se deben utilizar adyuvantes específicos según las características de dolor.

**Dosis/día:** es la dosis total de un opioide utilizada en 24 horas (dosis + rescates)

La Dosis Equianalgésica de Morfina Oral (DEMO) por día es la cantidad de miligramos de un fármaco analgésico administrada que brinda el mismo alivio que una dosis determinada de morfina oral.

### Efectos secundarios de los opioides

- Náuseas / vómitos (habitualmente desaparecen con el uso continuado del fármaco después de los primeros 3 o 4 días)
- Somnolencia, sedación (habitualmente desaparece con el uso continuado del fármaco)
- Constipación
- Boca seca
- Otros: confusión, mioclonias y miosis, pesadillas, ensoñaciones vividas, alucinaciones, delirium, desorientación, hipotensión postural, urgencia urinaria, retención urinaria, rubor, sudoración, prurito, dependencia física/ psicológica o tolerancia. Depresión respiratoria.

### Vías de administración

**Vía oral:** es la mejor opción. Se la debe utilizar mientras es posible. Según la OMS el 70 - 90 % de los pacientes pueden tener control adecuado de su dolor con el uso de la vía oral, por días, semanas, meses o años.

¿Qué utilizar en la administración por vía oral? Preparaciones comerciales y/o preparaciones magistrales elaboradas por un farmacéutico.

#### Preparaciones comerciales

- Comp. de 30 mg. de clorhidrato de morfina, liberación inmediata (inicio de acción 10-90 min., duración 3 - 6 horas.)
- Comp. de 10 mg. y de 30 mg. de sulfato de morfina, liberación sostenida (efecto máximo a las 4 horas, duración 12 horas.)
- Comp. de 5 mg. y de 10 mg. de clorhidrato de oxicodona de liberación inmediata (inicio de acción 10 - 15 min., duración 4 - 6 horas.)
- Comp. de 10 mg., de 20 mg. y de 40 mg. de clorhidrato de oxicodona de liberación sostenida (efecto máximo a las 4 horas, duración 12 horas)
- Comp. de 5 mg., de 10 mg. y de 40 mg. de clorhidrato de metadona (inicio de acción 15-30 min., duración 8 -12 horas.)

### Preparaciones magistrales elaboradas por un farmacéutico

- Soluciones acuosas de sulfato o clorhidrato de morfina u oxycodona (en concentración variable: de 1 a 20 mg. por ml. Que son de liberación inmediata, siendo la más utilizada y fácil de dosificar de solución acuosa de clorhidrato de morfina al 10 ‰ (10/1000), que significa que hay una concentración de 10mg de morfina por cada ml de solución).
- La concentración de las soluciones prescritas se realiza teniendo en cuenta que una dosis de menor volumen y con mayor concentración del opioide, suele ser de más fácil administración oral que aquellas donde el volumen es mayor teniendo la misma dosis en miligramos.
- Ejemplos:
  - Para administrar 10mg cada 4 hs de solución de morfina al 10‰ (donde 1ml contiene 10mg), se debe administrar 1ml cada 4 hs.
  - En cambio al prescribir 10mg cada 4hs.de una solución de morfina al 2‰ (donde 1 ml contiene 2mg), se debe administrar 5ml cada 4 hs.

### Esquemas de liberación prolongada

- Lograr buena analgesia con un opioide de liberación inmediata. No iniciar el tratamiento con opioides de liberación sostenida porque alcanzar buena analgesia puede tomar varios días
- Determinar la dosis diaria en mg. del opioide de liberación inmediata en uso.
- Indicar la dosis equivalente del opioide de liberación sostenida (morfina u oxycodona) dividida en dos dosis c/ 12 horas, o en tres dosis c/ 8 horas si es necesario
- Indicar dosis de rescate de opioide de liberación inmediata, preferentemente del mismo opioide
- Los comprimidos de liberación sostenida deben tragarse enteros: no hay que dividirlos ni triturarlos.

La metadona es un analgésico de gran potencia y larga vida media que requiere durante la titulación de su dosis el estricto control médico de efectos adversos en el paciente (somnolencia ,síndrome confusional) . Debe administrarse c/ 12 horas y en algunos casos c/ 8 horas.

**Vía parenteral:** si no se puede utilizar la vía oral (incapacidad para deglutir, obstrucción intestinal, náuseas y vómitos intratables, o en final de vida) la vía parenteral más segura y confortable es la subcutánea.

Si el paciente ya tiene una vía endovenosa, se puede utilizar. No usar la vía intramuscular porque las inyecciones son dolorosas y aumentan el riesgo de abscesos.

Los opioides parenterales pueden ser administrados con inyecciones intermitentes o con infusión continua.

La inyección intermitente subcutánea es la forma más económica y simple de administración

## Indicaciones

La dosis diaria total del opioide se divide por 6 y se administra cada 4 horas como inyección SC (ver capítulo de vía subcutánea). Si el paciente requiere por largo tiempo inyecciones regulares intermitentes de opioides se pueden usar equipos portátiles, económicos, simples y seguros con los que el paciente o un familiar pueden administrar las dosis.

## ¿Que utilizar en la administración vía parenteral?

### Preparaciones comerciales y/o magistrales

**Preparaciones comerciales:** ampollas de clorhidrato de morfina, de 10 y 20 mg/cm<sup>3</sup>.

**Preparaciones magistrales:** soluciones acuosas de sulfato o clorhidrato de morfina o de clorhidrato de oxycodona (+ o - concentradas: 5 a 20 mg./cm<sup>3</sup>).

### Concentraciones habituales de soluciones de opioides

10 ‰ (10 x mil), 10 g en 1.000 cm<sup>3</sup> = 1 ‰ (1 x ciento), 1 g en 100 cm<sup>3</sup>  
1 cm<sup>3</sup>. contiene 10 mg. de opioide (1 cm<sup>3</sup> = 10 mg.).

## Coefficientes para calcular dosis equianalgésica

La administración de opioides diferentes a la morfina requiere su conversión a una equivalencia de morfina oral (DEMO).

Para calcular la DEMO se realiza la multiplicación o división por el coeficiente de conversión indicado en la segunda columna de la siguiente tabla<sup>99</sup>:

Tabla N°18: Cálculo de DEMO	
Opioide que está recibiendo el paciente	Equivalencia para cambiar la vía de administración
Morfina oral	Cambio a Morfina subcutánea o endovenosa: dosis oral ÷ 2
Morfina subcutánea o endovenosa	Cambio a morfina oral: dosis subcutánea o endovenosa x 2
Meperidina, subcutánea o endovenosa	Cambio a morfina oral: dosis subcutánea o endovenosa x 3
Codeína oral	Cambio a morfina oral: dosis codeína oral ÷ 8-10
Propoxifeno oral	Cambio a morfina oral: dosis de propoxifeno ÷ 10
Tramadol oral	Cambio a morfina oral: dosis de tramadol oral ÷ 8 o 10; NC
Oxycodona oral	Cambio a morfina oral: dosis de oxycodona oral x 1,5
Metadona oral	Cambio a morfina oral: dosis de metadona oral x 5
Fentanilo subcutánea o endovenosa	Cambio a morfina oral: dosis subcutánea o endovenosa ÷ 100

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

Cuando se cambia de un analgésico opioide a otro, dividir o multiplicar por el coeficiente indicado para determinar la dosis diaria del nuevo opioide.

Ejemplos:

- Morfina SC -> a Morfina O: calcular la dosis de morfina parenteral x 2
- Morfina O -> Propoxifeno O: dosis morfina x 10.

<sup>99</sup> Walsh D and colls. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.138. Sec. A. In: Friedemann N, Hardy J. Opiáceos. 1° Ed. España:Elsevier,2010.

No todos los centros usan las mismas tablas de dosis equianalgésicas. A continuación se describen otras modalidades de equivalencias:

<b>Tabla N°19: Dosis equianalgésicas de opíodes</b>	
<b>Morfina</b>	10 mg O = 7-10 mg vía rectal 10 mg O = 3 - 5 mg SC ó EV
<b>Hidromorfona</b>	Morfina 10 mg O = Hidromorfona 2 mg O Hidromorfona 2 mg O = Hidromorfona 1 mg SC ó EV
<b>Oxicodona</b>	Morfina 10 mg O = oxicodona 7,5 mg O Oxicodona 10 mg O = oxicodona 5 mg SC ó EV
<b>Metadona</b>	La relación equianalgésica depende de la dosis del opioide previo: - si la dosis de morfina es de 30-90 mg O, usar una relación 4:1 (P.ej. 30 mg de morfina aprox. equivale a 7 mg de metadona) - si la dosis de morfina es de 90-300 mg O, usar una relación 8:1 (P.ej. 300 mg de morfina aprox. equivale a 35 mg de metadona) - si la dosis de morfina es de >300 O, usar una relación 12:1 (P.ej. 400 mg de morfina aprox. equivale a 35 mg de metadona) - si la dosis previa de morfina es mucho mayor de 300 mg la relación de dosis será mayor que 12:1
<b>Fentanilo</b>	Para el fentanilo transdérmico es necesario guiarse por las tablas de recomendación del fabricante. Para fentanilo parenteral se sugiere una relación de dosis: 100 mg morfina SC = 1 mg fentanilo SC.

Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

## Rotación de opioides

Consiste en suspender el opioide en uso y sustituir por otro de la misma categoría; permite obtener buena analgesia y el control de los efectos indeseables.

La rotación a otro opioide (principalmente a metadona) es conveniente que sea guiada o realizada por especialistas en cuidados paliativos o en centros donde existan profesionales entrenados en la prescripción de metadona. Se debe cumplir el siguiente procedimiento:

1. calcular la dosis diaria del opioide en uso
2. calcular su equivalencia a otro opioide fuerte
3. reducir la dosis en 25-50 %
4. reemplazar los opioides:
  - suspender el opioide en uso e iniciar simultáneamente el nuevo (opioides acción rápida)
  - suspender progresivamente el opioide en uso e iniciar progresivamente el nuevo (opioides de acción prolongada)
5. establecer un nuevo esquema de dosis de rescate.

## Conceptos erróneos sobre el uso de los opioides en pacientes con Enfermedades con Riesgo de vida en Estadío Avanzado (ERVEAs) con dolor severo

### Tratamiento de la depresión respiratoria

A causa de la tolerancia progresiva a los opioides, la depresión respiratoria es una posibilidad extremadamente infrecuente en los pacientes con cáncer. Los pacientes que pueden estar más vulnerables son los que presentan uso de múltiples rescates, error en la administración de dosis o acumulación de opiodes por deterioro de la función renal en pacientes que reciben opioides de excreción renal (morfina, oxicodona, hidromorfona).

### Sobre el desarrollo de adicción

El desarrollo de adicción en los pacientes que reciben opioides para el dolor por cáncer es extremadamente infrecuente (< 1 en 12.000 pacientes) y no debe ser considerado un problema.

### Los opioides deben ser indicados según necesidad

La mayoría de los opioides solo actúa por un período aproximado de 4 horas. El retraso promedio que transcurre entre que el paciente requiere los opioides y el momento en que experimenta el efecto analgésico es de aproximadamente 45 minutos. Si este proceso se repite 6 veces por día, el paciente permanece con dolor un mínimo de 4 horas por día. La prevención del dolor es uno de los principales objetivos del tratamiento del dolor por cáncer.

**Los opioides no deben ser indicados a demanda y deben ser administrados a intervalos regulares.**

### El temor a la tolerancia

El 85 % de los pacientes con cáncer no desarrollan tolerancia significativa, el restante 15 % desarrolla tolerancia por razones que no se conocen. A pesar de esto, este último grupo de pacientes pueden recibir buena analgesia si las dosis se aumentan a medida que el dolor aumenta.

### Mitos erróneos atribuidos a la morfina. El personal de salud así como pacientes y familiares tienen una serie de creencias sobre el uso de la morfina y sus consecuencias

En el personal de salud	En los pacientes y familiares
<ul style="list-style-type: none"> <li>- sólo debe emplearse cuando el paciente está por morir</li> <li>-adelanta la muerte</li> <li>- no es efectiva</li> <li>- causa depresión respiratoria</li> <li>- causa efectos secundarios inaceptables</li> <li>-produce tolerancia, dependencia física y psicológica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- significa que pronto voy a morir</li> <li>- ya no habrá nada para cuando empeore el dolor</li> <li>- temor a la adicción</li> <li>- temor a que no funcione</li> </ul>

## Adyuvantes o Coanalgésicos

La elección del adyuvante dependerá del tipo de dolor y las características del paciente. Son fármacos cuya indicación primaria tiene efecto para patologías específicas, pero secundariamente tienen propiedades analgésicas en algunos síndromes dolorosos o son de utilidad para el tratamiento sintomático en pacientes en Cuidados Paliativos<sup>100</sup>.

Se deben conocer y considerar los efectos secundarios de cada droga antes de iniciar el tratamiento, explicar al paciente la posibilidad de que aparezcan y realizar la profilaxis de los mismos si es posible.

■ **Antidepresivos.** Mejoran la depresión y el insomnio; son útiles en los dolores neuropáticos. No restauran la función de nervio pero reducen el ardor y el dolor en la mayoría de los pacientes

- **amitriptilina** o la **nortriptilina** oral : 10 - 25 mg. por noche
- **imipramina** oral: 12,5 - 150 mg por día
- **trazodona** oral 50 - 150 mg por día.

Como regla general: el día 1 pueden dar efectos secundarios que deben ser informados a los pacientes (efectos anticolinérgicos: boca seca, gastrointestinales, hipo o hipertensión, confusión), el día 3 comienzan a producir efecto analgésico y al día 15-20 comienza el efecto antidepresivo.

Según la evolución del dolor se puede incrementar dosis una vez por semana. Es importante cotejar el efecto analgésico logrado con la tolerancia a efectos adversos, conociendo que la dosis adecuada como adyuvante es de 50mg/día en el caso de amitriptilina

■ **Anticonvulsivantes.** El dolor neuropático es generado por mecanismos periféricos o del sistema nervioso central con hiperactividad neuronal y la percepción dolorosa anormal justifican la introducción de los anticonvulsivantes gabaérgicos y los bloqueantes de los canales del sodio.

- **carbamazepina** vía oral: 200 - 1600 mg por día
- **difenilhidantoína** vía oral: 200 - 500 mg. por día
- **ácido valproico** vía oral: 250 - 1500 mg por día
- **gabapentina** vía oral: 300 -1800 mg. por día
- **pregabalina** vía oral: 37,5 - 75 a 600 mg/día

Otros anticonvulsivantes son **felbamato**, **lamotrigina**, **zonisamida**, **topiramato** y **oxcarbazepina**.

Los efectos secundarios de los anticonvulsivantes pueden ser: somnolencia, nerviosismo, confusión e imposibilidad de concentración y expresión verbal correctas. Por su metabolismo a través de la citocromo P oxidasa tienen importantes interacciones medicamentosas. El incremento de dosis para lograr efecto analgésico se realiza cada 3 a 5 días, evaluando respuesta terapéutica vs. efectos adversos.

<sup>100</sup>Portenoy,R. Adyuvant analgesic agents. Portenoy R. adjuvant analgesics agents. In: Cherny N, Foley K, ed. Hematology and oncology clinics of North America: pain and palliative care. Philadelphia: W.B. Saunder Company, 1996. Pág..103-20.

<sup>101</sup> Rubinstein A, Terrasa S, y cols. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. Cap. 37. In: Botargues M. Ansiedad. 2ª Ed. Argentina: Panamericana, 2006.

■ **Benzodiazepinas**<sup>101</sup>. No tienen efecto analgésico, son útiles por su capacidad de reducir la ansiedad asociada.

- **clonazepam** vía oral: 1- 4 mg/día
- **alprazolam** vía oral: 2- 5mg/día
- **lorazepam** vía oral: 2- 6mg/día

■ **Corticoides**. Mejoran el apetito, astenia y náuseas crónicas. Mejoran el dolor por compresión nerviosa, distensión visceral, aumento de presión intracraneal, infiltración de tejido blando.

Iniciar el tratamiento con dosis altas y luego reducirlas buscando un balance entre los beneficios y los efectos adversos, utilizándolos el menor tiempo posible.

Pueden ser administrados por vía oral o parenteral:

- **prednisona** vía oral: 20 - 100 mg por día
- **dexametasona** vía oral o subcutánea: 3 - 32 mg por día.

■ **Bifosfonatos**. Medicación de acción específica sobre los osteoclastos; aumentando efecto analgésico en dolor óseo principalmente por cáncer. Por ej. próstata, riñón, mieloma múltiple y pulmón.

Con buena evidencia (I A-B) para prevenir fracturas patológicas; sobre todo en el caso de cáncer metastático de mama. Debe evaluarse la función renal para su correcta administración.

En Argentina se dispone de:

- **pamidronato** 90 mg diluido en 500ml de sol fisiológica, administrado en infusiones entre 2-3 hs. Vía EV. Cada 21 días
- **ácido zolendrónico** 4 mg. Diluido en 250ml de sol fisiológica, en infusión durante 15-20 min. Vía EV y c/ 21 días.

■ **Antiulcerosos**. Evaluar su uso, según los antecedentes del paciente, para prevenir o reducir la posibilidad de gastropatía asintomática inducida por AINEs o esteroides. Se utilizan:

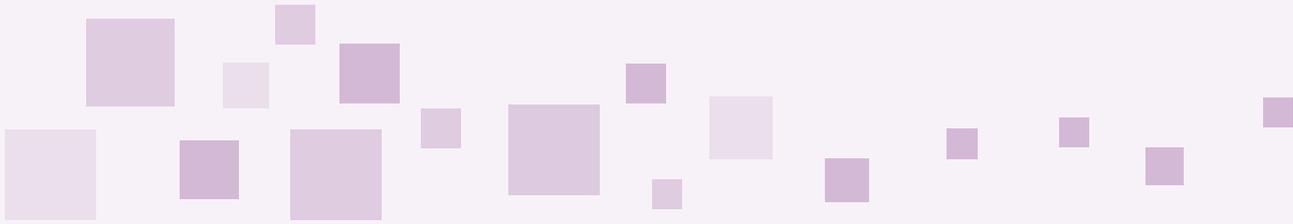
- **omeprazol** vía oral: 20 mg/día
- **pantoprazol** vía oral: 40 mg/día.

## Ejercicio 3 de Comprensión y Aplicación

Marque V (verdadero) si considera que el enunciado es correcto y F (falso) si es incorrecto.

		V	F
1	Brindar cuidados paliativos incluye el entrenamiento de la familia en las técnicas de colocación y mantenimiento de una vía subcutánea		
2	La inadecuada respuesta al tratamiento antiemético es uno de los criterios para la derivación del paciente a un nivel de atención de mayor complejidad		
3	Los problemas de la cavidad oral–boca dolorosa por mucosas y lengua inflamadas, boca seca son efectos adversos del tratamiento con quimioterapia, radioterapia y/o corticoides		
4	El baño diario, la movilización cada 2 horas y los masajes son cuidados para prevenir las úlceras por presión		
5	La constipación afecta al 95% de los pacientes que reciben opioides.		
6	Una Rx de abdomen directa de pié permite evaluar la magnitud de la constipación y establecer un plan terapéutico		
7	Se deben indicar laxantes cuando se indican medicamentos que producen constipación (diuréticos, antihipertensivos, antiácidos, antidepresivos)		
8	En las enfermedades pulmonares avanzadas, los opioides son eficaces para el alivio sintomático de la disnea		
9	La terapéutica farmacológica es el único tratamiento del dolor efectivo		
10	Los analgésicos opioides se deben administrar cada vez que lo demanda el paciente.		

Compare sus respuestas con las que figuran en el Anexo 3 Clave de respuestas



**b) Responda el siguiente cuestionario referido al tema "dolor"**

• **Ramón, 68 años.** Paciente con artrosis de columna cervical que refiere tener dolor leve.

1.¿Cuál es la conducta a seguir en primer lugar?

.....  
.....

2.¿Qué fármacos corresponde prescribir?

.....  
.....

3.¿Es necesario indicar algún adyuvante? En caso de respuesta afirmativa ¿qué medicamento prescribe?

.....  
.....

4.Si en el seguimiento del paciente identifica la necesidad de utilizar un analgésico más potente ¿qué fármaco debe indicar?

.....  
.....

• **Julia, 57 años.** Paciente con cáncer de pulmón con metástasis óseas. Refiere dolor moderado en tratamiento previo con opioides.

1.¿Cuál es la conducta a seguir en primer lugar?

.....  
.....

2.¿Qué fármacos prescribe?

.....  
.....

3.¿Cuál es la conducta a seguir si la paciente necesita tres o más dosis de rescate por día?

.....  
.....

4.¿Cuál es la conducta a seguir en caso de advertir intensos efectos indeseables?

.....  
.....

## Urgencias en cuidados paliativos

Una urgencia es una situación aguda grave que requiere de pronta resolución. Las emergencias son situaciones con riesgo de muerte.

En CP, las urgencias también se definen por los síntomas que acompañan un problema clínico concreto inesperado que pueden causar gran sufrimiento en el paciente o la familia; aún en el período de duelo.

La terapéutica apropiada y oportuna tiene como objetivo minimizar el impacto físico y psicológico en el paciente y su familia. Requiere pensar y actuar con rapidez, manteniendo la atención integral.

Es importante mantener y transmitir calma, evaluar rápidamente la situación estableciendo prioridades para controlar mejor el problema.

La elección de la conducta a seguir se basa en la respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿cuál es el estado general del paciente, la etapa de enfermedad y su pronóstico?
- ¿el problema es reversible?
- ¿cuál es el tratamiento adecuado para este paciente en particular, en esta situación?
- ¿cuánto ayudará ese tratamiento a controlar los síntomas del paciente?
- ¿cuáles son los deseos del paciente y la familia?
- ¿cuál es el costo / beneficio del tratamiento planeado?

Las prioridades terapéuticas cambian gradualmente durante el curso de la enfermedad y hacia en final de la vida se centran en la calidad de vida, las expectativas y los deseos del paciente.

En la toma de decisiones terapéuticas se deben considerar:

- el lugar donde habita el paciente (área rural o urbano)
- el ámbito de atención (domicilio, centro de salud, guardia, internación)
- la posibilidad de reevaluaciones frecuentes
- la posibilidad de referencia a un nivel de complejidad superior.

**En pacientes en cuidados paliativos las urgencias más comunes son:**

1. compresión medular aguda
2. síndrome de vena cava superior
3. hipercalcemia
4. hemorragias.

## 1. ■ ■ Compresión medular aguda

Es la compresión del saco dural y sus contenidos (cordón espinal y/o cauda equina) por una masa en el espacio epidural. Ocurre en el 5% de los pacientes con cáncer como causa secundaria a metástasis de cáncer de pulmón, mama, próstata, linfomas y mieloma múltiple.

Suele tener significativa morbilidad con dolor y déficit neurológico que afectan adversamente la calidad de vida.

La localización de la compresión es torácica en 60-80%, lumbo-sacra en 30% y cervical en menos del 10%<sup>102</sup>.

### Manifestaciones clínicas del paciente con compresión medular

**Dolor:** es el síntoma inicial en el 90% de los pacientes. Es causado por la expansión del tumor en el hueso, colapso óseo o daño nervioso. Puede preceder al diagnóstico en días o meses. El mismo puede ser localizado en la zona de la lesión y/o radicular. Suele empeorar o desencadenarse con la palpación y/o percusión en la vértebra afectada, con maniobras de Valsalva y con el movimiento (incidental). La aparición del dolor es un signo de alarma sobre el posible diagnóstico y determina la evaluación precoz del paciente, antes de la aparición de signos y síntomas neurológicos.

**Signos y síntomas neurológicos:** paresia ó plejía, hiperreflexia, babinsky y clonus (signos piramidales). En las lesiones agudas, al principio, se puede hallar hiperreflexia. Debilidad usualmente en miembros inferiores. También se presentan síntomas secundarios a déficit:

- sensitivo: parestesias, hipoestesis, disestesias, alteración de la sensibilidad termoalgésica por debajo del nivel de la lesión medular. En los síndromes compresivos posteriores se puede hallar alteración de la sensibilidad profunda
- autonómico: trastornos esfinterianos (constipación, retención aguda de orina, incontinencia), disfunción sexual. Los pacientes con síndrome de cola de caballo (ó cauda equina) presentan: hipoestesia en raíz de miembros inferiores y periné, disminución del tono esfinteriano, retención urinaria y orina por rebosamiento
- motor: debilidad, usualmente en miembros inferiores.

### Evaluación del paciente con compresión medular

Examen físico y examen neurológico completo. El diagnóstico se confirma con las imágenes: observando el compromiso del canal medular si el paciente las tuviera disponibles previamente o con la solicitud de resonancia magnética nuclear (altamente sensible 93% y específica 97%)<sup>103</sup>

### Tratamiento del paciente con compresión medular

El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor, prevenir precozmente las complicaciones y preservar la función neurológica. Es esencial el tratamiento precoz para la recuperación del componente reversible del daño.

El fundamento de la importancia de la detección y tratamiento precoces es que la intensidad

<sup>102</sup> Schiff D. Spinal cord compression. *Neurol Clin N Am.* 2003;21:67-86

<sup>103</sup> Abraham J, Patchell R, Rades D., Personalized Treatment for Malignant Spinal Cord Compression: a Multidisciplinary Approach. *American Society of Clinical Oncology* 2009.

de presentación clínica es inversamente proporcional al pronóstico: con menos síntomas y compromiso neurológico mas posibilidades de reversión – en el contexto de la enfermedad de base.

Con la sospecha diagnóstica, una vez realizada la evaluación, se debe iniciar la **administración de dexametasona de 24 a 40 mg/día, por ejemplo. 6 a 10 mg oral o endovenoso o subcutáneo cada 6 horas**<sup>104</sup>.

En los niveles de mayor complejidad asistencial se debe evaluar la posibilidad de tratamientos como la cirugía y/o radioterapia o quimioterapia<sup>105</sup>.

En los pacientes con sobrevida estimada corta (1-2 meses) o con postración física previa o mala condición clínica o con plejía de más de 1 semana; se debe evaluar racionalmente el balance costo – beneficio de la derivación a un centro de mayor complejidad y realización de radioterapia. En la toma de decisiones de deben priorizar las intervenciones para lograr confort en el fin de la vida.

## 2. ■ Síndrome de vena cava superior (SVCS) de etiología maligna

Comprende un conjunto de signos y síntomas usualmente de presentación subaguda, resultantes de la obstrucción de la vena cava superior. El origen de la misma puede ser extrínseco o intrínseco.

- Origen Extrínseco (80%): por compresión tumoral
- Origen Intrínseco (20%): por trombosis, invasión tumoral directa del mediastino, fibrosis pos radioterapia.

Las causas malignas más frecuentes son: cáncer de pulmón de células no pequeñas (50%), cáncer de pulmón de pequeñas células (25%), linfomas y metástasis (10%).

### Manifestaciones clínicas del SVCS

Se manifiesta con edema en esclavina, cianosis y edema en cara y extremidades superiores, ingurgitación yugular, cefalea, disnea y circulación colateral toracobraquial. El edema puede causar compromiso funcional de la laringe, faringe, manifestándose como tos, disnea, ronquera, disfagia, estridor y edema laríngeo. El edema cerebral puede dar cefalea, confusión y coma.

### Evaluación del SVCS

Examen físico completo.

Con una Rx de tórax se puede evaluar el ensanchamiento de mediastino, pero se debe solicitar la interconsulta a una institución de tercer nivel de complejidad para realizar tomografía de tórax con contraste, que es el estudio complementario de elección.

<sup>104</sup> Schiff D. Spinal cord compression. *Neurol Clin N Am.* 2003;21:67-86. Abrahm J, Patchell R, Rades D., Personalized Treatment for Malignant Spinal Cord Compression: a Multidisciplinary Approach. *American Society of Clinical Oncology* 2009.

<sup>105</sup>Roth B , and colls. Pautas en oncología. Diagnostico, tratamiento y seguimiento. Cap.Compresión medular. 1°ed. Instituto A.Roffo.2010.

<sup>106</sup> Wilson L, Detterbeck F, Yahalom J. Superior Vena Cava Síndrome with Malignant Causes. N Engl J Med 2007;356:1862-9

<sup>107</sup> Stewart A. Hypercalcemia Associated with Cancer. N Engl J Med 2005;352:373-9.

## Tratamiento del SVCS

Elevar la cabecera del paciente a 45°, para disminuir la presión hidrostática y el edema en la parte superior del cuerpo. Iniciar dexametasona 16 mg/día (8 mg cada 6 horas) vía O, SC ó EV<sup>106</sup>.

Tratar la disnea, según la intensidad: oxígeno con máscara o cánula (2 litros por minuto), evaluar uso de opioides o broncodilatadores.

En función de la intensidad del síntoma y el compromiso general, se debe derivar de urgencia (con las medidas iniciales de tratamiento) a un centro de mayor complejidad para continuar la evaluación y el tratamiento.

## 3. ■ ■ Hipercalcemia asociada a procesos malignos

Es la elevación de los niveles de calcio en sangre. Aproximadamente 20-30% de todos los pacientes con cáncer tienen hipercalcemia en algún momento de su evolución, llegando al 60 % en pacientes con mieloma múltiple o cáncer de mama. La severidad de los síntomas depende de la magnitud y de la rapidez de instalación de la hipercalcemia.

Es un marcador de mal pronóstico, aproximadamente 50% de los pacientes fallecen dentro de los 30 días<sup>107</sup>.

Es necesario considerar las causas posibles: enfermedad de base, consumo de calcio oral (asociado a Vitamina D3), posibilidad de metástasis óseas confirmadas por centellogramas, aumento de secreción de hormona paratiroidea, insuficiencia renal crónica, síndrome paraneoplásico.

## Manifestaciones clínicas y evaluación de hipercalcemia

Se han de evaluar las manifestaciones generales:

- neurológicas: deterioro cognitivo, delirium hiperactivo, letargia, astenia, debilidad, hiporreflexia, hipotonía, coma
- gastrointestinales: constipación, anorexia, náuseas, vómitos
- renales: poliuria y polidipsia
- cardiovasculares: arritmias.

Si es posible determinar los niveles de calcio en sangre, de acuerdo a la complejidad del laboratorio se debe solicitar:

■ calcio iónico – informa niveles mas reales.  
Hipercalcemia leve:<6; moderada 6-8 y severa>8.

■ calcemia en sangre. El valor de calcio total sérico se debe ajustar a la concentración de albumina: *calcio sérico corregido (mg/dl) = 0,8 x (4 - albúmina g/dl) - como el calcio sérico es una fracción unida a albúmina, su concentración varía en los casos de hipoalbuminemia (muy frecuente en los pacientes con ERVEAs).*

La concentración de calcio sérico total es > 10,5 mg/dl; la de calcio iónico es > 5,2 mg/dl  
Con variaciones de acuerdo a los valores de referencia de cada laboratorio.

## Tratamiento del paciente con hipercalcemia<sup>109</sup>

Con la sospecha diagnóstica confirmada o no y con el laboratorio se debe iniciar el tratamiento.

- Rehidratación endovenosa con solución fisiológica a 2-litros/día – con control de signos de sobrecarga cardíaca.
- Iniciar la derivación para internación y continuación de tratamiento específico en internación con bifosfonatos (pamidronato 60 a 90 mg EV diluido en 500 cc de solución fisiológica a pasar en 4 horas, ó zoledronato EV 4 mg a pasar en 15 minutos); y /o calcitonina según la evolución.
- Tratar los síntomas:
  - deterioro cognitivo: según la intensidad haloperidol 1 a 3 mg/día
  - náuseas y vómitos: metoclopramida 10 mg c/6 h EV o SC
- Dexametasona oral ó SC 4 mg c/6 hs. O hidrocortisona EV 100 mg c/6 h – recomendado en pacientes con antecedentes de hipercalcemias por linfomas y mieloma múltiple<sup>110</sup>.
- No utilizar diuréticos inicialmente sin controlar el medio interno – pueden estimular la reabsorción de calcio e incrementar la hipercalcemia.

La posibilidad de revertir las manifestaciones generales es variable.

## 4. ■ Hemorragias

La incidencia de hemorragias en pacientes en cuidados paliativos es de aproximadamente **6 al 10%**. Pueden tratarse de episodios crónicos de sangrado repetido de baja intensidad o de sangrados catastróficos que llevan al shock hipovolémico. La naturaleza del sangrado depende de la localización del tumor (hemoptisis, hematuria, sangrado rectal o vaginal, hematemesis, melena, sangrado cutáneo). Cualquier tipo de sangrado visible y persistente puede generar angustia al paciente, a su familia y al equipo de salud.

**Es importante identificar a los pacientes con riesgo hemorrágico elevado para anticipar y planificar con los cuidadores las medidas que deben implementarse durante un episodio agudo de sangrado**

Los pacientes con alto riesgo hemorrágico<sup>111</sup> incluyen a los que tienen como antecedentes:

- trombocitopenia grave: por enfermedad avanzada, efectos secundarios a quimioterapia
- tumores extensos de cabeza y cuello que comprometen vasos del cuello
- carcinoma extenso de pulmón de localización central: produce hemoptisis
- leucemia aguda o crónica refractaria al tratamiento
- hepatopatía grave: por trastornos de factores de coagulación
- pacientes con cáncer avanzado en tratamiento con anticoagulantes orales
- cualquier tumoración exofítica en piel en estadios avanzados con aumento de vascularización local.

<sup>109</sup>Hospice Palliative Care Program. Fraser Health-Hypercalcemia in Malignant Disease. Palliative Management. 2009.

<sup>110</sup> Bower M., Cox S., Oxford Textbook of Palliative Medicine .Endocrine and Metabolic Complications of Advanced Cancer, 4° Edition UK: Oxford. 2010.

<sup>111</sup> Pereira J, Pautex S, Oxford Textbook Clinical Management of Bleeding Complications.

#### GLOSARIO:

Sedación paliativa: es la administración deliberada de fármacos que disminuyen el nivel de conciencia, de forma superficial o profunda, transitoria o permanente, con la intención de aliviar el sufrimiento físico o psicológico no controlable con otras medidas terapéuticas implementadas en dosis y tiempos adecuados a un paciente con enfermedad avanzada; la intervención se realiza con el consentimiento implícito, explícito o delegado<sup>112</sup>.

La sedación paliativa no es eutanasia<sup>113</sup>.

<sup>112</sup> Comité Ético de la SE-CPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 .Nº9: 41-46

<sup>113</sup> Maltoni A, Pittueri C, y col. Palliative sedation therapy does not hasten death: result from a prospective multicenter study. Annals of Oncology, 2009, Vol. 20: 1163-1169

## Tratamiento del paciente con hemorragias

El tratamiento de los episodios debe ser individualizado y depende de diversos factores:

- sitios e intensidad de sangrado
- causas
- posibilidad de reversión, control o alivio
- episodios previos y respuestas a los tratamientos
- situación clínica y pronóstico vital del paciente
- información que tiene el paciente sobre la enfermedad y la posibilidad de complicación hemorrágica; sus valores y preferencias.

Es importante anticipar las medidas que se tomarán durante un evento hemorrágico, incluyendo la posibilidad de referencia a 2° o 3° nivel de complejidad.

### Medidas generales

Identificar los pacientes en riesgo, especialmente con posibilidad de sangrado masivo e informar a la familia sobre acciones posibles en caso de sangrado en domicilio.

- Disponer de toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber la sangre, y disminuir el impacto visual de la sangre en caso de sangrado externo
- Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir la disnea severa
- No dejar solo al paciente
- Solicitar atención de urgencia en domicilio (deben contar con los medios de comunicación y contactos para solicitar ayuda)
- Acompañar y brindar apoyo emocional a la familia y al paciente
- Actuar con tranquilidad y seguridad para transmitir confianza y control de la situación y disminuir el grado de ansiedad.

Si el sangrado es masivo el único tratamiento adecuado puede ser la sedación paliativa - el objetivo es brindar el mayor confort posible al paciente y su familia, y disminuir el impacto físico y psicológico del sangrado para el paciente que está lúcido.

### Medidas locales

En lesiones exofíticas sangrantes: compresión local, vendaje. Si se dispone de agentes hemostáticos (adrenalina, ácido aminocaproico) se pueden colocar en gasas y colocarlas sobre la lesión sangrante.

En casos de episodios de sangrado mayor sistémicos:

- derivación a internación según el compromiso hemodinámico
- internación con plan de hidratación EV o SC
- administrar ácido aminocaproico EV 1 amp por h las primeras 6 horas hasta el traslado. Luego continuar en infusión según respuesta
- iniciar vitamina K EV o IM 1 amp.

## Cuidados en el final de la vida

Cada persona atraviesa la experiencia de morir de manera única, según su historia previa, sus características psicológicas, sociales, espirituales y el momento histórico-cultural en que transcurre.

En el último siglo la medicina moderna y las sociedades occidentales han considerado a la muerte como un fracaso y han intentado evitarla o posponerla con medidas terapéuticas muchas veces inadecuadas o fútiles, causantes de mayor sufrimiento. Los cuidados de fin de vida tienen como objetivo brindar cuidados integrales al paciente y su familia procurando el confort y bienestar del paciente.

Los conceptos "paciente terminal, agónico o muriente" muchas veces expresan de manera precisa la condición real y la etapa de final de vida. La definición es difícil, y no conocer tiempos exactos de sobrevida puede producir confusión en la familia y los profesionales sanitarios.

La evaluación integral de la situación incluye aspectos familiares y/o del entorno afectivo.

- Evaluar el grado de comprensión de la situación (gravedad y posibilidad de fallecimiento, objetivos de tratamiento y expectativas asistenciales)
- Evaluar el impacto emocional que se produce en la familia y la necesidad de intervenciones o derivación para asistencia específica. Ejemplo: Identificar familiares en riesgo de duelo complicado y anticipar posibilidad de seguimiento psicológico
- Asesorar sobre los pasos a seguir luego del fallecimiento (certificado de defunción, pasos administrativos, rituales religiosos)
- Identificar a un miembro de la familia o entorno que pueda realizar los trámites administrativos después del fallecimiento.

Hablar de éstos dos últimos aspectos puede ser difícil, pero facilita la organización anticipada de la familia.

Es importante conocer las diferencias entre cuidados de fin de vida activo o inminente con sobrevida estimada en horas, y cuidados de fin de vida no inminente con sobrevida estimada en días o semanas, y el impacto que estos periodos pueden tener en la familia.

### Evaluación integral

Los pacientes con Enfermedades con Riesgo de vida en Estadio Avanzado (ERVEAs) presentan cambios físicos, fisiológicos, cognitivos, emocionales y espirituales que influyen profundamente sobre su condición de morir y su entorno afectivo<sup>114</sup>. La valoración debe ser dinámica y tiene como objetivos:

- considerar las necesidades del paciente
- identificar signos de proximidad o inminencia de muerte
- centrar el objetivo terapéutico en lograr el mejor control de síntomas y el mayor confort posible

<sup>114</sup> Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Capítulo fin de vida. Argentina: Programa Argentino de Medicina Paliativa. FEMEBA, 2007

- identificar causas de sufrimiento emocional, espiritual o existencial (asuntos pendientes, temor a morir).
- evitar métodos diagnósticos y terapéuticos que no aporten mejoría de la situación (intervenciones fútiles).

La evaluación incluye el análisis de múltiples factores:

- síntomas y signos recientes
- nivel de control o alivio de los síntomas
- intensidad de sufrimiento del paciente y la familia
- deseos del paciente sobre el tipo de asistencia (conocidos y referidos por familiares) y al lugar de realización (domicilio o internación)
- disponibilidad de asistencia adecuada
- necesidades manifestadas o detectadas hacia el paciente o la familia (práctica, económica, emocional).

El control de signos vitales se realiza en función del objetivo y la posibilidad de mejorar la situación. Ejemplos:

- no se aconseja el control de la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca si se sabe que no se pueden modificar.
- se aconseja controlar la temperatura corporal regularmente, para detectar y tratar la fiebre (que puede generar malestar)

## Manifestaciones clínicas

El proceso de morir implica cambios físicos y psíquicos progresivos<sup>115</sup>, con características que varían de acuerdo a la evolución de los últimos días o semanas de vida. Esta declinación se caracteriza por:

- astenia extrema
- necesidad de reposo continuo, con dependencia total en las actividades de la vida cotidiana (higiene personal, vestimenta, movilizaciones)
- escaso interés en alimentos o líquidos. Disfagia.
- aumento de la somnolencia.

En las últimas 24-48 horas de vida son frecuentes los siguientes signos y síntomas<sup>116</sup>:

- frialdad cutánea progresiva: desde la periferia en sentido central
- cambios en la piel: fría y húmeda, presencia de petequias
- cianosis cutánea en extremidades y alrededor de la boca
- cambios en el nivel de conciencia: delirium irreversible
- cambios respiratorios: respiración irregular, superficial (patrón de Cheyne-Stokes); quejido espiratorio (que no expresa dolor); estertores altos
- cambios faciales: aspecto céreo, ojos entornados inexpressivos, mirada fija
- relajación de músculos faciales con mayor prominencia de la nariz
- cambios del ritmo diurético: disminución, incontinencia o retención urinaria
- edemas distales de manos, pies.

<sup>115</sup> Walsh D, and colls. Medicina Paliativa. .In: O'Leary N. Asistencia durante la agonía. Sec .C.1º Ed.España:Elsevier,2011

<sup>116</sup> López Imedio E y cols. Enfermería en Cuidados Paliativos.Cap. 27,López Imedio E. La agonía. 1º Ed.

## Tratamiento

### Medidas generales<sup>117</sup>

Lugar de asistencia: la elección del domicilio, la internación general, en unidad de cuidados paliativos o en una casa de cuidados ("hospice") depende del equilibrio entre la posibilidad de disponer de éste tipo de asistencia, los deseos del paciente y las posibilidades reales de colaboración de la familia o cuidadores.

Se deben interrumpir tratamientos que no aportan mayores beneficios o que son difíciles de realizar porque están afectadas las vías de administración (Ejemplo: antihipertensivos, hormonas de remplazo, suplementos vitamínicos, hierro, hipoglucemiantes, antibióticos, anti arrítmicos, laxantes, diuréticos por vía oral).

Se deben continuar los tratamientos analgésicos, anticonvulsivantes, esteroides, antieméticos, antipiréticos, anticolinérgicos y/o sedantes. Es posible mantener las vías sublingual o subcutánea como vía de administración.

**Si es posible se debe deliberar con el paciente y su familia sobre las intervenciones terapéuticas evitables o fútiles, que pueden ser agresivas.**

Se debe informar que en muchos centros asistenciales están disponibles las *directivas anticipadas*: documento que permite registrar el deseo del paciente de no ser sometido a intervenciones que no brindan curación, ni modifican la evolución, ni proporcionan mejoría sintomática (Ejemplo: reanimación cardiopulmonar, asistencia respiratoria mecánica, diálisis renal, etc.). Si el paciente o su familia manifiestan interés en este tema, se debe sugerir una consulta al posible centro de referencia para obtener detalles de como utilizar este recurso.

Intervenciones con el paciente que pueden favorecer la muerte serena:

- optimizar el control del sufrimiento: control adecuado de síntomas
- mantener una relación sincera, a pesar de la declinación física
- reconocer al paciente como persona; y que puede mantener capacidad perceptiva aun con alteraciones cognitivas.
- facilitar y permitir que intervenga en la toma de decisiones
- promover su autonomía y auto estima: ayudarlo a hacer lo que él más desee y del mejor modo que pueda.
- averiguar si tiene asuntos no resueltos o inconclusos, deseos o legados
- ayudar a restaurar o mantener la continuidad de sus relaciones afectivas significativas.
- brindar privacidad

**Promover todos los recursos de soporte posibles: apoyo psicológico y/ o espiritual religioso**

<sup>117</sup>Wenk R, Bertolino M. Manual de Cuidados Paliativos. Cap. Fin de vida. Argentina: Programa Argentino de Medicina Paliativa. FEMEBA, 2007

**Tabla N°20: Cuidados de fin de vida – Medidas específicas**

Síntomas y signos	Tratamiento integral sugerido
<p><b>Cognitivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dificultad para formar ideas y razonar; alternancia de períodos de alerta con desorientación y/o agitación (delirium). Alteración del estado de conciencia (somnolencia, estupor o coma)</li> <li>- Alteración de la agudeza visual (disminución, pérdida o aumento de sensibilidad al estímulo de luces intensas) y otros sentidos, a excepción de la audición y tacto.</li> <li>- Ojos permanecen semi-abiertos, el reflejo de parpadeo está ausente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar a la familia que los síntomas son el resultado de la falla orgánica que ocurre en el proceso de morir.</li> <li>- Facilitar la comunicación con el paciente aprovechando los períodos de lucidez. Ejemplo: estimular a familiares a expresar cariño o despedirse. Explicar la conveniencia de poder expresar: <b>Adiós, Te quiero, Te perdono, Perdóname</b></li> <li>- Explicar que las alteraciones de la conciencia son muy frecuentes y que el paciente puede tener alucinaciones: ver y hablar con personas ausentes.</li> <li>- Animar a la familia a acompañar al paciente y a hablarle en tono bajo o suave.</li> <li>- Mantener siempre un estímulo sensorial mínimo y agradable: luces, sonidos y estimulación visual.</li> <li>- Acompañar con lecturas o música suave que agraden al paciente.</li> <li>- Evitar la sobre-estimulación táctil en casos de delirium. Tener prudencia al hablar cerca del paciente, porque la audición se mantiene.</li> <li>- Aclarar que la fiebre será tratada farmacológicamente y/o con medios físicos.</li> <li>- Extremar las medidas de seguridad: uso de soportes laterales en la cama para evitar caídas.</li> </ul>
<p><b>Cardio-respiratorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento o irregularidad de la frecuencia cardíaca y respiratoria.</li> <li>- Estertores respiratorios</li> <li>- Utilización de musculatura accesoria para respirar, períodos de apnea, respiración Cheyne Stokes.</li> <li>- Disminución de la fuerza para toser y expectorar secreciones.</li> <li>-Pulso radial disminuido o imperceptible, puede ser indicio de muerte en horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aclarar que son signos y síntomas esperados para este momento</li> <li>- Evaluar la necesidad de colocar cánula nasal para aporte de oxígeno</li> <li>- Tratar la disnea con opioides.</li> <li>- Recomendar la suspensión de alimentación enteral porque es fútil</li> <li>- Colocar al paciente en posición semi-sentado o decúbito lateral(45°-90°)</li> <li>- Evaluar la necesidad de aspiración bucal de secreciones.</li> <li>- Explicar a la familia que el ruido de las secreciones es molesto para ellos, pero no para el paciente</li> <li>-Administrar agentes anticolinérgicos (<b>hioscina, escopolamina</b>); estos fármacos no disminuyen las secreciones existentes pero previenen nuevas secreciones.</li> </ul>
<p><b>Función urinaria e intestinal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la diuresis.</li> <li>- La incontinencia urinaria o retención son causas posibles de agitación psicomotriz</li> <li>- Deposición intestinal disminuida o nula</li> <li>- Imposibilidad de administración oral de laxantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar a la familia que la disminución en el volumen urinario indica que la muerte está próxima.</li> <li>- Evaluar la colocación de sonda intermitente o definitiva (puede evitar lesiones en piel y movilizaciones que generen dolor o molestia)</li> <li>- Si hay constipación sin molestias, no se recomienda tratamiento con enemas. La realización de enemas se considerará si constipación es causa de inquietud o delirium hiperactivo.</li> </ul>

Síntomas y signos	Tratamiento integral sugerido
<b>Musculo esquelético y piel</b> - Pérdida gradual de la capacidad de moverse, inicialmente en los miembros inferiores. - Edemas (por hipoalbuminemia) - Frialdad cutánea y/o diaforesis. - Cianosis periférica - Livideces en extremidades	- Cambiar las posiciones cada 2 - 3 horas, para evitar úlceras y dolores musculares, entumecimiento o dolor de los miembros. - Explicar la aparición alternante de edemas y el beneficio del masaje local o posturas en declive para aliviarlos. - Explicar que estos cambios son esperables y que no se modifican con las diferentes intervenciones
<b>Alimentación, hidratación</b> - Disfagia. Hiporexia - Disminución de la ingesta de líquidos	- Informar a la familia que la alimentación oral o por sonda no mejora ni determina la supervivencia del paciente y puede causar bronco-aspiración con riesgo de infección o de disnea. - Iniciar o reforzar hipodermoclasia para evitar o disminuir síntomas provocados por deshidratación o acumulación de metabolitos. La hipodermoclasia no está indicada en casos de anasarca

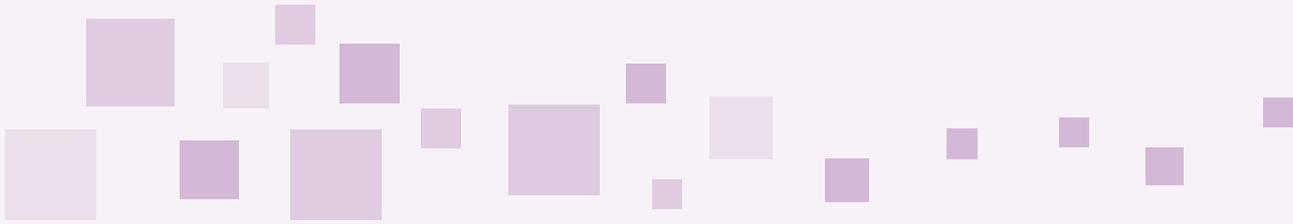
Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA.

## Intervenciones con la familia si se asiste en el momento de la muerte

Favorecer un clima de serenidad y calma.

- Permitir:
  - las expresiones de emoción : tristeza y enojo
  - un momento de tiempo privado y familiar necesario
  - respetar los rituales de preparación del cuerpo según las creencias
  
- Preguntar o asesorar:
  - sobre deseos o voluntades en la preparación del cuerpo
  - modalidad de preparación de acuerdo. Ejemplo: qué vestimenta desean colocarle

Ser cuidadoso y sensible al explicar los procedimientos necesarios luego del fallecimiento.



## ■ ■ *Ejercicio Integrador de Comprensión y Aplicación*

Para el desarrollo de este ejercicio, tenga presente su ámbito habitual de trabajo en relación a los recursos disponibles y a su realidad local

### ● **Adolfo de 54 años**

Concurre a la consulta por dolor moderado en región costal derecha, que aumenta con los movimientos respiratorios y los esfuerzos físicos, acompañado por su esposa Elsa (50 años) y su hija Ana (21 años). Trabaja como mecánico, y nota que aumento su dificultad respiratoria en la última semana. Tiene tos habitual, pero con estrías sanguinolentas, sin episodios febriles. Tiene antecedente de asma, en tratamiento con broncodilatadores con poca respuesta sintomática en los últimos días. Dejó de fumar hace seis meses. Visitó a su neumonólogo quien le indicó una placa de tórax la semana anterior. Trae la Rx Tx que aún no fue evaluada por neumonología. En la placa se observa: imagen espiculada en campo medio pulmonar derecho.

Adolfo no pide información, sólo dice que necesita sentirse más aliviado y poder seguir con su trabajo. Ana está preocupada porque Adolfo no presenta ganas de comer en las últimas dos semanas.

**1er paso:** Defina los problemas de salud que Adolfo presenta en esta consulta

.....  
.....

¿Cómo evaluaría los síntomas?

.....  
.....

¿Qué diagnósticos diferenciales se plantea?

.....  
.....

¿Qué exámenes complementarios cree convenientes solicitar? Justifique su respuesta.

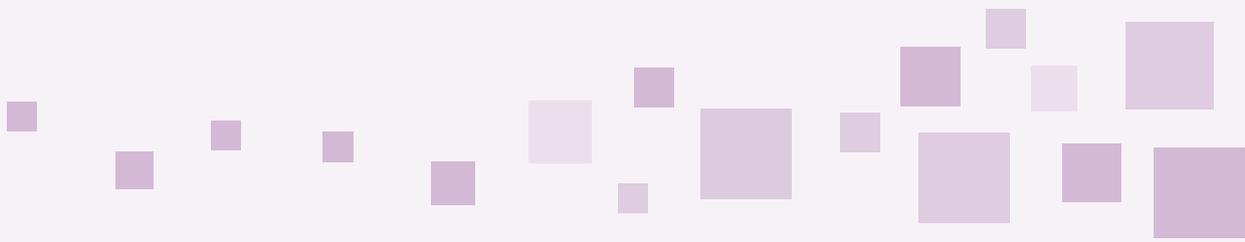
.....  
.....

¿Solicitaría interconsulta a algún especialista? ¿Cual/es?

.....  
.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos en este paciente?

.....  
.....



**3er paso:** ¿Qué estrategia terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....  
.....

**4to paso:** Realice la prescripción

.....  
.....

**5to paso:** De instrucciones al paciente y su familia

.....  
.....

**6to paso:** ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....  
.....

Adolfo y Ana regresan a los diez días, luego de haber visitado a su neumólogo. Trae resultados de baciloscopia (-) e imagen de tomografía que confirma imagen pulmonar que compromete pared de pleura con adenopatías mediastinales. Tiene dolor controlado y tos sin hemoptisis. Disnea CF II. Tiene turno para fibrobroncoscopia dentro de 15 días. Ambos están preocupados por tantos estudios. Adolfo pregunta que puede estar sucediendo.

**1er paso:** Defina los problemas de salud que Adolfo presenta en esta consulta

.....  
.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos en esta consulta ambulatoria en atención primaria?

.....  
.....

**3er paso:**¿Cómo manejaría la información con Adolfo y su familia?

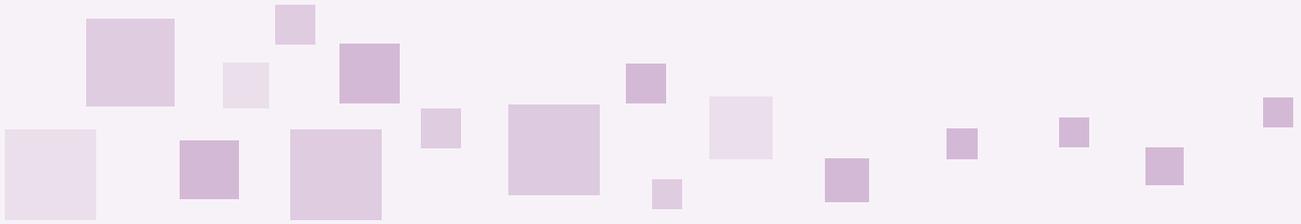
.....  
.....

**4to paso:** ¿Qué estrategia terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....  
.....

**5to paso:** De instrucciones al paciente y su familia

.....  
.....



**6to paso:** ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....  
.....

Adolfo y Elsa concurren a oncología en el hospital zonal, donde el oncólogo le informó su diagnóstico: cáncer de pulmón estadio IV. Comenzó con el tratamiento con quimioterapia. Adolfo pasa casi todo el día en cama, con mucha debilidad. El control oncológico con tomografía detecta aumento de tamaño de lesión pulmonar y un centellograma óseo que muestra captación a nivel de arcos costales y cadera derecha. Oncología informó a Adolfo y a su familia que la enfermedad ha progresado y que no es conveniente continuar quimioterapia.

Concurren a la semana, al centro de salud. Ana nota que está desorientado, confundido y por momentos no reconoce a miembros de la familia. Hubo noches que no descansó bien y se lo nota más agresivo. Adolfo solo ingirió poco líquido en las últimas 24hs.

Ud. identifica que Elsa y Ana están muy angustiadas y cansadas, no pudiendo continuar con los cuidados en el domicilio.

**1er paso:** Defina los problemas de salud que Adolfo y su familia presentan en esta consulta

.....  
.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían los objetivos terapéuticos en esta consulta ambulatoria en atención primaria?

.....  
.....

**3er paso:** ¿Encuentra algún criterio de derivación a otro nivel de atención?

.....  
.....

**4to paso:** ¿Qué estrategia terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....  
.....

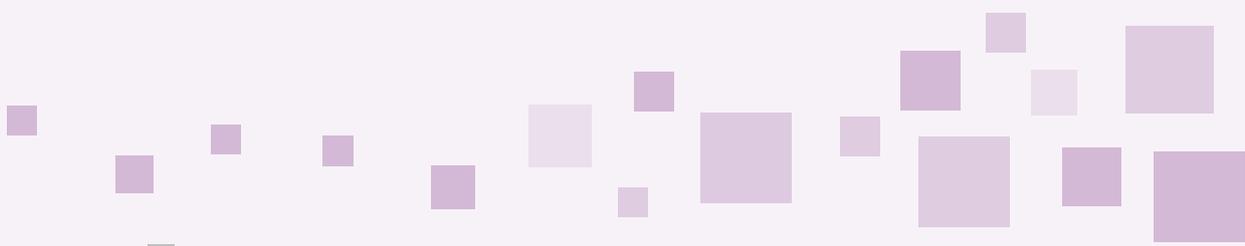
**5to paso:** De instrucciones al paciente y su familia

.....  
.....

**6to paso:** ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....  
.....

Recuerde: lleve sus resultados al  
encuentro presencial



## **Anexo 1: Normas para la Prescripción de Opioides**

En nuestro país el uso de opioides se encuentra legislado por la ley de estupefacientes N° 17.818, que detalla aspectos que incluyen desde la prescripción médica hasta el despacho al público. Esta ley ( c/modificaciones) regula la prescripción de opioides con el uso de recetarios oficiales ( por triplicado), para evitar el uso indebido.

Existen además, opioides y derivados que pueden ser prescriptos sólo con receta archivada, sin duplicado.

### **¿Cómo obtener los recetarios oficiales?**

El trámite es diferente en los distintos lugares del país.

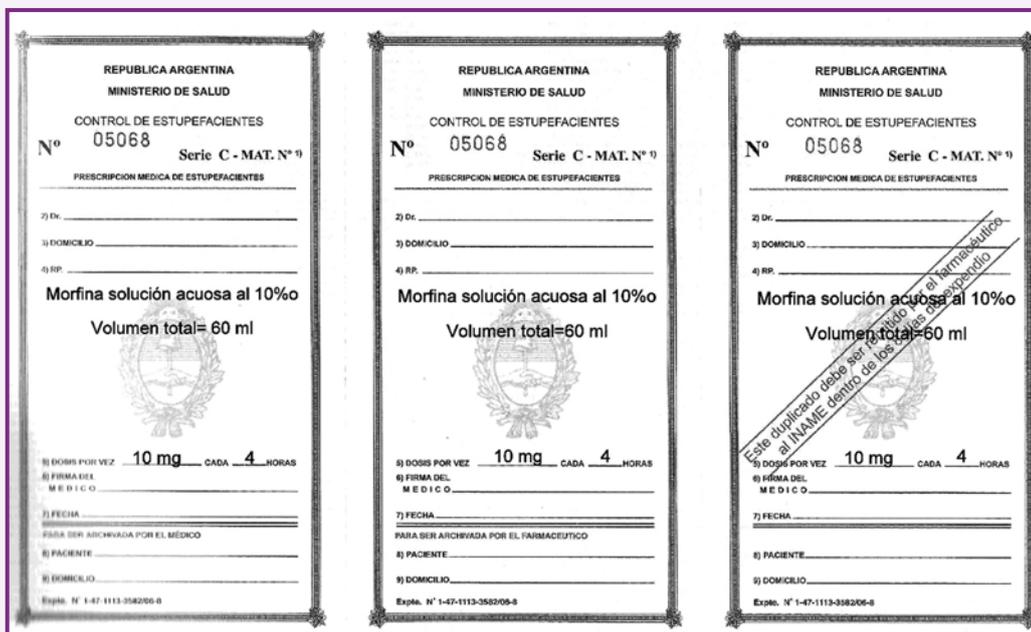
- En la Ciudad de Buenos Aires el médico debe inscribirse en la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología). Allí deberá abonar un arancel, registrar su firma. La institución autoriza la compra de 1 recetario de 20 recetas, c/u por vez, como máximo.
- En la Provincia de Buenos Aires el trámite se realiza completando un formulario en los Colegios de Médicos o Círculos Médicos, con el cual se entrega un recetario.
- En otras provincias se debe realizar un trámite similar en el Ministerio de Salud Provincial o en los Colegios Médicos o Círculos Médicos de cada jurisdicción.

### **¿Cómo se realiza una receta de opioides en recetario oficial?**

- En formulario triplicado (una copia para el médico y dos para el paciente, las cuales serán retenidas en la farmacia)
- La prescripción debe ser escrita con letra manuscrita y legible
- Completando las nueve secuencias de cada formulario<sup>118</sup>:

1. Número de serie de la receta.
2. Nombre del médico
3. Domicilio del médico
4. RP/ El nombre de la droga y su forma farmacéutica o la forma magistral. Las cantidad total prescrita, y expresadas en números.
5. La dosis e intervalo expresado en horas
6. Firma del médico
7. Fecha de prescripción
8. Nombre del paciente
9. Domicilio del paciente

<sup>118</sup> ANMAT. Normas legales y listados de psicotropicos y estupefacientes . Cap-VI. Despacho público.2°Ed.: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. 1999.



Troquel 1 para el médico (se retiene)

Troquel 2 y 3 para la farmacia

**A tener en cuenta:**

- La dosis total que se puede ser expendida por la farmacia no puede superar la necesaria para un tratamiento de 10 días.
- Las enmiendas o errores se deben salvar en el reverso de la receta; se salvarán las mismas, con sello y firma del médico.
- Si no se aclara el tamaño del envase (escrito con números y letras) el farmacéutico entregará el de menor tamaño existente.

**Listas de prescripción de fármacos opioides<sup>119</sup>.** La legislación vigente determina la necesidad de utilizar distintos tipos de recetas según la lista a la que pertenece el opioide prescrito. Existen cuatro listados de estupefacientes (Lista I-II-III-IV), en los que se agrupan los diferentes opioides.

Condición de prescripción y dispensación de opioides, como Drogas Farmacéuticas recomendada por la Confederación Farmacéutica Argentina (Edición I, Abril de 2006) es la siguiente:

Opioides	Fármaco	Forma de prescripción
Lista I.	-Morfina: preparaciones para uso oral o parenteral - Fentanilo: preparaciones para uso parenteral -Oxicodona: preparaciones para uso oral o parenteral. -Meperidina: preparaciones para uso parenteral. -Metadona: preparaciones para uso oral.	Recetario oficial triplicado para estupefacientes (receta verde)
Lista II	- Codeína: preparaciones para uso oral. - Dextropropoxifeno: preparaciones para uso oral	Receta común archivada (no es necesario el duplicado).
Lista III	Preparados con uno o más ingredientes asociados, de modo que no puedan separarse por métodos convencionales. Y con contenido de estupefacientes no exceda los 100 mg de posología por unidad y el contenido no exceda del 2,5 % en los preparados asociados (no divididos) - Dextrometorfano: preparaciones para uso oral	Receta común archivada (no es necesario el duplicado).
Lista IV	Heroína-Marihuana-Haschisch	Prohibida su prescripción.

<sup>119</sup>ANMAT. Normas legales y listados de osicotropicos y estupefacientes Disposición 4861/ 96. 2ªEd.:Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. 1999

**Drogas fuera de lista:** venta con receta común archivada

- Tramadol: preparaciones para uso oral o parenteral
- Nalbufina : preparaciones para uso parenteral

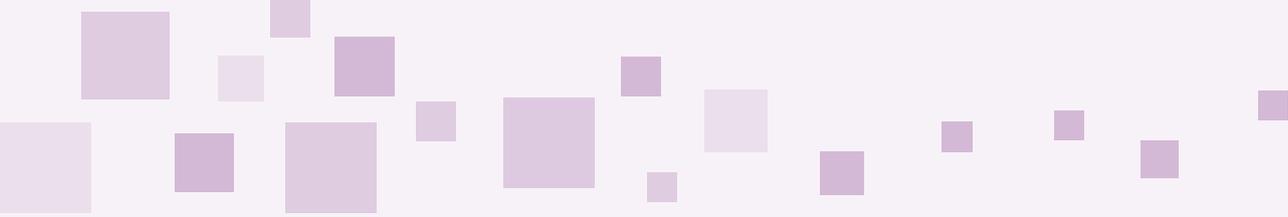
**Drogas fuera de lista:** venta con receta común archivada

Morfina	Presentación	Envase
Morfina Clorhidrato	Ampolla de 1 ml	25 ampollas
	Ampolla de 1 ml	100 ampollas
	Ampolla de 1 ml	1-25-100 ampollas
	Ampolla de 1 ml	3-5-10-25-50-100 ampollas
	Ampolla de 2 ml	1-20-50 ampollas
	Comprimidos 30- 60mg	10-20-50 comprimidos
	Comprimidos 15-50-60-mg	10-20-50-100 comprimidos
Liberación controlada:	Comprimidos 10-30 mg	10-20-50-100 comprimidos
<b>Morfina sulfato</b>		
	Comprimidos 10-30-60-100 mg	20 comprimidos
	Comprimidos 10-30-60-100 mg	30 comprimidos
<b>Oxicodona</b>		
<b>Oxicodona clorhidrato</b>		
	Comprimidos 5 mg	2-20 comprimidos
Liberación controlada:	Comprimidos 10-20-40 mg	10-12-20-30-50 comprimidos
	Comprimidos 10-20-40 mg	30 comprimidos
	Comprimidos 10-20-40 mg	12-30 comprimidos
Metadona	Comprimidos 5-10-40 mg	25-100 comprimidos
	Comprimidos 5-10 mg	25 comprimidos
	Solución oral	Frasco 1000 ml (uso hospitalario)

ANMAT: Av. Caseros 2161, CABA. ANMAT Responde: 0800-333-1234  
<http://www.anmat.gov.ar> Last date Marzo 2012

**Ejemplo de otros Recetarios oficiales de estupefacientes.  
 (Formulario Triplicado- Provincia de Buenos Aires)**

ORIGINAL	DUPLICADO	TRIPLICADO
Serie F	Serie F	Serie F
PROVINCIA DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE SALUD SUBSECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN DE POLÍTICAS DEL MEDICAMENTO	PROVINCIA DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE SALUD SUBSECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN DE POLÍTICAS DEL MEDICAMENTO	PROVINCIA DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE SALUD SUBSECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN DE POLÍTICAS DEL MEDICAMENTO
Nº de Control ..... Nº <b>806601</b>	Nº de Control ..... Nº <b>806601</b>	Nº de Control .... Nº <b>806601</b>
Prescripción Médica de Estupefacientes	Prescripción Médica de Estupefacientes	Prescripción Médica de Estupefacientes
Paciente .....	Paciente .....	Paciente .....
Domicilio .....	Domicilio .....	Domicilio .....
<i>Rp./</i>	<i>Rp./</i>	<i>Rp./</i>
Morfina solución acuosa al 10%	Morfina solución acuosa al 10%	Morfina solución acuosa al 10%
Volumen total= 30 ml.	Volumen total= 30 ml	Volumen total= 30 ml
Firma del Médico .....	Firma del Médico .....	Firma del Médico .....
Nº de Carnet .....	Nº de Carnet .....	Nº de Carnet .....
Lugar y fecha .....	Lugar y fecha .....	Lugar y fecha .....
Ratificación de Dosis .. <b>5 mg cada 4 hs.</b> ..	Ratificación de Dosis .. <b>5 mg cada 4 hs.</b> ..	Ratificación de Dosis .. <b>5 mg cada 4 hs.</b> ..
Dr. ....	Dr. ....	Dr. ....
Domicilio .....	Domicilio .....	Domicilio .....
Para el Médico	Para Farmacia	Para enviar a la Sección Alcoloides



## ■ ■ Anexo 2: Escala Karnofsky

La **Escala Karnofsky**, también llamada KPS, es la forma típica de medir la capacidad de los pacientes para realizar tareas cotidianas.

Los puntajes de la escala de rendimiento de Karnofsky oscilan entre 0 y 100. Un puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas. La KPS se puede usar para determinar el pronóstico del paciente, medir los cambios en la capacidad funcional del paciente o decidir si un paciente puede ser incluido en un estudio clínico.

Permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas. Es un elemento predictor independiente de mortalidad tanto en patologías oncológicas y no oncológicas. Sirve para la toma de decisiones clínicas y valorar el impacto de un tratamiento y el pronóstico de la enfermedad de los pacientes. Ej. Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes.

- 100: Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad.
- 90: Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
- 80: Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
- 70: Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
- 60: Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
- 50: Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
- 40: Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
- 30: Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.
- 20: En cama por completo, paciente muy grave, o necesita hospitalización y tratamiento activo.
- 10: En fin de vida próximo.
- 0: Fallecido.

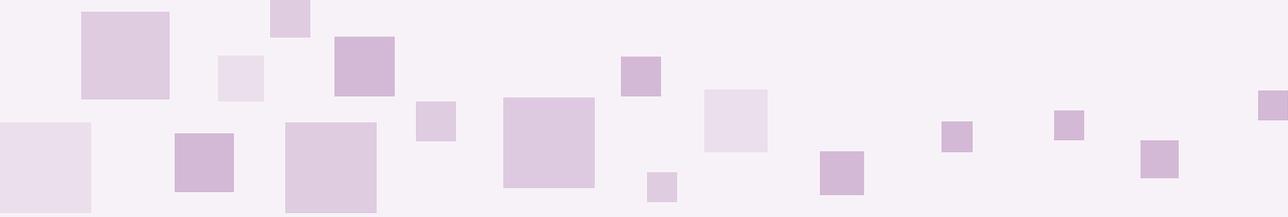
## ECOG (Eastern Cooperative Oncology Groups)

0. Actividad normal, puede cumplir con todos sus quehaceres al igual que antes de la enfermedad, sin ninguna restricción.
1. Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo independiente y capaz de llevar a cabo trabajos ligeros o sedentarios
2. Autoválido y capaz de cuidarse, pero no de llevar a cabo cualquier trabajo. Tiene que quedarse en cama durante <50% de las horas del día
3. Parcialmente autoválido, está en cama durante >50% de las hs. del día
4. Incapaz de cuidarse, en cama permanentemente
5. Fallecido

### MMT. Folstein

<b>ORIENTACIÓN</b> (1 punto cada respuesta correcta) ¿Cuáles es el día, fecha, mes, año, estación? ¿Dónde estamos: lugar, comuna, ciudad, región, país?	5 5	
<b>FIJACIÓN</b> (1 punto cada respuesta correcta) Nombre 3 objetos (PELOTA, BANDERA, ÁRBOL) y pida al paciente que los repita	3	
<b>ATENCIÓN</b> (1 punto cada respuesta correcta) Pida al paciente que reste: 100-7-7-7-7 (93, 86, 79, 72, 65) o que deletree la palabra "MUNDO" de atrás hacia adelante (ODNUM)	5	
<b>MEMORIA</b> (1 punto cada respuesta correcta) Pida al paciente repetir los 3 objetos nombrados antes (en FIJACIÓN)	3	
<b>LENGUAJE</b> (1 punto cada tarea correcta) Denominar (señalando los objetos): reloj, lápiz. Repetición ("el flan tiene frutillas y frambuesas"). Comprensión (tome un papel con su mano derecha, dóblelo en 2 y póngalo en el suelo). Lectura (lea y ejecute una frase, por ejemplo "cierre los ojos"). Escritura (escriba una oración) Copiar el dibujo:	2 1 3 1 1 1	
<b>Total</b>	<b>30</b>	

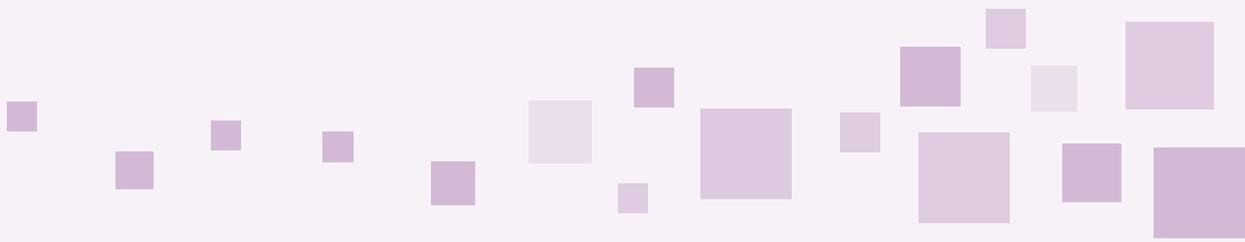




## **Anexo 3: Clave de Respuestas**

### **Clave de Respuesta de Ejercicio 1 de Comprensión y Aplicación**

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Falso: la International Association for Study of Pain (IASP) lo define como "una experiencia emocional desagradable, asociada o no a una lesión tisular, o que se describe con las manifestaciones propias de tal lesión". Dada la complejidad del síntoma existen varias definiciones, sin embargo todas integran la participación de un componente nocivo o sensorial y un componente afectivo o reactivo.
4. Falso: la evaluación del paciente con dolor debe incluir anamnesis y examen físico además de la valoración específica del dolor
5. Falso: la percepción y la tolerancia al dolor están condicionadas por múltiples factores psico-sociales.
6. Falso: el dolor agudo es más fácil de cuantificar por tratarse de una experiencia corta en el tiempo y, generalmente, menos afectada por condiciones psico-sociales.
7. Verdadero.
8. Verdadero.
9. Verdadero.
10. Verdadero.
11. Verdadero.
12. Verdadero.
13. Falso: El DSM IV-TR establece los siguientes criterios para llegar a su diagnóstico:
  - a) El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
  - b) El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
  - c) Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
  - d) El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio
14. Verdadero
15. Falso: A pesar que un 30 a 70% de los pacientes van a demostrar algún grado de respuesta a los placebos, no existe ningún fundamento ético ni científico que avale su uso en la evaluación o tratamiento del dolor.
16. Verdadero.
17. Verdadero.
18. Verdadero.
19. Verdadero.
20. Falso: no es necesario atravesar secuencialmente cada escalón; un paciente con dolor severo puede necesitar comenzar directamente en el 3° escalón, con requerimiento de opioides.



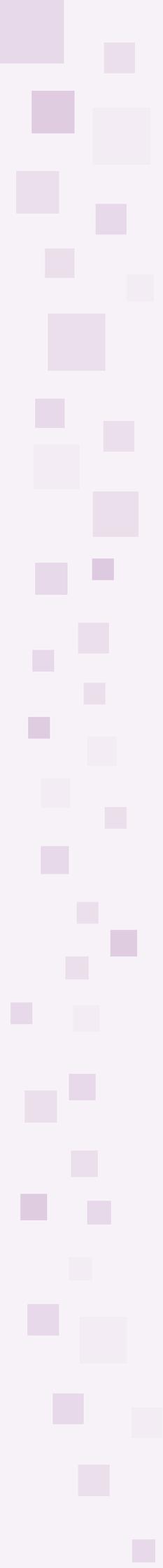
### Clave de Respuesta de Ejercicio 2 de comprensión y aplicación

1. Verdadero
2. Verdadero
3. Falso: la evaluación multidimensional incluye la exploración de aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales tanto en el individuo enfermo como en la familia.
4. Verdadero
5. Verdadero
6. Verdadero
7. Verdadero
8. Falso: La discordancia entre las percepciones del paciente y lo que manifiesta el entorno afectivo causa sufrimiento porque impide la comunicación de temas significativos, la expresión de las emociones y la implementación de las medidas de apoyo necesarias.
9. Falso: NO es conveniente confirmar noticias negativas de manera directa cuando el paciente:
  - explícitamente no desea ser informado
  - delega la recepción de información en un subrogante (familiar o amigo)
  - tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos no controlados
  - tiene síntomas psicológicos severos indicadores de mala adaptación, como enojo continuo e intenso, ansiedad generalizada
  - tiene ideación suicida o antecedentes de intento de suicidio

En las últimas situaciones es imprescindible el trabajo en equipo con profesionales del área psicosocial y/o salud mental.

### Clave de Respuesta de Ejercicio 3 de comprensión y aplicación

1. Verdadero
2. Verdadero
3. Verdadero
4. Verdadero
5. Verdadero
6. Verdadero
7. Verdadero
8. Verdadero
9. Falso: la base del tratamiento analgésico recomendado es farmacológica, pero no se deben dejar de lado las medidas para resolver o aliviar los problemas psicológicos y sociales, y se debe considerar la utilización de otras opciones terapéuticas.
10. Falso: se debe mantener un nivel estable del fármaco en sangre para prevenir la ocurrencia del dolor. Los opioides deben ser indicados a intervalos regulares.



# Bibliografía de Referencia

## Dolor

- Bassos A, Bochs F, Baños JE. How does general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:318-28
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Masson. Barcelona. 2005
- Warfield CA, Fausett HJ. Diagnóstico y Tratamiento del Dolor. Barcelona. MASSON S.A: 2004
- Harkins SW, Price DD, Roy A, Itscovich W, Fei DY. Somatosensory evoked potentials associated with thermal activation of type II Adelta mechanoheat nociceptive afferents. *Int J Neurosci* 2000; Sep-oct 104 (1-4): 93-111
- Serrano Atero MS, Caballero J, Cañas A. y cols. Valoración del dolor (II), *rev Soc esp Dolor* 2002;9:109-121
- del Castillo de Comas C, Díaz Díez-Picazo L, Barquinero Canales C. Medición del dolor: Escalas de medidas. *JANO* 24-30 de oct 2008. N° 1712
- Baños JE, Bosch F, Cañellas M, Bassols A, Ortega F, Bigorra J. Acceptability of visual analogue scales in the clinical settings: a comparison with verbal rating scales in postoperative pain. *Meth and Find Exp Clin Pharmacol* 1989; 11(2): 123-7
- De Andrés J, Soriano J, Monsalve V. :Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida. *Rev Soc Esp Dolor* 13 (2006);4 :216 - 229
- Formulario terapéutico para el primer nivel de atención. 1ª edición 2011. Remediar+Redes. Ministerio de Salud de la Nación
- Benyamin R, Buenaventura R, Glaser S. Opioid Complications and Side Effects. *Pain Physician* 2008;opioid Special issue:11:S105-S120
- Miaskowski C, Bair M, Chou R, and colls. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. 6th ed. Glenview: American Pain Society; 2008
- Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la Acupuntura. OMS. Ginebra. 2002
- Haake M, Schade-Brittinger C. German Acupuncture Trials (GERAC) for Chronic Low Back Pain Randomized, Multicenter, Blinded, Parallel-Group Trial With 3 Groups. *Arch Intern Med.* 2007;167(17):1892-1898
- Silbertsein S. Practice parameter:Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the quality standards subcommittee of the American Academy of neurology. *Neurology* 2000;55:754

## Cuidado Paliativo

- The solid facts. Palliative Care. Ed. Davies E, Higginson IE. World Health Organization Europe. 2004
- Field, J and Christine K. Approaching death: improving care at the end of life. Committee on Care at the End of Life, Division of Health Care Services., Institute of Medicine ; Cassel Editors. National Academy Press, Washington, D.C. 1997
- WHO. National Cancer Control Programs: Policies and Managerial Guidelines, 2nd Ed. Geneva: WHO, 2002
- Wenk R, Bertolino M. Palliative care development in South America: a focus on Argentina. *J Pain Symptom Manage.* 2007 May;33(5):645-50
- International Association for Hospice and Palliative Care. IAHPIC List of Essential Practices in Palliative Care. Houston: IAHPIC Press, 2012
- Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Evaluación en Cuidado Paliativo. <http://paliativo-femeba.org/uploads/2009/06/Evaluaci%20en%20Cuidado%20Paliativo.%20Junio%202008.pdf> (acceso 20/03/2012)
- Elsayem A, Driver L, Bruera E. The M.D.Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.2. Pág.11. 2ªEd: MD Anderson Cancer Center, 2002
- Bruera E, Hui D. *Journal of Clinical Oncology.* Vol 25 N° 28 2010. Pág 4016
- Pallipedia. Decisión making capacity. <http://pallipedia.org/term.php?id=567> (acceso 10/03/2012)
- Mc Daniell S, Cambell T, Orientación Familiar en Atención Primaria.Cap 2. La influencia de la familia sobre la enfermedad: nvestigaciones sobre la incidencia de la familia en la salud. 2ªEd.España: Springer Verlag Ibérica,1998

- Clèries Xavier. La Comunicación: Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Capitulo 4. Habilidades comunicativas en el encuentro con el paciente. Ed. Masson, S.A., Barcelona, 2006
- Driver L, Bruera E. The M. D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 4.1ªEd.USA.: MD Anderson Cancer Center,1999.
- Barbero J, Barreto P. y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.
- Bruera E. Process and Content of Decision Making by Advanced Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology, Vol 24, No 7 March 1, 2006: pp 1029-1030.
- Von Roenn J, Von Guten C. Setting goals to maintain hope.JCO 2003;21 (3) 570-574
- Back L. and Arnold R M. Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. JCO 2006; 24 (25) 4214-417
- Back L. and Arnold R M. Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Are Prepared for explicit information Journal of Clinical Oncology. 2006; 24 (25) 4209-4213
- Rubinstein A, Terrasa S, y cols. Medicina Familia y Práctica ambulatoria. Sec.27.Cap 286. In: Liaño E. Manejo de la comunicación en Cuidados Paliativos. 2ªEd.Argentina:Panamericana,2006.
- Von Roenn J, Von Guten C. Setting goals to maintain hope.JCO 2003; 21 (3) 570-574
- Barbero J, Barreto P, y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.
- Palma A, Taboada P, Nervi F. Manual de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Cap.24..In: Del Río M.Comunicación en el final de la vida. 1ª Ed.Chile : Universidad Católica de Chile, 2010
- Rauch P.K, Muriel A, Cassem, N. H. The Art Of Oncology: When The Tumor Is Not The Target: Parents With Cancer: Who's Looking After the Children? JCO 4399-4402.
- Tarantino M. G., Braga ML. La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. Communication in Pediatrics: children and adolescents, subjects of right. Arch Argent Pediatr 2011;109(1):36-41/36
- Publicaciones de información para el paciente Del Centro Clínico de los Institutos Nacionales de la Salud. Cómo hablar con los niños acerca de la muerte. National Institutes of Health Clinical Center, Bethesda, Maryland 20892. 2007.
- MacDonald N, Fainsinger RL. Indications and ethical considerations in the hydration of patients with advanced cancer. En: Bruera E, Higginson I, editores. Cachexia-anorexia in cancer patients. London, New York: Oxford University; 1996.p.94-109.
- Bruera E, Toro R, "Hipodermoclisis en Pacientes con Cáncer avanzado". Rev. Ven. Anest. 1998; 3: 2: 72-77
- Estrada S y cols. "La enfermería en procedimientos invasivos". Capitulo 6. En: Cullen C, "Infusión SC". BsAs. 1ªEd. Argentina: Fund Roemmers, 2011
- Wenk R,"Cuidados Paliativos". Monografía. Control de síntomas."Vía SC". Programa Argentino de Medicina Paliativa – Fundación FEMEBA.2001.Pág.60
- Marquez M, and colls. "Usos y recomendaciones de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos". Sec.3.Vía SC Recomendaciones.1ªEd.España:Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura,2008
- Doyle.D and colls. Palliative Medicine handbook. In: Back,I. Nutrition & Hydration. Hypodermoclisis. 3ªedition.UK: Oxford.2007
- Bruera E, Belzile M, Watanabe S, Fainsinger RL. Volume of hydration in terminal cancer patients. úlceras por presión ort Care Cancer 1996;4:147-150
- Twycross R, Wilcock A. Palliative Care Formulary. Cap 4. Central Nervous System.3ª Ed. UK: Palliative drougs.com.Ltd, 2009.
- Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.169.Sec.8. En: Abrahm J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz.1ªEd. España: Elsevier, 2010.
- Driver L, Bruera. E, The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 6.1ªEd. USA: MD Anderson Cancer Center,1999.
- Pazdur R, y col. Cancer management: a multidisciplinary approach. Cap 38. En:Geunberg S, Vithala M. Management of nausea and vomiting. 11ªEd. US: CMP Healthcare Media, 2008.
- Hallenbeck J. The Causes of Nausea and Vomiting (V.O.M.I.T.), 2nd Edition. Fast Facts and Concepts. July 2005; 5
- Palma A, Taboada P, Nervi F. Medicina paliativa y cuidados continuos. Cap.23. En: Cullen C, Frascino N. Cuidados de la cavidad oral. 1ª ed. Chile. Universidad Católica de Chile, 2010
- Moreno-Pina JP, Richart-Martínez M, Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Enferm. Clin. 2007;17(4):186-97
- Patty W. Palliative Medicine Pocket Companion. Wound Care. Cap.58. Medicine.1ª Ed. The institute for Palliative Medicine San Diego Hospice: USA, 2009
- Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. Seminars in Oncology

Nursing, 2006; 22(3):185–193

- Bruera E. and colls. Textbook of Palliative Medicine. Cap.60. 1°Ed. UK: Hodder Arnold,2006
- Elsayem A.,Driver L,Bruera E.The M.D.Anderson Symtom Control and Palliative Care Handbook. Cap.5.2°Ed. USA: MD Anderson Cancer Center, 2002
- Bonilla P and colls. 1° Consenso venezolano de la constipación inducida por analgésicos. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento. In: Betancourt C. Etiología clínica y dianóstico.1° Ed. Venezuela: TIPS, 2008
- Driver L, Bruera. E, The M.D. Anderson Symtom Control and Palliative Care Handbook. Cap 7. 1°Ed. USA.: MD Anderson Cancer Center, 1999
- Candy B, Jones L ,and colls. Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos, Revisión sistemática. Cochrane.2007
- Leone F. Guía para la prescripción de opioides.Cap.3.Interacción Farmacológica y efectos adversos.1°Ed. Argentina:Ediciones Médicas Internacionales,2004
- Bertolino, M .Guía de manejo en cuidados paliativos Cap 10.1°Ed. Argentina:OMS- OPS,2001
- Candy B, Jones L ,and colls. Laxantes para el tratamiento de constipación en Cuidados Paliativos, Revisión sistemática. Cochrane.2007
- Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Cap.12. In: Bertolino M, Bunge S, Rodríguez A. Manejo de síntomas gastrointestinales constipación, diarrea, vómitos, náuseas y oclusión intestinal . 1° Ed.Chile : Universidad Católica de Chile, 2010.
- American Thoracic Society Dyspnea. Mechanisms, assessment and management: a consensus statement. Am J Respir Crit Care Med, 1999. N° 159, 321-340.
- Elsayem A ,Driver L, Bruera E. The M.D. Anderson Symtom Control and Palliative Care Handbook. Cap.2.2°Ed.US: MD Anderson Cancer Center,2002.
- Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos en Medicina Paliativa . Cap.9.In: González M, Manejo de síntomas respiratorios 1° Ed. Chile : Universidad Católica de Chile, 2010.
- Lorenz K , y col.s. Evidence for improving Palliative Care at the End of life: a sistematic review. Ann Intern Med. 2008; 148:147.
- Foley, K. OMS. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20° aniversario. Cancer Pain. US: OMS.Vol. 19, Núm. 1 – 2006.Pág 3–4.
- Walsh D and colls. Medicina Paliativa.Parte 2.Cap.138.Sec.A. In: Friedemann N, Hardy J.Opiáceos.1°Ed. España:Elsevier,2010.
- Portenoy,R. Adjuvant analgesic agents. Portenoy R. adjuvant analgesics agents. In: Cherny N, Foley K, ed. Hematology and oncology clinics of North America: pain and palliative care. Philadelphia: W.B. Saunder Company, 1996. Pág..103-20.
- Schiff D. Spinal cord compression. Neurol Clin N Am. 2003;21:67-86
- Abrahm J, Patchell R, Rades D., Personalized Treatment for Malignant Spinal Cord Compression: a Multidisciplinary Approach. American Society of Clinical Oncology 2009
- Schiff D. Spinal cord compression. Neurol Clin N Am. 2003;21:67-86.
- Roth B , and colls.Pautas en oncología. Diagnostico, tratamiento y seguimiento. Cap.Compresión medular. 1°ed. Instituto A.Roffo.2010.
- Wilson L, Detterbeck F, Yahalom J. Superior Vena Cava Síndrome with Malignant Causes. N Engl J Med 2007;356:1862-9
- Stewart A. Hypercalcemia Associated with Cancer. N Engl J Med 2005;352:373-9.
- Roth B , and colls.Pautas en oncología. Diagnostico, tratamiento y seguimiento. Cap.Hipercalcemia Maligna. 1°ed. Instituto A.Roffo.2010.
- Hospice Palliative Care Program. Fraser Health- Hypercalcemia in Malignant Disease. Palliative Management. 2009.
- Bower M., Cox S., Oxford Textbook of Palliative Medicine .Endocrine and Metabolic Complications of Advanced Cáncer, 4° Edition UK: Oxford. 2010.
- Pereira J, Pautex S, Oxford Textbook Clinical Management of Bleeding Complications.
- Comité Ético de la SECPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 .N°9: 41-46
- Maltoni A, Pittueri C, y col. Palliative sedation therapy does not hasten death: result from a prospective multicenter study. Annals of Oncology, 2009, Vol. 20: 1163–1169
- Walsh D, and colls. Medicina Paliativa. .In: O’Leary N. Asistencia durante la agonía.Sec .C.1°Ed. España:Elsevier,2011
- López Imedio E y cols.Enfermería en Cuidados Paliativos.Cap.27,LópezImedio E. La agonía. 1° Ed. España:Panamericana,1998.



## Autores

La presente unidad fue elaborada por la Gerencia de RRHH de REMEDIAR + REDES (Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud), Ministerio de Salud de la Nación.

### Autores:

#### **Dolor:**

*Andrea Perrot*

Médica. Especialista en Medicina Familiar y General. Instituto Universitario CEMIC.

#### **Cuidados paliativos:**

Equipo asistencial y docente. Programa Argentino de Medicina Paliativa – Fundación FEMEBA:

*Roberto Wenk*

Médico Clínico. Director del Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Presidente de la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).

*Fanny Vega*

Médica de Familia. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA.

*Mariela Bertolino*

Médica Clínica. Cuidados Paliativos. Sub-Directora del Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Coordinadora Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) Hospital Tornú.

*Sofía Bunge*

Médica Clínica. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinadora Docente UCP – Hospital Tornú.

Clara Cullen. Lic. en Enfermería. Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Hospital Tornú.

*Guillermo Mammana*

Médico Clínico. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA Coordinador Médico . Hospital Tornú.

Noemí Díaz. Lic. en Psicología. Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Hospital Tornú.

*Clara Cullen*

Licenciada en enfermería. Coordinación de enfermería. UCP. Hospital Tornú

## **Revisores:**

### **Dolor:**

*Fanny Vega*

Médica de Familia. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA

*Jorge Alberto Manera*

Instituto Universitario Italiano de Rosario (IUNIR). Médico especialista en Clínica Médica. Profesor Adjunto Clínica Médica de la Práctica Final Obligatoria (IUNIR). Jefe del Servicio de Clínica Médica del Sanatorio Británico de Rosario. Ex Presidente Asociación de Medicina Interna de Rosario. Ex Presidente Sociedad de Hipertensión Arterial de Rosario

### **Cuidados paliativos:**

Equipo asistencial y docente. Programa Argentino de Medicina Paliativa – Fundación FEMEBA.

*Jorge Alberto Manera*

Instituto Universitario Italiano de Rosario (IUNIR). Médico especialista en Clínica Médica. Profesor Adjunto Clínica Médica de la Práctica Final Obligatoria (IUNIR). Jefe del Servicio de Clínica Médica del Sanatorio Británico de Rosario. Ex Presidente Asociación de Medicina Interna de Rosario. Ex Presidente Sociedad de Hipertensión Arterial de Rosario

**Responsable Editorial:** Dra. Graciela Ventura

**Coordinación Editorial:** Médica Romina Gaglio  
Médica Analía Gil

**Procesamiento Didáctico:** Lic. Amanda Galli (AFACIMERA)

## Comisión Asesora:

### **Ana María Bou Pérez. Universidad de Buenos Aires**

Especialista en Geriátría y en Medicina Sanitaria. Jefa de Dto. del Área Programática de Salud del Hospital Ramos Mejía. Coordinadora de la Primera Cátedra Libre de Gerontología UBA. (2008-2010). Docente de la Cátedra de Salud Pública II del Hospital Ramos Mejía. Coordinadora de Curso Universitario de capacitación para Médicos de Cabecera de PAMI.

### **Hugo Frances Maza. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación H. A. Barceló**

Médico especialista en Clínica Médica. Prof. Asistente de Medicina Interna II y Terapéutica Clínica II. Prof. de Electrocardiografía Clínica de la Práctica Final Obligatoria (PFO). Prof. Asistente y a cargo de la Cátedra de Semiología General Prof. Asistente de la Cátedra de Medicina Interna. Secretario de Asuntos Universitarios. Docente Investigador Categoría IC-D. Fundación Barceló Sede La Rioja. Médico de planta del CAPS Jardín Residencial de la ciudad de La Rioja.

### **Sergio Gómez. Universidad Nacional del Comahue**

Médico especialista en Medicina General. Médico del CAPS de 1224 viviendas, del Hospital Pedro Moguillansky de la Provincia de Río Negro, Cipolletti. Docente de APS en la Facultad de Medicina de la Universidad del Comahue.

### **Mario Sánchez Quintana. Universidad del Aconcagua**

Médico especialista en Cirugía Vasculor Periférica.  
Ex Jefe del Servicio de Cirugía Torácica y Vasculor del Hospital Central de Mendoza. Actualmente Director de Posgrado y Extensión de la FCM de la Universidad del Aconcagua. Director del Internado Rotatorio de la carrera de medicina de la FCM de la U. del Aconcagua. Diplomado en Gestión de la Educación Superior.

### **Ventura Simonovich. Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires**

Médico especialista en Clínica Médica. Profesor Adjunto. Departamento de Fisiología Humana. Investigador Adscripto. Departamento de Investigación. Instituto Universitario. Escuela de Medicina. Hospital Italiano de Buenos Aires. Coordinador del Área de Ensayos Clínicos. Sección Farmacología Clínica. Médico de planta del Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires.

*Agradecemos el apoyo y la colaboración brindados en la elaboración y revisión de los contenidos de la presente Unidad: Lic. Cristina Ratto, consultora del Programa Remediar+Redes, Liliana González, médica, consultora del Programa Remediar+Redes, y al Área de Comunicación del Programa Remediar+Redes*

**Puesta en página y rediseño:** COUVIC D.C.V

**Vega, Fanny**

Terapéutica racional en atención primaria de la salud. Programa de capacitación : detección temprana y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular y Enfermedades Oncológicas en el PNA / Fanny Vega ; coordinado por Romina Gaglio y Analía Fernanda Gil. - 1a ed. - Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. programa REMEDIAR+REDES. , 2012.

120 p. + CD-ROM ; 30x21 cm.

ISBN 978-950-38-0135-2

1. Salud. 2. Dolor. I. Gaglio, Romina, coord. II. Gil, Analía Fernanda, coord. III. Título  
CDD 614

Fecha de catalogación: 07/06/2012

