

Guías Clínicas

Cuidados paliativos

Coordinadores:

Dr. Antonio del Arco Luengo

Dra. Rosa Díez Cagigal

Coordinadora del Grupo de Trabajo
de Cuidados Paliativos de SEMERGEN

Autores:

Dr. Enrique Almenar Cubells

Dr. Antonio del Arco Luengo

Dra. María Luz Diego Lourenco

Dra. Rosa Díez Cagigal

Dra. M.^a Asunción Gracia Aznar

Dra. Vanesa Latorre Ginés

Dr. Carlos Enrique Monera Olmos

Dra. Magda Miralles Piñeyro

Dra. M.^a Teresa Martí Vilà

Dra. Milagros Zardoya Zardoya

Miembros del Grupo de Trabajo
de Cuidados Paliativos de SEMERGEN

Título original:

Guías Clínicas. Cuidados paliativos

Coordinadores:

Dr. Antonio del Arco Luengo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster Universitario en Cuidados Paliativos. Máster Universitario en el Tratamiento del Dolor. Médico responsable del Equipo de Soporte Paliativo Domiciliario de Ávila. Miembro del Equipo Médico de Cuidados Paliativos del Hospital San Camilo. Tres Cantos. Madrid.

Dra. Rosa Díez Cagigal

Médico de familia. Máster Universitario en Medicina Paliativa. Médico del Equipo de Cuidados Paliativos, Área del Hospital de Laredo. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de Semergen.

Autores:

Dr. Enrique Almenar Cubells

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Benifaio. Valencia.

Dr. Antonio del Arco Luengo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster Universitario en Cuidados Paliativos. Máster Universitario en el Tratamiento del Dolor. Médico responsable del Equipo de Soporte Paliativo Domiciliario de Ávila. Miembro del Equipo Médico de Cuidados Paliativos del Hospital San Camilo. Tres Cantos. Madrid.

Dra. María Luz Diego Lourenço

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster Universitario en Cuidados Paliativos. Máster Universitario en el Tratamiento del Dolor. Médico del Centro de Salud de Vidriales. Zamora.

Dra. Rosa Díez Cagigal

Médico de familia. Máster Universitario en Medicina Paliativa. Médico del Equipo de Cuidados Paliativos, Área del Hospital de Laredo. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de Semergen.

Dra. M.ª Asunción Gracia Aznar

Médico de familia. Centro de Salud Alagón. Zaragoza.

Dra. Vanesa Latorre Ginés

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Sant Hipòlit de Voltregà. Barcelona.

Dr. Carlos Enrique Monera Olmos

Médico de familia. Coordinador de Salud Mental. Hospital Vinalopó Salud. Elche-Crevillente.

Dra. Magda Miralles Piñeyro

Médico de familia. CAP Vila Olímpica. Barcelona.

Dra. M.ª Teresa Martí Vilà

Médico de familia. CAP Vila Olímpica. Barcelona

Dra. Milagros Zardoya Zardoya

Médico de familia. Centro de Salud de Buñuel. Navarra. Máster en Medicina Paliativa.



Depósito legal:

© Copyright 2011. SEMERGEN.

© Copyright 2011 de esta edición. Plusmedical Alianza A.I.E.

Avda. dels Vents 9-13, Esc. B, 2.ª 1.ª 08917 Badalona

Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción, sin autorización expresa de los propietarios del copyright.

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.

Introducción	2
Definiciones	3
Objetivos	3
Pronóstico en medicina paliativa al final de la vida	4
Manejo de síntomas en el enfermo terminal	5
Dolor	5
Generalidades	5
Evaluación del dolor	6
Manejo terapéutico del dolor	7
Manejo del dolor basal nociceptivo	7
Manejo del dolor irruptivo	9
Manejo del dolor neuropático	9
Síntomas digestivos	10
Cuidados de la boca	10
Disfagia	11
Náuseas y vómitos	11
Obstrucción intestinal	12
Estreñimiento	14
Ascitis	16
Síntomas respiratorios	16
Disnea	16
Tos	17
Hipo	17
Hemoptisis	18
Síntomas neuropsiquiátricos	19
Delirium	19
Ansiedad	19
Depresión	20
Síntomas y síndromes generales	20
Anorexia y caquexia	20
Astenia, debilidad y fatiga	21
Deshidratación/hidratación	21
Fiebre	21
Trastornos del sueño	22
Síntomas génito-urinaros	23
Disuria	23
Espasmo vesical	23
Hematuria	23
Tenesmo urinario	23
Síntomas de la piel	24
Úlceras por presión	24
Úlceras tumorales	26
Prurito	26
Urgencias en cuidados paliativos	29
Síndrome febril neutropénico	29
Compresión medular	29
Síndrome de la vena cava superior	30
Hemorragia masiva	30
Convulsiones	30
Hipercalcemia	31
Claudicación familiar	31
Comunicación	33
Elementos básicos de la comunicación	33
Comunicación informativa en cuidados paliativos	34
Acompañamiento en cuidados paliativos	35
Atención a la familia	36
Situación de últimos días. Agonía	39
Clínica	39
Atención al paciente	39
Atención a la familia	40
Sedación paliativa	40
Duelo	43
Generalidades del duelo	43
Abordaje del duelo	43
Duelo patológico	44
El duelo en el niño	44
Bibliografía recomendada	46

INTRODUCCIÓN

Dr. Enrique Almenar Cubells

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Benifaio. Valencia.

El cuidado a los enfermos y moribundos ha estado desde siempre presente en las sociedades, que se han esforzado en conseguir un nivel apropiado de cuidados y de soporte. En la Edad Media, estos cuidados corrían a cargo de las órdenes religiosas, mediante hospicios (lugares de reposo para peregrinos y viajeros) que se utilizaban para aquellos que necesitaban cuidados en la última etapa de la vida.

A partir de los años cincuenta del siglo pasado, con la incorporación de una gran gama de medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos, los antibióticos, los antidepresivos y el mejor conocimiento de las causas del dolor y el uso de quimioterapia, se crearon numerosas expectativas de curación que, al verse incumplidas en su mayor parte, originaron un movimiento destinado a mejorar el soporte y apoyo a los pacientes en fase terminal, sobre todo en el Reino Unido. Esto se plasmó con la apertura en 1967 del Hospice St. Christopher en Londres, dirigido por Dame Cicely Saunders, enfermera, asistente social y médica, quien consiguió un ambiente en el que los pacientes y sus familias podían adaptarse mejor espiritual y emocionalmente a la situación terminal. Es en Canadá, en el Royal Victoria Hospital de Montreal, donde nace el término «cuidados paliativos» (CP), que parece el idóneo para describir el cuidado que se otorga a los pacientes en la fase terminal de su vida. A partir de los años ochenta se difunden los CP por América y Europa.

En España, en 1985 se publicó un artículo pionero que abordaba el tema de los enfermos en fase terminal, *Los intocables de la medicina*, basado en las experiencias paliativas del Servicio de Oncología del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander. En diciembre de 1987 se inició la actividad de la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital Santa Creu de Vic (Barcelona) y en 1989 en el Hospital Cruz Roja de Lleida. El mayor impulso en el desarrollo de los CP en Cataluña es promovido por el programa «Vida als anys» desde la Consejería de Sanidad.

En 1989 se creó una Unidad de Medicina Paliativa en el Hospital El Sabinal de Las Palmas de Gran Canaria. El manual de control de síntomas publicado por este equipo ha sido una referencia para la gran mayoría de los profesionales españoles. En 1991 se promovió en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid la Unidad de Cuidados Paliativos más grande y de mayor actividad. En el congreso de Vic de 1991 se creó la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

Definiciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1990 los CP como «el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los CP es proporcionar la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares».

En el año 2002, la OMS da a conocer una nueva definición de los CP como «el enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades terminales a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la pronta identificación y correcta valoración, tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales». En 2003, hace mayor hincapié en esta definición y destaca el abordaje integral, la atención precoz y la calidad de vida como objetivos principales.

Poco después, publica el documento *Palliative Care Solid Facts 2004*, donde hace un repaso exhaustivo de los diferentes aspectos de los CP con objeto de marcar las directrices para su desarrollo.

El Comité de Ministros de la Unión Europea en 2003 utiliza una versión ligeramente distinta de la formulada por la OMS en 1990 y revisada en 2002: «el conjunto de cuidados activos dispensados a los pacientes afectados por una enfermedad evolutiva en estadio avanzado. El control del dolor, de los otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales es un aspecto esencial. Los CP tienen por objetivo garantizar al paciente y a su familia la mejor calidad de vida posible».

En el colectivo europeo de personas mayores se espera un aumento del 20% en la necesidad de CP para los próximos 10-15 años para pacientes tanto con cáncer como sin él. La estimación aproximada de necesidad de camas para CP es de 50-100 por millón de habitantes. Esto representa para todos los países de Europa grandes retos cualitativos y cuantitativos.

El porcentaje de población española mayor de 60 años era del 21% en el año 2000 y se espera que en el año 2020 sea del 27%. De este tramo de edad, el segmento que más aumentará proporcionalmente será el de los mayores de 85 años. Para el año 2020 se prevé, debido a este envejecimiento de la población, que en España las

tres principales causas de muerte sean: la enfermedad isquémica cardíaca, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El cáncer de pulmón/tráquea/bronquios ocupará el quinto puesto.

Objetivos

La OMS ha enunciado los principios fundamentales, según los cuales los CP:

- Dan la mayor importancia a la consecución y el mantenimiento de un nivel óptimo de control del dolor y de otros síntomas.
- Afirman la vida y contemplan la muerte como un proceso natural. Este principio fundamental tiene por objetivo responder a algunas de las dificultades de tipo psicológico que presentan los CP. Todos somos conscientes del carácter ineluctable de nuestra muerte. Los pacientes que necesiten CP no deben ser considerados como un fracaso de la medicina.
- Buscan garantizar que los pacientes sean libres y capaces de vivir su vida de una manera útil, productiva y satisfactoria hasta el momento de la muerte. No debe subestimarse la importancia de la readaptación para el bienestar físico, psicológico y espiritual.
- No intentan precipitar ni retrasar la muerte. Las intervenciones realizadas en este marco no están (y no deben estar) destinadas a poner prematuramente fin a la vida. De la misma forma, los medios tecnológicos que ofrece la medicina moderna no deben ser utilizados para prolongar la vida artificialmente.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención al paciente. Los cuidados físicos deben evidentemente ser de excelente calidad, pero esto no es suficiente; el ser humano no se puede reducir a una simple entidad biológica.
- Ofrecen al paciente un soporte que le permite vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte. En este ámbito, es importante notar que es el paciente el que define sus objetivos y sus prioridades. El papel del personal sanitario es ayudarle a alcanzar la meta que se ha fijado.
- Ofrecen a la familia un soporte que le ayude a encarar el sufrimiento del paciente y de su propio duelo. En los CP, la unidad que se ha de cuidar es la familia. Sus miembros tendrán sus propios problemas y dificultades, que deberán ser identificados y recibir una respuesta. El abordaje del duelo debe comenzar antes de la muerte del paciente.

- Exigen un trabajo de equipo coordinado. Lo arriba nombrado debe hacer evidente que, debido a su diversidad y a su complejidad, los problemas que aparecen durante el período de CP no pueden ser resueltos por una sola persona ni por una sola disciplina.
- Pretenden mejorar la calidad de vida. Esta cuestión, que es desde hace muchos años objeto de numerosas investigaciones, no es simplemente una medida del bienestar físico ni de la capacidad funcional. La calidad de vida no puede ser definida más que por el paciente mismo, y el propio paciente puede modificar su percepción significativamente a lo largo del tiempo.
- Pueden aplicarse en un estadio precoz de la enfermedad, paralelamente a los tratamientos específicos y otras terapias enfocadas a prolongar la vida.

Como las definiciones expuestas más arriba claramente muestran, los CP no conciernen a una patología particular. Pueden dispensarse a pacientes de todas las edades, en función de la evaluación de su pronóstico probable y de sus necesidades específicas.

Pronóstico en medicina paliativa al final de la vida

La predicción constituye una de las actividades asistenciales y de investigación clínica con mayor auge en nuestros días. La mayoría de las variables de predicción en los pacientes pluripatológicos (PP) se puede obtener tras una adecuada valoración multidimensional:

- La situación funcional es una variable muy importante en la valoración global de los pacientes y tiene poder predictivo de desarrollar dependencia, institucionalización, consumo de recursos sanitarios y sociales, y mayor riesgo de mortalidad. La discapacidad se asocia con un incremento de la mortalidad y conlleva un aumento de resultados desfavorables como hospitalización, ingreso en residencia asistida y uso formal e informal de recursos sociales y sanitarios domiciliarios.
- Edad: a mayor edad, mayor fragilidad y comorbilidad y, por tanto, peor pronóstico.
- Tiempo transcurrido desde el proceso causante de la discapacidad: a mayor tiempo transcurrido desde el inicio de la discapacidad, menor probabilidad de mejoría de ésta.
- Diagnóstico principal: algunas enfermedades determinan intrínsecamente el carácter irreversible del deterioro del paciente (grandes síndromes neurológicos, amputaciones, etc.), pero en numerosas ocasiones el diagnóstico principal aislado (como variable pronóstica) tiene un bajo poder predictivo, a no ser que se acompañe de otras variables que cuantifiquen su gravedad.
- Estado general de salud: incluye la presencia de enfermedades crónicas y tiene valor pronóstico sobre la funcionalidad, la mortalidad y la supervivencia.
- Estado nutricional: constituye un factor pronóstico capaz de influir en la recuperación de la capacidad funcional y en la mortalidad de los pacientes pluripatológicos (el deterioro del estado nutricional conlleva un retraso en la curación de las úlceras, un aumento de las infecciones, una mayor mortalidad, etc.).
- Deterioro cognitivo: constituye una variable de mal pronóstico para la rehabilitación por falta de colaboración y comprensión, y mayor riesgo de institucionalización.
- Depresión: falta de motivación para la rehabilitación y el cumplimiento de los tratamientos.
- Soporte socio-familiar: si es bueno, provoca una mejoría del pronóstico funcional. La falta de apoyo socio-familiar constituye un factor predictivo de mortalidad.

Manejo de síntomas en el enfermo terminal

DOLOR

Dr. Antonio del Arco Luengo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster Universitario en Cuidados Paliativos. Máster Universitario en el Tratamiento del Dolor. Médico responsable del Equipo de Soporte Paliativo Domiciliario de Ávila. Miembro del Equipo Médico de Cuidados Paliativos del Hospital San Camilo. Tres Cantos. Madrid.

Generalidades

«Dolor es lo que el paciente dice que le duele.»

Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión real o potencial de los tejidos, cuya expresión es inherente a las características de cada persona.

Por tanto, el dolor es más que un síntoma físico, es un fenómeno somato-psíquico modulado por:

- El estado de ánimo del paciente.
- El significado del dolor para el paciente.

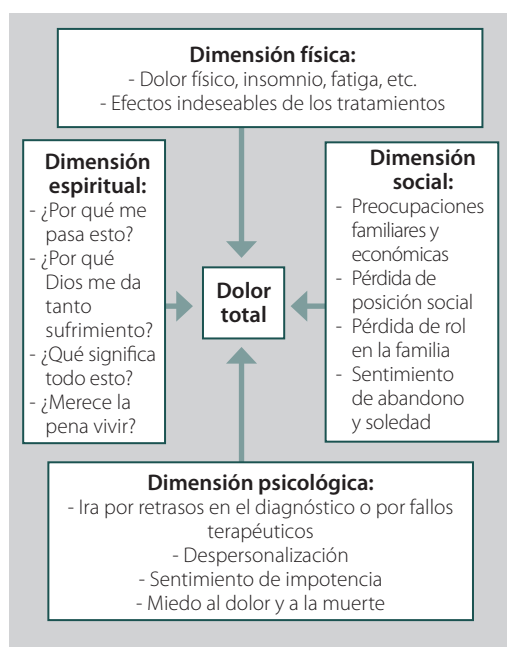
Los factores más comunes que afectan al umbral del dolor son los que se exponen en la tabla 1.

Tabla 1. Factores que modifican la sensación de dolor

Aumentan el dolor	Disminuyen el dolor
Ira, cólera	Aceptación
Ansiedad	Relajación Menor ansiedad
Aburrimiento	Actividad creativa
Depresión	Aumento del estado de ánimo
Disconfort	Mejoría de otros síntomas
Duelo	Sensación de descarga, apoyo empático
Insomnio → fatiga	Dormir
Carencia de entendimiento acerca de su situación	Aclaración, explicación
Aislamiento mental Abandono social	Compañía

Puesto que el dolor es multidimensional, ello ayuda a pensar en términos de «dolor total», que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del sufrimiento (figura 1).

Figura 1. Dimensiones del dolor



En el momento del diagnóstico de una neoplasia, entre el 20% y el 40% de los pacientes presentan dolor, y en la etapa terminal está presente en el 70-80%. Muchos enfermos oncológicos en situación terminal soportan más de un dolor, incluso al mismo tiempo (aproximadamente un tercio de ellos tiene tres o más dolores), y cada uno tiene sus características propias. No debemos confundir esta concurrencia de distintos dolores («dolor múltiple») con el concepto de «dolor total».

En el cáncer, el dolor es predominantemente causado por el **propio tumor** y por sus **consecuencias**. Otras causas pueden ser los **efectos secundarios de los tratamientos** y las **dolencias coexistentes**. En patologías no cancerosas, en situación de terminalidad, el dolor puede ser consecuencia de la intensa astenia, de enfermedades degenerativas crónicas o de alteraciones neuromusculares.

Evaluación del dolor

La evaluación del dolor es un proceso multidimensional. Se preguntará al paciente la **localización** exacta del dolor y su **duración**. Mientras el paciente nos describe las **características** del dolor, nosotros razonaremos sobre:

- Cuál es la **causa** del dolor (cancerosa o no cancerosa).
- Cuál es el **mecanismo** subyacente (nociceptivo o neuropático).
- La contribución de **factores no físicos**.

Características

- Localización e irradiación del dolor: el paciente nos dirá la zona del cuerpo donde tiene el dolor, que será más o menos exacta según el tipo de dolor. Delimitaremos la zona dolorosa con la exploración física y detectaremos organomegalias y puntos dolorosos. La infiltración hepática dolorosa puede irradiarse a la región lumbar; el dolor pancreático se irradia en

cinturón; cualquier patología que afecte al diafragma puede irradiarse a los hombros.

- Curso temporal:
 - Dolor continuo: persistente en el tiempo.
 - Dolor episódico: es intermitente. Precisaré una medicación de rescate.
- Intensidad del dolor: nos ayuda a caracterizar el mecanismo y la selección de fármacos. La escala visual analógica es la más usada; también, las escalas numéricas y de figuras (en niños).
- Otras características:
 - ¿Qué lo alivia/empeora?
 - ¿Empeora en algún momento del día o de la noche?
 - ¿Cómo afecta a la vida del paciente?

Causas

El dolor oncológico puede ser originado por el propio tumor y sus metástasis, por los tratamientos antitumorales (cirugía, radioterapia, quimioterapia) y por otros procesos concurrentes (tabla 2).

Tabla 2. Causas de dolor oncológico

Cáncer por sí mismo	Tratamientos antitumorales	Debilidad por cáncer	Enfermedades concurrentes
Tejidos blandos Visceral Óseo Neuropático	Mucositis	Estreñimiento Espasmo muscular	Espondilosis Osteo-artritis

Mecanismos fisiopatológicos

Los mecanismos fisiopatológicos del dolor se detallan en la tabla 3.

Tabla 3. Mecanismos fisiopatológicos del dolor

	Dolor nociceptivo	Dolor neuropático
Fisiopatología	Estimulación receptores	Lesión nerviosa periférica o central
Semiología	Ritmo mecánico o inflamatorio	Componente continuo: quemazón Componente fulgurante, intermitente: «descargas eléctricas», disestesias (hormigueo)
Distribución topográfica	Regional, sin topografía neurológica	Compatible con origen neurológico Periférico (tronco, raíz) o central (dolor hemicorporal)
Exploración neurológica	Examen neurológico normal Respuesta y agresión se corresponden	Signos de hiposensibilidad (hipoestesia, anestesia) Signos de hipersensibilidad (alodinia) Respuesta y agresión no se corresponden

Manejo terapéutico del dolor

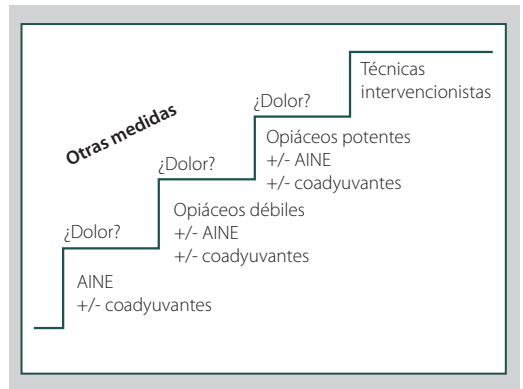
El abordaje del dolor debe ser **multidimensional** y seguir unos principios básicos:

- Preguntar siempre por la existencia de dolor, si es que el paciente no nos lo manifiesta, y discernir sus características. No olvidar que pueden coexistir varios tipos de dolor.
- Conocer la etiología del dolor o de los dolores, si son más de uno.
- Estimar la repercusión emocional y funcional que el dolor produce en el paciente. Por otra parte, debemos abordar los factores emocionales, sociales y espirituales, puesto que forman parte del «dolor total» que el enfermo experimenta.
- Programar una analgesia a intervalos prefijados, y dosificar de forma individualizada para cada paciente.
- Reevaluar la eficacia del tratamiento: a las 48 horas en preparados orales, a las 72 horas con parches y a las 6-8 horas con preparados intravenosos (i.v.) y subcutáneos (s.c.).
- Asociar laxantes al iniciar el tratamiento con opioides.
- Asociar metoclopramida (10-20 mg/8 horas, oral, s.c., i.v.), domperidona (10 mg/8 horas oral) o haloperidol (2-3 mg/día oral, s.c., i.v.) durante las primeras 72 horas para evitar vómitos.
- En insuficiencia renal, es de primera elección el fentanilo; como alternativa, la buprenorfina o la metadona.
- Por último, debemos marcar objetivos realistas, preferentemente pactados con el propio enfermo.

La Organización Mundial de la Salud propuso en su día una **escalera analgésica** secuencial que sirviera de guía para utilizar de forma correcta los analgésicos. Lo que en un principio eran tres peldaños se ha ido transformando, al añadirse nuevos fármacos, además de otras medidas no farmacológicas (figura 2).

Si un fármaco de un escalón no mejora el dolor, se debe pasar al siguiente peldaño, puesto que otro analgésico del mismo escalón, generalmente, no mejora el control del dolor.

Figura 2. Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud



AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

Manejo del dolor basal nociceptivo

1. Dolor leve o moderado:

- Analgésicos del primer escalón. Antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Es controvertida la asociación de AINE más opioides. Indicados en dolor por metástasis óseas y en dolor por afectación hepática.
- No hay diferencias entre ellos.
- No conviene administrarlos en insuficiencia renal ni en ascitis con hipertensión portal.
- Analgésicos del segundo escalón: opioides débiles, codeína, dihidrocodeína, tramadol (50-100 mg/6-8 horas, oral, s.c., endovenoso [e.v.]; máximo: 400 mg/día).

2. Dolor intenso: analgésicos del tercer escalón:

Morfina

- Es el analgésico opioide de referencia frente al que se evalúan otros opioides. No parece tener efecto techo.
- La vía óptima para su administración es la oral, en presentaciones de liberación inmediata (cada 4 horas) o de liberación retardada (cada 12 horas).
- Se ha de iniciar con 5 mg cada 4 horas (10 mg si han recibido antes opioides débiles) y administrar la misma dosis («rescate») tantas veces como sea necesario (mínimo intervalo de una hora) para aliviar el dolor.
- Evaluar y ajustar la dosis cada 24 horas, a partir de la dosis total administrada durante el día anterior.

- Las formulaciones retardadas se administran cada 12 horas y, a veces, cada 8 horas. Supone la misma dosis total que las preparaciones rápidas. Se pueden administrar 20-30 mg de morfina retardada cada 12 horas, y dosis de rescate con 5 mg de morfina rápida.
- La vía alternativa, por imposibilidad de utilizar la vía oral, preferentemente es la vía s.c., cada 4 horas o mediante sistemas de infusión continua. La dosis equianalgesica es aproximadamente la mitad de la dosis oral.

Fentanilo

- El fentanilo transdérmico es una alternativa eficaz en el dolor relativamente estable, en pacientes que no toleran la vía oral y como alternativa a la perfusión s.c.
- Tras la aplicación del parche, el fentanilo se detecta en sangre a partir de las 2 horas y su efecto analgésico comienza hacia las 12 horas.
- El parche se reemplazará cada tres días, y en casos especiales cada dos días.
- Al interrumpir el tratamiento con parches de fentanilo, es recomendable no iniciar una nueva pauta de tratamiento opioide hasta pasadas unas 12 horas, tiempo en que el reservorio s.c. formado sigue liberando fentanilo.

Oxicodona

- Por vía oral, es 1,5-2 veces más potente que la morfina. Por tanto, la dosis equianalgesica de oxicodona oral es 0,5-0,75:1 respecto a la morfina oral.
- Se inicia con 10 mg/12 horas con la formulación retardada o con 5 mg/4-6 horas con la rápida. Se incrementa la dosis en 25-50%, según el efecto y la medicación de rescate.
- Por vía s.c., puede administrarse como dosis de rescate, 5 mg (cada 4 horas si es necesario) o en infusión continua, a partir de 7,5 mg/día.

Buprenorfina

- Los parches de buprenorfina transdérmica, en dosis bajas, son efectivos. Son muy utilizados en dolores crónicos no oncológicos.
- Tiene techo analgésico; por otra parte, en dosis altas compite (antagoniza) con otros opioides, complicando la rotación de opioides en dosis altas, método muy utilizado en cuidados paliativos.

Rotación de opioides

- Razones para cambiar de opioides:
 - Aparición de toxicidad a los opioides (mioclonías, delirio, hiperalgesia, alucinaciones, náuseas intratables) (tabla 4).

- Utilización de dosis muy elevadas de un opioide que dificulta su administración.
- Se debe reducir en un 25% la dosis del nuevo opioide equivalente a la tolerancia adquirida al opioide antiguo (tabla 5).

Tabla 4. Efectos adversos más frecuentes de los opioides

Efectos secundarios	Tratamiento
Náuseas y vómitos	Domperidona, metoclopramida
Estreñimiento	Laxantes. Metilnaltrexona
Xerostomía	Pilocarpina. Salivas artificiales
Sedación	Metilfenidato
Confusión y delirio	Haloperidol
Depresión respiratoria	Naloxona

Tabla 5. Ratio de conversión de opioides

Desde morfina oral a:	Ratio
• <i>Morfina s.c.</i>	÷ 2
• <i>Morfina e.v.</i>	÷ 3
• <i>Oxicodona oral</i>	÷ 2
• <i>Hidromorfona oral</i>	÷ 5
• <i>Fentanilo transdérmico</i>	÷ 2,4
• <i>Buprenorfina transdérmica</i>	x 0,583

s.c.: subcutáneo; e.v.: endovenoso.

Otros fármacos coanalgesicos

- Baclofeno: útil en la espasticidad. Inicio 5 mg/12 horas → 10-25 mg/8 horas.
- Diazepam: en dolor crónico más ansiedad (5 mg/noche), espasmos musculares y dolor miofascial (2,5 mg/8 horas).
- Midazolam: en dolor agudo asociado a crisis de pánico: 5-10 mg sublingual o s.c.; se puede aumentar la dosis según su respuesta.
- Bifosfonatos (zoledronato): en dolor óseo, hipercalcemia, riesgo de fracturas por metástasis óseas líticas. Dosis de 4 mg i.v. en 15 minutos cada 3-4 semanas.
- Corticoides (dexametasona): en cefalea por hipertensión

intracaneal (4-8 mg/12 horas) y en dolor nociceptivo de cualquier origen (4-8 mg/día).

Manejo del dolor irruptivo

Es una exacerbación transitoria del dolor que aparece en un paciente cuyo dolor basal está adecuadamente controlado con opioides mayores

Clasificación

- Incidental: aparece con una causa precipitante identificable:
 - Volitivo: provocado por un acto voluntario.
 - No volitivo: provocado por un acto involuntario.
 - Inducido por procedimientos.
- Idiopático/espontáneo: aparece sin causa precipitante identificable.

Las crisis de dolor irruptivo necesitan medicación de rescate y la medicación ideal deberá tener características farmacocinéticas que se ajusten al dolor irruptivo (tabla 6).

Tabla 6. Tratamiento ideal del dolor irruptivo

Características del dolor irruptivo	Características del fármaco
Instauración rápida: 43% en menos de 3-5 minutos	Rápido
Intensidad del dolor elevada o muy elevada	Potente
Corta duración del proceso: 30 minutos de promedio	Duración corta
Entre 1-4 crisis de dolor irruptivo/día de promedio	Buen perfil de seguridad
Puede manifestarse en cualquier momento	Cómodo de administrar

Para su tratamiento en España disponemos de los siguientes fármacos:

- Preparados parenterales de morfina, fentanilo, metadona, alfentanilo y buprenorfina.
- SAO (*Short Action Opioids*). Preparados orales de acción corta e inicio lento de morfina, oxicodona y metadona, que inician su efecto a los 30-40 minutos

y alcanzan concentraciones plasmáticas máximas a la hora. Por ello, no son los ideales para este tipo de dolores. Pueden ser útiles en el dolor irruptivo incidental volitivo, si se administran antes de darse las circunstancias que producen el dolor (por ejemplo, el aseo).

- ROO (*Rapid Onset Opioids*). Preparados administrados por vía transmucosa, sublingual o nasal de inicio rápido y acción corta. Todos ellos son fentanilo, que es el fármaco que mejor se ajusta a las características que hemos mencionado anteriormente. Las diversas presentaciones no son intercambiables entre sí, puesto que tienen distinta biodisponibilidad. Es necesario titular la dosis en cada paciente individualmente. Únicamente tienen la indicación aprobada para el tratamiento del dolor irruptivo oncológico. En casos refractarios, puede intentarse mejorar el dolor con ketamina por vía s.c.

Manejo del dolor neuropático

El tratamiento del dolor neuropático sigue siendo un gran desafío. Los fármacos que se usan normalmente tienen una tasa de respuesta limitada y responden a experiencias de reducción parcial del dolor y dosis tolerables. Existen más de cien estudios controlados aleatorizados que apoyan la toma de decisiones y proporcionan una base para los algoritmos de tratamiento basados en la evidencia. Se utilizan los siguientes fármacos:

1. Anticonvulsivantes:

Gabapentina y pregabalina:

- Efectivos en neuralgia postherpética, neuropatía diabética dolorosa y en dolor por lesión de la médula espinal. Los pacientes suelen mejorar en 1-2 semanas, con mejoría del sueño y de la calidad de vida.
- Gabapentina: se comienza con 300 mg/8 horas y se aumenta 300 mg cada siete días, hasta un máximo de 1.800-3.600 mg/día (efectos secundarios).
- Pregabalina: se comienza con 75-150 mg/día, en dos dosis y se aumenta 150 mg cada 3-7 días, hasta un máximo de 600 mg/día.

Carbamazepina/oxcarbazepina:

- Útiles en la neuralgia del trigémino.
- Carbamazepina: se comienza con 300 mg/día, se incrementa 100 mg/día, hasta un máximo de 1.500-2.000 mg/día.
- Oxcarbazepina: se comienza con 600 mg/día y se aumenta cada dos días 150-300 mg, hasta un máximo de 1.500-3.000 mg/día.

2. Antidepresivos:

Amitriptilina:

- Útil en polineuropatía dolorosa (diabética o no), neuralgia postherpética, dolor postmastectomía, dolor central postictus y en esclerosis múltiple.
- Inicio con 25 mg/día (10 mg en ancianos), aumento lento de 25 mg cada 2-3 días, hasta un máximo de 150 mg/día.

Duloxetina:

- Útil en neuropatía dolorosa.
- Se inicia con 30 mg/día, y se aumenta a la semana a 60 mg/día.

Venlafaxina:

- 37,5 mg/día, y se aumenta a la semana a 75 mg/día (máximo: 150-225 mg/día).

3. Lidocaína tópica:

Útil en:

- Neuralgia postherpética (NPH) con alodinia.
- Neuropatía focal con alodinia.

4. Opioides en el dolor neuropático:

- Aunque el dolor neuropático no responde realmente a los opioides, estudios aleatorizados han demostrado que tienen efectos favorables.
 - Tramadol, en polineuropatías dolorosas y en NPH. 50 mg en dosis a demanda o hasta 400 mg/día en cuatro dosis.
 - Oxycodona, en neuropatía dolorosa y neuralgia postherpética.
 - Morfina, en neuralgia postherpética y en dolor de miembro fantasma.

5. Otros agentes farmacológicos:

Antagonistas de N-metil-D-aspartato, cannabinoides, capsaicina, corticoides.

SÍNTOMAS DIGESTIVOS

Dra. María Luz Diego Lourenço

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster Universitario en Cuidados Paliativos. Máster Universitario en el Tratamiento del Dolor. Médico del Centro de Salud de Vidriales. Zamora.

Cuidados de la boca

Xerostomía. Boca seca

«Sensación subjetiva de sequedad de la boca, no siempre acompañada por una disminución perceptible en el

flujo de saliva». La mayoría de los pacientes sufren de boca seca en algún momento de la fase terminal de muchas enfermedades.

Los pacientes manifiestan mal sabor de boca, alteración del gusto, dificultad para masticar y tragar (incluso con dolor), defecto en el habla, ardor y sensación de hormigueo en la lengua. Pueden presentar grietas o fisuras en las comisuras de los labios. Estos síntomas pueden contribuir a anorexia, pérdida de peso y caquexia.

Causas

1. Medicamentos:
 - Anticolinérgicos.
 - Antidepresivos y antipsicóticos.
 - Diuréticos.
 - Antihipertensivos.
 - Sedativos y ansiolíticos.
 - Relajantes musculares.
 - Analgésicos.
 - Antihistamínicos.
 - Anticonvulsivantes.
2. Quimioterapia o radioterapia (RT) de cabeza y cuello.
3. Infecciones orales (micóticas, víricas y bacterianas).
4. Deshidratación (falta de aporte, pérdidas).
5. Depresión, ansiedad.
6. Alteraciones del tejido conectivo o inmunológico.

Tratamientos

- Higiene oral cada 2 horas. Humidificar el aire.
- Chupar: cubitos de hielo, tabletas de vitamina C, agua tónica congelada.
- Masticar: chicles sin azúcar, caramelos de limón, trozos de piña y sustancias ácidas.
- Salivas artificiales* y lubricantes orales con cacao (evitar vaselina).
- Prótesis dentales que incluyan un depósito para la liberación de saliva artificial.
- Evitar el alcohol y los enjuagues bucales que lo contengan.
- Pilocarpina: 5-10 mg/8 horas, oral.
- Si existe candidiasis oral: nistatina más colutorio y tragar. Fluconazol: 100 mg/24 horas, 7-10 días.
- Si existe herpes virus: aciclovir: 800 mg/5 horas, 5 días; famciclovir: 750 mg/día, 15 días.

Xerostomía por drogas:

- Reducir dosis o cambiar el fármaco, si es posible.

- Aplicar gel fluorado para evitar daño dental.

Xerostomía por deshidratación sistémica:

- Corregir la causa.
- Aumentar el aporte de líquidos orales/hipodermoclisis/hidratación intravenosa.

***Saliva artificial en colutorio (composición por 100 ml)**

Metilcelulosa	2 g
Glicerina	10 g
Esencia de limón	1 gota
Nigapín sódico	0,1 g

Sialorrea

Aunque es poco frecuente en pacientes terminales, produce una incomodidad intensa. Altera la masticación y el habla, además de favorecer las infecciones orales (sobre todo, por *Candida albicans*) y la irritación de labios, comisuras y barbilla.

Causas

- Resecciones mandibulares.
- Recurrencias de cáncer oral.
- Dolor oral por aftas bucales.
- Irritación local, por dentaduras mal ajustadas.
- Enfermedades neuropsiquiátricas: Parkinson, epilepsia, trastornos psicóticos, esclerosis lateral amiotrófica.
- Fármacos: litio, agonistas colinérgicos, inhibidores de la colinesterasa.

Tratamiento

- Optimizar los cuidados de la boca.
- Butilbromuro de hioscina: 20-40 mg/8 horas.
- Amitriptilina: 10-15 mg, aumentando cada tres días, según el grado de sedación.
- Colirio de atropina al 1%: dos gotas/6 horas, oral.

Disfagia

La dificultad para tragar, además de por las causas expuestas más abajo, se presenta muy a menudo en los ancianos, en los niños con problemas complejos y en pacientes de salud mental.

Causas

- Cáncer, sobre todo en los de cabeza y cuello y en los de pulmón, aunque es mucho más frecuente en los

pacientes con enfermedad neurológica, como enfermedad de neurona motora, ictus, esclerosis múltiple, demencia, enfermedad de Parkinson y parálisis cerebral.

- Boca seca, candidiasis esofágica, otras infecciones esofágicas.
- Por fármacos y otros tratamientos:
 - Cirugía y RT, a corto y largo plazo.
 - Fármacos con efectos extrapiramidales: antimuscarínicos, metoclopramida, haloperidol.
 - Fármacos que aumentan el tono del esófago inferior: metoclopramida y domperidona.
 - Fármacos que modifican el tono del esófago superior: dantrolene.
 - Fármacos que lesionan la mucosa esofágica: citotóxicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Tratamiento

1. Medidas de soporte:
 - Ofrecer al paciente pequeñas porciones de alimento presentadas atractivamente.
 - Fisioterapia y terapia ocupacional para la postura, además de ayuda física.
2. Dexametasona:
 - Reduce el edema peritumoral y mejora la función neurológica en invasión tumoral perineural.
 - Alivia la parálisis bulbar causada por la invasión directa del tumor de la base del cráneo.
3. Radioterapia: en el cáncer de esófago, mejora la disfagia en > 50% de los pacientes durante unos cuatro meses.
4. Dilatación: es efectiva en las obstrucciones malignas, aunque sólo dura unas pocas semanas.
5. Otras intervenciones:
 - Láser o colocación de un *stent*.
 - Alimentación nasogástrica: es mal tolerada por los pacientes, incluso con tubos de diámetro fino; aunque no aumenta la supervivencia, puede disminuir la aspiración.
 - Gastrostomía percutánea: tiene ventajas sobre la alimentación nasogástrica, con menos aspiraciones. Las principales complicaciones son la obstrucción, las fugas y la infección local, que ocurren en un tercio de los pacientes.

Náuseas y vómitos

Son consecuencia de la interacción de estímulos excitatorios e inhibitorios de los centros cerebrales implicados:

centro del vómito, situado en el bulbo, y centro quimiorreceptor de la emesis (zona gatillo), situado en el IV ventrículo. Los principales neurotransmisores implicados en la activación de los receptores emetogénicos son:

- Dopamina, que activa el receptor D2.
- Serotonina, que activa el receptor 5-HT₃.
- Acetilcolina, que activa el receptor AcCh.
- Histamina, que activa el receptor H1.

Causas más comunes

- Digestivas: gastroparesia, gastroenteritis, gastritis, distensión intestinal, peritonitis, oclusión vascular.
- Hipertensión intracraneal: edema, tumor cerebral.
- Fármacos: opioides, antibacterianos, aspirina, carbamazepina, digoxina, hierro, mucolíticos irritantes, litio, AINE, estrógenos, teofilinas.
- Quimioterapia y radioterapia.
- Metabólicas: hipercalcemia, hipopotasemia, hiponatremia, insuficiencia renal, descompensación diabética.
- Estímulo del laberinto: mareo cinético, Meniere, tumor, infección.
- Otras causas: ansiedad, miedo, repulsión, migraña, estímulos visuales, embarazo.

Tratamiento

1. Medidas generales:
 - Ambiente tranquilo alejado de la visión y del olor de la comida; comidas ligeras y frecuentes, fácilmente digeribles y elegidas por el paciente.
 - Alimentos con bajo contenido en lípidos y fibra, y alto contenido en proteínas.
 - Hidratación oral, si es posible; parenteral, si existe deterioro general o la deshidratación es la causa de la emesis.
 - Evitar fármacos gastrolesivos o emetogénicos, así como los no imprescindibles por vía oral.
 - Utilizar la vía subcutánea (s.c.) para fármacos imprescindibles. Evitar la vía intramuscular.
2. Tratar las causas tratables: antitusígenos; antiácidos, anti-H₂, inhibidores de bomba de protones en gastritis; laxantes, en estreñimiento; dexametasona, en hipertensión intracraneal; RT, en procesos expansivos cerebrales; bifosfonatos, en hipercalcemia; insulina, en diabetes descompensada; sondaje uretral, en obstrucción urinaria; antibióticos, en infección.
3. Tratamiento farmacológico antiemético: se utilizarán distintos fármacos según el mecanismo causante.

Cuando combinamos antieméticos, debemos usar antieméticos con diferentes acciones y evitar antieméticos con acciones antagonistas.

- Emesis por estímulo vagal: por causas gastrointestinales o por tos:
 - Procinéticos: metoclopramida, 30-120 mg/día, oral, s.c. o en ISCC; domperidona, 20-120 mg/día, oral o rectal.
 - Añadir dexametasona, 4-16 mg/día, oral, s.c. o endovenoso (e.v.), si el procinético aislado es insuficiente.
 - Añadir a lo anterior hioscina butil-bromuro, 30-160 mg/día, para disminuir secreciones y/o cólicos.
 - Como alternativa, usar ondansetrón (12-24 mg/día), granisetron (5 mg/día), oral, s.c. o e.v.
- Emesis por estimulación de la zona gatillo, por quimioterapia, otros fármacos y alteraciones metabólicas:
 - Haloperidol, de elección, es el más potente a este nivel, dosis de 2-5 mg/día, oral o s.c.
 - Añadir dexametasona en las dosis antes indicadas.
 - Como alternativa, utilizar ondansetrón u otros antagonistas 5-HT₃ junto a dexametasona.
 - Más moderno es aprepitant para el control de la emesis tardía tras quimioterapia, por disminución de la respuesta a antagonistas 5-HT₃, junto a ondansetrón y dexametasona.
- Emesis por estímulo del centro del vómito o del sistema nervioso central (SNC), por patologías que afecten al SNC, causas psicológicas y RT cerebral:
 - Dexametasona, 16 mg/día, e.v., s.c., más haloperidol, 5 mg/día, s.c. o e.v.
 - Asociar benzodiazepinas en cuadros de ansiedad.

Obstrucción intestinal

«Oclusión de la luz o una disfunción funcional», debido a los daños de las estructuras que activan la propulsión del contenido intestinal.

Un retraso en el tránsito intestinal es responsable de la acumulación de secreciones no absorbidas, las cuales determinan el grado de distensión abdominal y la actividad cólica que intenta superar el obstáculo en una etapa temprana. Esta primera fase de «subobstrucción» puede ser todavía reversible.

Si no se resuelve, el intestino continúa contrayéndose con un aumento de la actividad peristáltica no coordinada, que estimula aún más la secreción intestinal de

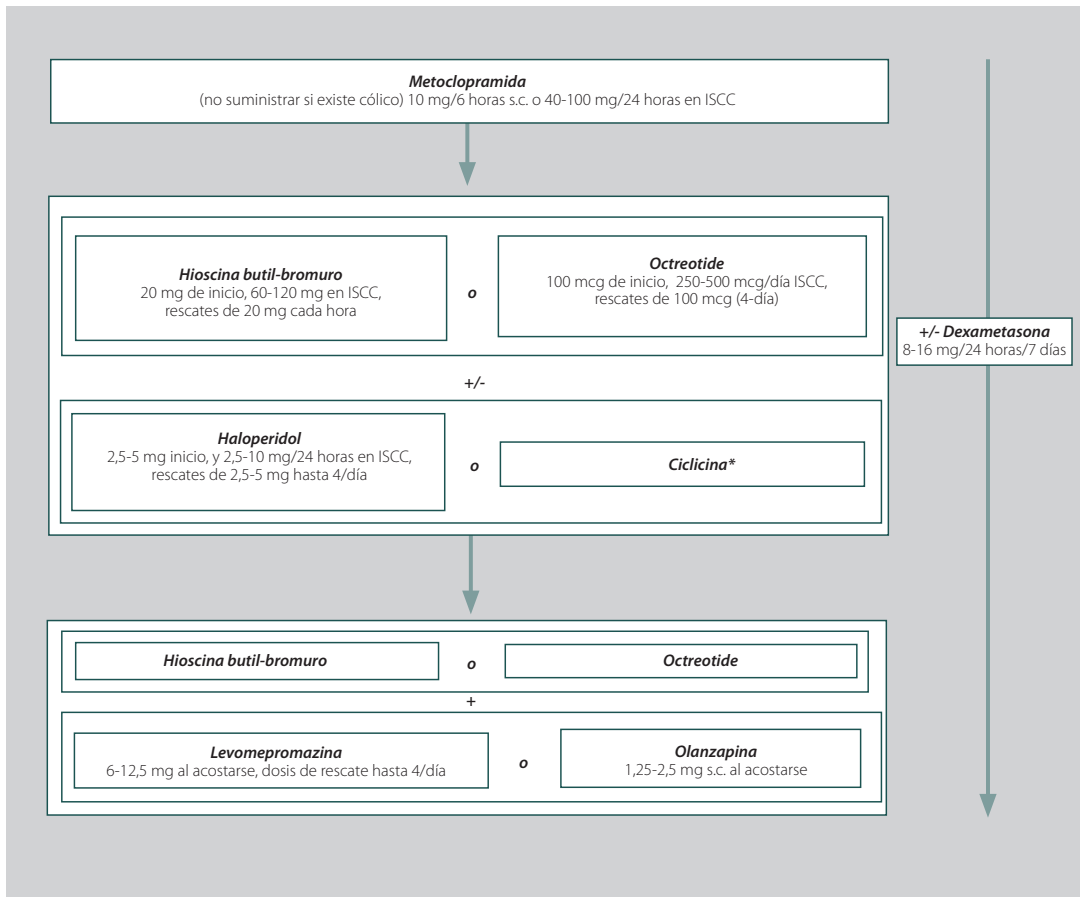
fluidos y crea así un círculo vicioso de distensión, secreción y actividad motora que empeora el cuadro clínico, caracterizado por:

- Dolor de tipo cólico, por distensión intestinal y por aumento de contracciones, o continuo, por distensión, masa tumoral o hepatomegalia.
- Náuseas o vómitos, por aumento de las secreciones intestinales de agua, sodio y cloro, debido al aumento y distensión intestinal.

Manejo paliativo

1. Medidas conservadoras: dieta absoluta, aspiración nasogástrica, hidratación intravenosa y antieméticos parenterales.
2. Manejo farmacológico (figura 1).

Figura 1. Diagrama del flujo del manejo farmacológico de la obstrucción intestinal



s.c.: subcutáneo; ISCC: infusión subcutánea continua. *No disponible en España. **Considerar el uso de opioides potentes subcutáneos para el dolor nociceptivo por distensión abdominal.

Estreñimiento

«Eliminación de heces infrecuentes o con dificultad».

Causas

Es generalmente **multifactorial** (pobre ingesta, movilidad disminuida, tratamiento con opioides).

1. Por enfermedad maligna:

- Directamente por el tumor:
 - Obstrucción intestinal: presión externa o tumor de pared intestinal.
 - Lesión de médula espinal lumbosacra, cola de caballo o plexo pélvico.
- Por efectos secundarios de la enfermedad:
 - Ingesta inadecuada, dieta baja en fibra, deshidratación.
 - Debilidad, inactividad, confusión, depresión.
 - Mal uso del baño.

2. Fármacos:

- Opioides.
- Anticolinérgicos: hioscina, fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, antiparkinsonianos.
- Antiácidos (compuestos de calcio y aluminio).
- Diuréticos en caso de deshidratación.
- Antiepilépticos (también pueden causar diarrea).

- Hierro.
- Antihipertensivos (betabloqueantes y antagonistas del calcio).
- Vincristina.

3. Enfermedades concurrentes:

- Hipotiroidismo, diabetes, hipocaliemia.
- Hernia, enfermedad diverticular, colitis.
- Rectocele, fisuras anales o estenosis, hemorroides.

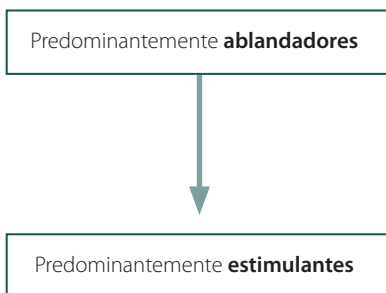
Prevención

- Fomentar la actividad física, dentro de las posibilidades del paciente.
- Ingesta de líquidos.
- Aumentar el contenido de fibra en la dieta.
- Prescribir laxantes cuando comencemos con opiáceos.
- Crear un ambiente favorable para la defecación.

Tratamiento

A pesar de la prevención, la mayoría de los pacientes en cuidados paliativos necesita fármacos laxantes, los cuales son de dos tipos: predominantemente ablandadores o predominantemente estimulantes de la peristalsis (tabla 1). En la mayoría de las ocasiones, se requiere una combinación de ambos.

Tabla 1. Laxantes orales



Lubricantes y surfactantes:

Parafina líquida, docusato sódico

Formadores de bolo fecal: metilcelulosa

Osmóticos:

- *Macrogol*

- *Lactulosa, lactitol*

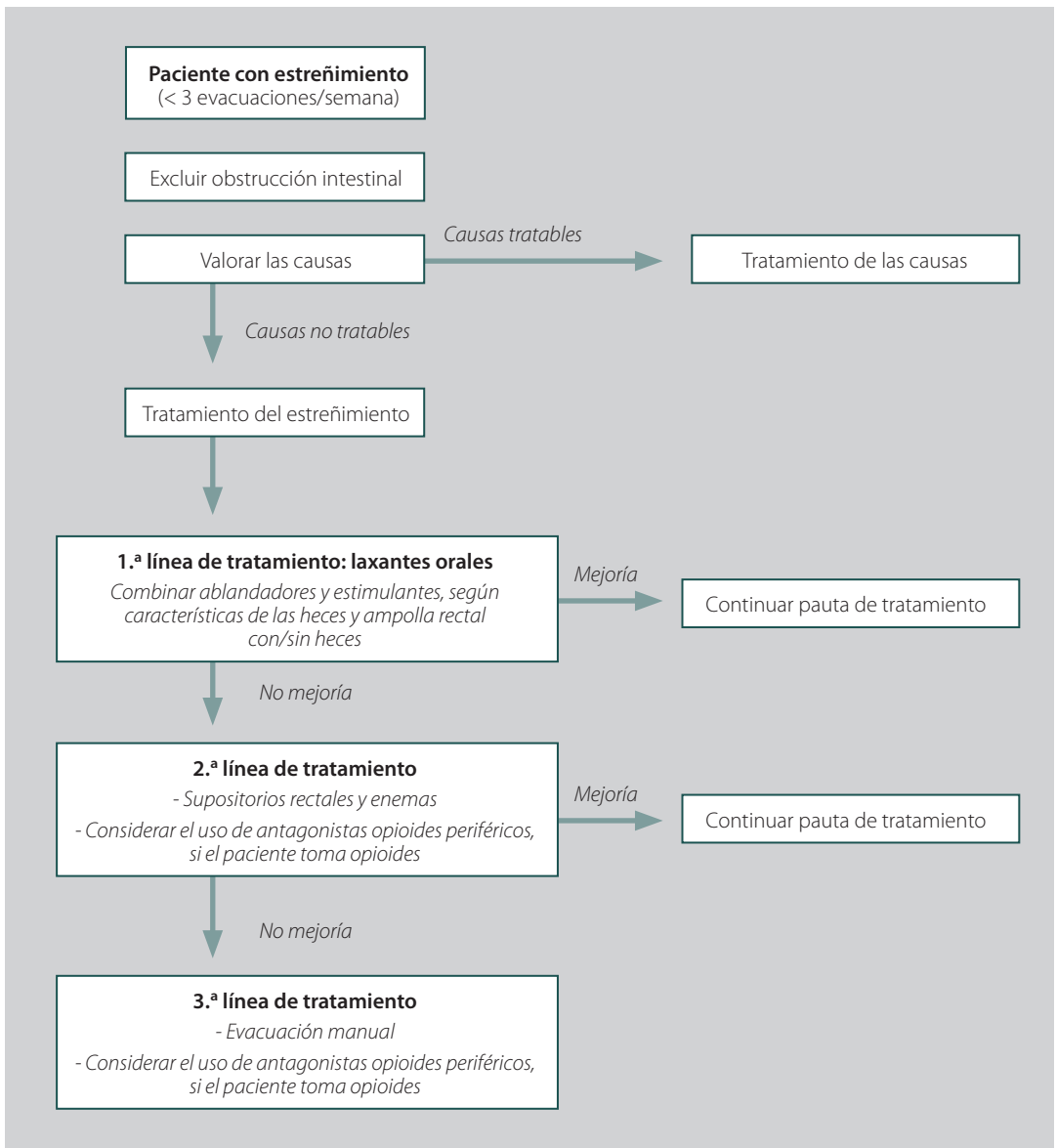
- *Salinos: hidróxido de magnesio*

Antracénicos: *senósidos*

Polifenólicos: *bisacodilo, picosulfato sódico*

Un ejemplo de manejo del estreñimiento se expone en la figura 2, en la que se escalan líneas de tratamiento según la respuesta.

Figura 2. Diagrama de flujo en el manejo del estreñimiento



Ascitis

«Acumulación de líquidos en la cavidad peritoneal, de origen maligno o no».

Características clínicas

Distensión abdominal, molestia abdominal/dolor, saciedad precoz, anorexia, dispepsia, reflujo ácido, náuseas y vómitos, falta de aliento y disnea, incapacidad para permanecer sentado y edema escrotal o de miembros inferiores.

Manejo

1. **Diuréticos:** son el pilar fundamental en la ascitis no maligna, aunque su papel es controvertido en la ascitis maligna.
 - Inicio con espironolactona, 100 mg/24 horas, dosis única; aumentar a intervalos de 3-4 días hasta un máximo de 300-400 mg/día. Puede demorarse una diuresis manifiesta hasta dos semanas. Como alternativa, se puede utilizar amilorida 5-20 mg/24 horas (inicio de acción más rápido).
 - Asociar o no furosemida (40-80 mg/día) durante el período de acumulación de espironolactona. No debe usarse la furosemida en monoterapia.
2. **Paracentesis evacuadora:** produce alivio sintomático-rápido. Es necesario mantener el volumen intravascular con albúmina, coloides o cristaloides tras la evacuación de más de 3-4 l de líquido ascítico en el paciente cirrótico. Por ejemplo: infusión de 6-10 gde albúmina por cada litro de líquido extraído, a ritmo de infusión de 1 ml/minuto. Sin embargo, no parece necesaria esta reposición en la ascitis de origen neoplásico, pues, si existe hipoprotei-nemia, ésta suele estar causada por el propio tumor más que por la ascitis.

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Dra. M.ª Teresa Martí Vilà

Médico de familia. CAP Vila Olímpica. Barcelona.

Disnea

«Molestia subjetiva de dificultad respiratoria», cuya intensidad y características el enfermo puede cuantificar. Además de la percepción del esfuerzo ventilatorio, la sensación de disnea comprende una dimensión emocional y cognitiva

en función de experiencias previas, significado, nivel de impacto, etc. Es un factor de mal pronóstico a muy corto plazo.

Puede existir disnea sin taquipnea y taquipnea sin disnea. En caso de dificultades de comunicación, el signo más evidente de disnea es el uso de la musculatura respiratoria accesoria.

Etiología

Causas pulmonares: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, enfermedades intersticiales, infecciones, broncoespasmo, neoplasias, derrame pleural, edema agudo de pulmón, etc.

Causas cardiovasculares: insuficiencia cardíaca, arritmias, cardiopatía isquémica, derrame pericárdico, síndrome de vena cava superior, tromboembolismo pulmonar.

Causas sistémicas: anemia, debilidad muscular respiratoria, elevación diafragmática, deformidades de la caja torácica, linfangitis carcinomatosa, enfermedades neuromusculares, ansiedad, etc.

Evaluación

1. Identificación de las causas subyacentes.
2. Evaluación cualitativa del síntoma.
3. Evaluación cuantitativa. Se realiza mediante distintas escalas:
 - Escala analógica visual: línea de 100 mm de longitud en cuyos extremos se sitúan «ausencia de disnea» y «la peor disnea que se pueda imaginar».
 - *Verbal scale rating*: mide la intensidad en: ninguna, ligera, moderada o grave.
 - *Cancer disnea scale*: es una escala autoaplicable que a través de 12 ítems valora la respuesta al esfuerzo, la ansiedad y el malestar.

Tratamiento

Después de tratar específicamente las causas tratables, hemos de intentar mitigar la disnea:

1. Intervenciones no farmacológicas:
 - Anamnesis biopsicosocial: instruir al paciente y a su familia en las herramientas para manejar la disnea y en el reconocimiento precoz de las crisis que requieran tratamiento específico.
 - Ejercicios para controlar la disnea: postura y posición, técnicas de respiración (labios entrecerrados, coordinación de la musculatura respiratoria), uso de ventiladores, adaptación de las actividades de la vida diaria y rehabilitación respiratoria.

- Abordaje emocional durante el episodio de disnea: técnicas de relajación, desensibilización, distracción, imaginación visual.

2. Tratamiento farmacológico:

- **Opiáceos**, por vía oral o parenteral, pueden aliviar la disnea:
 - Morfina 2,5-5 mg/4 horas por vía oral.
 - Oxycodona 2,5-5 mg/4 horas por vía oral.

En pacientes que ya tomaban morfina para el control del dolor se aconseja aumentar la dosis hasta un 50%. No altera los parámetros gasométricos ni de función pulmonar. Los efectos adversos son los habituales: somnolencia, náuseas, vómitos, mareo y estreñimiento.

- **Ansiolíticos**:
 - Lorazepam: 0,5-1 mg/4-12 horas por vía oral.
 - Diazepam: 5-10 mg/12 horas por vía oral.
 - Clorpromazina: 25 mg/24 horas por vía oral. Tiene también efecto sedante.
 - Prometazina: 25 mg/8-12 horas por vía oral.
- **Corticoides**: útiles en la disnea en determinadas situaciones: EPOC, asma, obstrucción de la vía aérea de causa tumoral o linfangitis carcinomatosa:
 - Dexametasona: 2-4 mg/6-8 horas por vía oral.
 - Prednisona: 10-40 mg/24 horas por vía oral.
 - Metilprednisolona: 4-8 mg/8 horas por vía oral.

3. Oxigenoterapia, aunque no está demostrado que alivie la sensación de disnea en los pacientes sin hipoxemia.

4. Otros tratamientos:

- Toracocentesis evacuadora.
- Pleurodesis química.

5. Si la disnea no responde a los tratamientos, se puede sedar al paciente para evitar que se dé cuenta de que muere asfixiado. Se utilizará midazolam subcutáneo (s.c.) en bolo de 5-20 mg inicial y se continuará con bolos sucesivos o en infusión continua s.c. con una dosis total en 24 horas de 60 mg.

La aparición de estertores y respiración ruidosa es muy habitual en los últimos días y se hace muy desagradable para los familiares, que tienen la sensación de que el paciente «se ahoga». Hay que explicar el origen del sonido y que no equivale a disnea. Los estertores se alivian o desaparecen con la posición en decúbito lateral; la aspiración no es útil, ya que las secreciones no son accesibles a la sonda; puede usarse hioscina butil-bromuro,

20 mg s.c. inmediatamente, 20-60 mg/24 horas s.c., y 20 mg cada hora de rescate, si se precisa.

Tos

Es un mecanismo fisiológico de defensa que provoca la expulsión súbita, ruidosa y violenta de aire de los pulmones como respuesta refleja o voluntaria a la irritación de las zonas túsígenas. Es un síntoma frecuente y en el paciente paliativo el problema aparece cuando la tos deja de tener función protectora.

Causas

- Por un proceso de irritación traqueal, pleural, bronquial, pericárdico o del diafragma.
- Debidas al tratamiento: fibrosis por radioterapia.
- Otras: infecciones, asma, EPOC, tabaco.

Tratamiento

Dependerá del tipo de tos y de la situación individual del paciente.

1. Tratamiento no farmacológico:
 - Humidificación del aire inspirado.
 - Educación de cómo toser eficazmente.
 - *Clapping*.
 - Hidratación.
 - Limitar el uso de la aspiración, ya que es muy traumático.
2. Tratamiento farmacológico:
 - Mucolíticos no irritantes (*N-acetil-cisteína*).
 - Antitusígenos:
 - Dextrometorfano: 15-30 mg/8 horas.
 - Dihidrocodeína: 30-60 mg/12 horas.
 - Morfina rápida: 5-20 mg/4 horas.
 - Morfina retardada: 10 mg/12 horas.
 - Hioscina: 0,3-0,6 mg/4 horas para disminuir las secreciones.

En el caso de tos resistente a los diferentes antitusígenos, algunos autores recomiendan el uso de anestésicos nebulizados como bupivacaína o lidocaína.

Hipo

Frecuente en pacientes terminales. Es un reflejo respiratorio patológico caracterizado por la contracción espasmódica, súbita e involuntaria del diafragma que

da lugar a una inspiración rápida asociada con un cierre brusco de la glotis. Se habla de hipo agudo si dura menos de 48 horas, persistente si dura más de 48 horas e intratable si dura más de dos meses.

Causas

Se produce por estimulación directa de los nervios frénico y vago y por acción del sistema nervioso central por:

- Tumores abdominales, mediastinitis o cerebrales.
- Enfermedades neurodegenerativas.
- Reflujo esofagogástrico.
- Efectos de los tratamientos: dilatación gástrica, cirugía abdominal.
- Efectos secundarios de fármacos: corticoides, opiáceos.
- Procesos intercurrentes: infecciones.

Tratamiento

1. En el caso de hipo transitorio, se pueden emplear técnicas elementales encaminadas a inhibir el reflejo: apnea forzada, estimulación faríngea, hiperextensión cervical, compresión del nervio frénico a su paso por el cuello.
2. Sonda nasogástrica, que disminuye la secreción gástrica y corta el reflejo por su acción irritante sobre la faringe.
3. Reducir la distensión gástrica:
 - Metoclopramida 10 mg/4-8 horas por vía oral. Favorece el vaciamiento gástrico.
 - Antiflatulentos (dimeticona: 10 mg oral, cuatro veces al día).
 - Inhibidores de la bomba de protones, lansoprazol, 30 mg al día.
4. Supresión central del reflejo del hipo:
 - Clorpromazina: 10-25 mg oral o intravenoso (i.v.) (produce sedación e hipotensión); mantenimiento con 25-50 mg/tres veces al día.
 - Valproato sódico: 200-500 mg por vía oral, al acostarse (en caso de tumor cerebral).
 - Dexametasona: 2-4 mg/6-8 horas por vía oral o s.c., si existe tumor cerebral.
 - Baclofeno: 5-10 mg/12 horas hasta 20 mg/8 horas, si se precisa; también, como relajante muscular.
 - Gabapentina: 300-600 mg/8 horas.

- Haloperidol: 5-10 mg oral o i.v. y mantenimiento con 3 mg por la noche.

5. Relajantes musculares:

- Nifedipino: 10 mg oral o sublingual; mantener con 20 mg/8 horas, incluso mayor dosis.
- Midazolam: 2 mg i.v., seguido de aumentos de 1-2 mg cada cinco minutos. Mantener con 10-60 mg/24 horas en infusión s.c. continua en los últimos días de vida.

Hemoptisis

Es la emisión de sangre de color rojo vivo, mezclada con la expectoración procedente del árbol traqueo-bronquial o de los pulmones.

Nos referimos aquí a la hemoptisis leve-moderada < 200 ml en 24 horas.

La hemoptisis masiva (> 200 ml en 24 horas) es una urgencia paliativa (ver tratamiento en el capítulo de urgencias paliativas).

Siempre que sea posible, el abordaje ha de ser etiológico.

Medidas generales

- Mantener la calma.
- Utilizar toallas de color para disminuir el impacto visual de la sangre.
- Colocar al enfermo en decúbito lateral sobre el lado sangrante o sentado.

Medidas farmacológicas

- Retirar los AINE en los pacientes que los estén tomando.
- Tratar la tos con antitusígenos.
- Antifibrinolíticos: ácido aminocaproico 5-10 mg/4-6 horas por vía oral o tranexámico 1 g/8 horas por vía oral.
- Dexametasona 4 mg/24 horas.
- Radioterapia paliativa con intención hemostática. Es eficaz en un 80% de los casos. La braquiterapia está indicada en los casos de lesiones endoluminales, en pacientes que ya han recibido dosis máxima de radioterapia externa.

SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS

Dr. Carlos Enrique Monera Olmos

Médico de familia. Coordinador de Salud Mental. Hospital Vinalopó Salud. Elche-Crevillente.

Delirium

El delirium es de etiología multifactorial, inicio brusco y curso fluctuante. Se denomina también síndrome confusional agudo.

Si el paciente terminal está en su domicilio, causa una gran alteración del equilibrio familiar. La familia explica al médico que de modo brusco, en horas, el paciente ha tenido un empeoramiento y está muy raro. El médico se encuentra con un paciente encamado, somnoliento o aletargado (delirio hipoactivo) o bien con un paciente agitado, irritable, delirante e inquieto (delirio hiperactivo). Otras veces, los síntomas varían entre el «amodorramiento» y la agitación (delirio mixto), que empeora por la noche.

Diagnóstico

- Alteraciones de la conciencia: desconectado del ambiente, somnoliento, aletargado.
- Alteraciones en la cognición: desorientado en tiempo y espacio, puede perder sus propias referencias corporales; discurso incoherente, pensamiento desorganizado.
- Alteraciones en la percepción: puede referir que ve objetos o sombras moviéndose, que tiene pesadillas terroríficas, que no puede dormir, que entran animales en su habitación, que oye voces, etc.

Manejo

1. Anamnesis y exploración física:
 - Antecedentes personales de depresión, demencia o psicosis; evaluaremos si hay relación con estos cuadros.
 - Para la exploración cognitiva utilizaremos el Mini Examen Cognoscitivo. Es un instrumento rápido y fiable.
 - Algunos medicamentos pueden haber precipitado el delirio: benzodiazepinas, antidepresivos, opioides, anticolinérgicos. Habrá que ajustar la dosis o retirarlos.
2. Actuar frente a la causa etiológica:
Descartar infección, impactación fecal, deshidratación,

hipercalcemia, alteraciones en la administración de la medicación, síndromes de abstinencia, consumo de algún tóxico, cirugía reciente, tratamiento con digoxina, antidepresivos benzodiazepinas, fármacos con acción anticolinérgica.

3. Medidas generales:
 - Tranquilizar a la familia y explicarle la gravedad del cuadro clínico. Disminuir la ansiedad familiar transmitiendo serenidad, tranquilidad y la seguridad en el seguimiento.
 - Evitar accidentes: usar correas de sujeción o protección.
 - Garantizar al paciente la hidratación, la alimentación y la evacuación.
 - Adecuada ventilación, temperatura, iluminación e higiene de la habitación y del entorno en general. Evitar sobrecargas acústicas y cambios en el entorno.
 - Proporcionar recomendaciones sobre supervisión del paciente respecto a su seguridad, su entretenimiento, su higiene, la necesidad de afecto, la administración de la medicación, la prevención del riesgo de suicidio.
4. Fármacos: el objetivo es sedar al paciente y disminuir su agitación.
 - De primera elección es haloperidol 5-15 mg por vía oral o subcutánea (s.c.). Doblar la dosis a los 30 minutos, si no hay respuesta. Dosis de mantenimiento de 2-5 mg/24 horas.
 - Otra opción es levomepromazina 25-50 mg por vía oral o s.c.; buena sedación, pero con hipotensión como efecto secundario.
 - En caso de necesitar sedación más rápida, midazolam 5-15 mg s.c.

Ansiedad

Suele ser reactiva y acompañada casi siempre de clínica depresiva, por lo que el tratamiento y abordaje debe estar combinado.

Manifestaciones clínicas

- Palpitaciones, opresión torácica, sensación de ahogo y falta de aire o atragantamiento.
- Inquietud, temblores, hormigueos, escalofríos, sudoración anormal, sofocaciones.
- Náuseas, vómitos, flatulencias.

Tratamiento

- De urgencia: administrar benzodiazepinas, por ejemplo, lorazepam 1 mg o diazepam 5 mg por vía oral o sublingual.
- Comprobar que existe un abordaje previo para los síntomas que generan mucha ansiedad: dolor, disnea, disfagia, estreñimiento, insomnio, depresión, enfermedades endocrinas.
- Identificar acontecimientos vitales estresantes. Cualquier disfuncionalidad en estas cuestiones puede producir ansiedad (también depresión) al paciente.

Medidas generales

- Psicoterapia de apoyo.
- Actitud de respeto, el trato con el paciente: estar cerca de él, pero sin agobiarle.
- Manejar bien el lenguaje no verbal: sonreír, tocar amigablemente al paciente.
- Disminuir la ansiedad familiar transmitiendo serenidad, tranquilidad, seguridad, y garantizar que se acudirá a visitar al paciente ante cualquier demanda justificada.
- Siempre transmitir esperanza.

Depresión

La depresión clásicamente ha sido considerada una de las fases de adaptación a la enfermedad. Algunas patologías y procedimientos se asocian con más facilidad a la depresión: dolor, demencia, cáncer de páncreas, hipo o hipertiroidismo, alcoholismo, radioterapia, quimioterapia, corticoides.

Clínica depresiva

- Pérdida de atención e interés por las cosas, abandono, desgana, pérdida de energía, tristeza, llanto.
- Ideas de negación y rabia y proyección de la culpa, frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes.
- Ideas negativas, de muerte o de suicidio, gestos suicidas. Los enfermos con enfermedad terminal tienen un índice de suicidio diez veces superior a la población normal.
- Alteraciones en la alimentación y en el ritmo del sueño.

Manejo de la depresión

1. Medidas generales:
 - Psicoterapia de apoyo y acompañamiento.
 - Transmitir esperanza.
 - Si fuera necesario, solicitar consejo a profesionales especializados.
2. Medidas farmacológicas:
 - Antidepresivos: si el paciente padece insomnio o tiene ansiedad generalizada, administramos un antidepresivo por la noche que le produzca sedación, como la mianserina o la mirtazapina. Si el paciente precisa ser activado vitalmente, optamos por el citalopram, el escitalopram o la paroxetina en las dosis recomendadas, siempre teniendo en cuenta los efectos secundarios del antidepresivo y las patologías de base del paciente.
 - Psicoestimulantes como el metilfenidato, ante expectativa vital muy limitada, por el rápido inicio de acción.

SÍNTOMAS Y SÍNDROMES GENERALES

Dra. M.^a Asunción Gracia Aznar

Médico de familia. Centro de Salud Alagón. Zaragoza.

Anorexia y caquexia

Ambos son síntomas que generan un importante impacto emocional tanto en el paciente como en la familia, por lo que es necesario explicar su naturaleza y las limitaciones en su tratamiento.

Causas

La causa principal es la propia carga tumoral, pero también influyen el miedo al vómito, la saciedad precoz, la disfunción autonómica, el estreñimiento, el dolor y la fatiga, las alteraciones en la boca, la hipercalcemia, la ansiedad y la depresión, y los efectos secundarios del tratamiento.

Tratamiento

1. Medidas generales:
 - Preparación adecuada de los alimentos.
 - Porciones pequeñas de alimentos.

2. Tratamiento farmacológico:
- Dexametasona: 4-8 mg/día. Su efecto, generalmente, dura unas pocas semanas.
 - Progestágenos: acetato de megestrol, inicialmente 80-160 mg por vía oral todas las mañanas; si hay poca respuesta, doblar la dosis a las dos semanas, con una dosis máxima aproximada de 800 mg/día.
 - En los pacientes con saciedad precoz, debemos considerar la utilización de procinéticos.

la mañana y 5 mg por la tarde; actúa rápidamente, aunque puede alterar el sueño y producir ansiedad. Modafinilo, en dosis de 100-200 mg/día por vía oral, está indicado en narcolepsia; se utiliza ya en astenia de enfermedad avanzada y con éxitos probados en pacientes con esclerosis múltiple y astenia.

- Progestágenos: acetato de megestrol con dosis de hasta 480 mg/día, aunque necesita hasta cuatro semanas para ser efectivo.
- Testosterona, en pacientes con niveles de testosterona bajos. Se utiliza parche o gel transdérmico de testosterona.

Astenia, debilidad y fatiga

Entendemos por astenia al cuadro de cansancio ante mínimos esfuerzos, disminución de la capacidad funcional, sensación de debilidad, disminución de la capacidad de concentración, alteración de la memoria y labilidad emocional.

Causas

Los factores que favorecen la astenia en los pacientes con enfermedad avanzada son muy variados:

- El propio tumor, que provoca un «síndrome constitucional» con astenia, anorexia y adelgazamiento. Guarda relación con el grado de evolución de la enfermedad tumoral.
- Causas comunes a otras enfermedades crónicas: dolor, anemia, malnutrición, estrés, etc.
- Causas comunes al resto de la población: somatización, infecciones, alteraciones endocrinas, etc.

Tratamiento

- Debe abarcar, en la medida de lo posible, todos los factores que provocan la astenia.
- Está probado el beneficio de la rehabilitación física o, en su defecto, de ejercicio físico tolerable, sobre todo en pacientes que reciben quimioterapia, aunque no parece tan efectivo en los pacientes con enfermedad avanzada.
- Tratamiento farmacológico:
 - Tratar y prevenir la anemia.
 - Corticoides, con duración limitada del efecto, por lo que se recomiendan en pacientes con esperanza de vida inferior a cuatro semanas. Dexametasona (4-8 mg/ día, por vía oral o subcutánea [s.c.]), prednisona (20-40 mg/día, por vía oral).
 - Psicoestimulantes: metilfenidato, 5-10 mg por

Deshidratación/hidratación

La hidratación no es un objetivo en sí mismo en la atención de los enfermos terminales. El uso fraccionado de líquidos (agua, infusiones, etc.), unido a los cuidados de la boca frecuentes, es muy eficaz. La sensación de sed asociada a la sequedad de boca debida a la enfermedad o al tratamiento (radiación, morfina, etc.) responde mejor a este tipo de cuidados que a la hidratación oral o parenteral forzada.

La vía oral es de elección para el aporte de líquidos; siempre que se pueda, debe evitarse el uso de la vía parenteral, ya que la administración de líquidos por esta vía requiere una valoración individual y hay que sopesar las ventajas y los inconvenientes. Esta valoración debe incluir las expectativas sobre la administración de fluidos del paciente y su familia.

Si se opta por la rehidratación parenteral, puede considerarse en primer lugar la vía s.c., siempre que se cuente con los medios necesarios y personal adecuado. La hipodermocclisis requiere soluciones salinas y de electrolitos, y se puede administrar de forma continuada durante 24 horas a 40-60 ml/hora, nocturna a 80 ml/hora o mediante infusión en bolos de 500 ml/hora de dos a tres veces al día.

Fiebre

La presencia de fiebre en ausencia de infección es frecuente en tumores avanzados, y en especial en los hematológicos.

La fiebre de origen tumoral está relacionada con mecanismos de hipersensibilidad, producción de pirógenos, citocinas y factor de necrosis tumoral.

Puede ser cíclica y aparecer en algún momento del día, o intermitente y alternar con períodos afebriles de días o semanas.

La respuesta a naproxeno 500 mg/12 horas por vía oral se considera diagnóstico de fiebre tumoral en los pacientes con cáncer avanzado.

Se debe hacer una buena anamnesis y exploración física del paciente y de todas las posibles puertas de entrada, sin olvidar revisar todos los fármacos que esté tomando, para descartar una posible causa tratable.

En casos de pacientes muy avanzados, debemos plantearnos el tratamiento empírico, en lugar de hacer una investigación muy exhaustiva que puede incomodar mucho al paciente, sin aportarle un beneficio.

Tratamiento

Medidas generales

- Medidas físicas: paños tibios.
- Retirar la ropa de abrigo.
- Ambiente fresco.
- Cambio frecuente de sábanas.
- Aporte de líquidos para mantener una adecuada hidratación.

Tratamiento farmacológico

- El paracetamol como antipirético será de primera elección por presentar pocos efectos secundarios.
- Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) actúan bloqueando la síntesis de prostaglandinas, vía final de la producción de fiebre. El naproxeno (250 mg/12 horas), indometacina 25 mg/12 horas por vía oral y metamizol 500 mg por vía oral durante unos días suprimen la fiebre neoplásica. No tienen acción en la fiebre de origen infeccioso.
- Antibióticos: sólo deben utilizarse en caso de sospecha de infección. A veces el origen puede estar en úlceras por presión (UPP).
- Corticoides: suprimen la fiebre de origen neoplásico y la infecciosa, aunque no se conoce bien su mecanismo de acción. Se han de utilizar en caso de que no se controle bien con las medidas anteriores. Dexametasona 4-8 mg/24 horas por vía oral.

Trastornos del sueño

Nos vamos a referir principalmente al insomnio, ya que es un síntoma muy frecuente en los pacientes con cáncer.

Causas

Sus causas son múltiples; las principales son:

- Control deficiente de otros síntomas como dolor, vómitos, ansiedad, nicturia, etc.
- Fármacos estimulantes (esteroides, antidepresivos, cafeína, etc.).
- Trastornos psiquiátricos, entre ellos, el miedo del paciente a «dormirse definitivamente».

Tratamiento

1. Tratamiento no farmacológico:
 - Control de estímulos y del horario del sueño.
 - Técnicas de relajación.
 - Considerar el posible componente espiritual del trastorno del sueño.
2. Tratamiento farmacológico:
 - Se utilizan benzodiazepinas, imidazopiridinas (zolpidem), neurolépticos (haloperidol, levomepromazina) y antidepresivos (mirtazapina).
 - Diazepam es efectivo en tratamientos cortos y cuando se precise un efecto ansiolítico prolongado, pero no se recomienda en ancianos y en pacientes muy frágiles, porque produce rápidamente somnolencia y torpor.
 - Para conciliar el sueño, lorazepam es una buena opción (1-2 mg).
 - Si existe ansiedad, se debe utilizar alprazolam o diazepam.
 - En casos de ansiedad, insomnio y agitación, puede usarse midazolam s.c. o endovenoso, con 2,5-5 mg de inicio y continuar con 7,5 mg/día, en infusión continua s.c. de mantenimiento.
 - Si existe ansiedad o depresión, mirtazapina es una buena alternativa, en dosis de 15-30 mg/día por vía oral.
 - En trastornos mentales y delirio se debe utilizar haloperidol, en dosis de 0,5-2 mg por vía oral, s.c. o i.v. También se puede utilizar risperidona en dosis de 0,5-2 mg por vía oral.

SÍNTOMAS GÉNITO-URINARIOS

Dra. M.ª Asunción Gracia Aznar

Médico de familia. Centro de Salud Alagón. Zaragoza.

Disuria

Se define como dolor o escozor con la micción. Puede ser secundaria a una infección urinaria, invasión tumoral, cistitis secundaria a radioterapia o quimioterapia, litiasis uretral, cuerpos extraños o espasmos vesicales.

Tratamiento

- Tratar la causa: resección transuretral en tumores que infiltran vejiga; tratamiento antibiótico (trimetropin-sulfametoxazol, amoxicilina-ácido clavulánico o una quinolona).
- Alcalinizar la orina con citrato potásico: 2,5g/8-12 horas.
- Fármacos anticolinérgicos: tolterodina 2 mg/12 horas, oxibutinina 5-10 mg/8 horas.
- Bloqueantes alfa-adrenérgicos (tamsulosina, terazosina, afluzosina): 1 comprimido después de cada sesión de radioterapia, si existe relación con ella.
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (disminuyen la sensibilidad del músculo detrusor): naproxeno a 500 mg/12 horas o ibuprofeno a 400-600 mg/6 horas.

Espasmo vesical

Cuadro caracterizado por la aparición de dolor intenso suprapúbico intermitente, que se produce por espasmo del músculo detrusor de la vejiga. Puede deberse a crecimiento tumoral intra o extravésical, sondaje vesical, ansiedad, cistitis postradioterapia, infección urinaria y estreñimiento.

Tratamiento

- Tratar según la etiología: antibióticos en las infecciones urinarias, laxantes en el estreñimiento, cambio de la sonda urinaria o disminución del inflado del balón.

- Analgésicos urinarios: fenazopiridina 150-200 mg/8 horas.
- Hioscina, hioscina más dipirona 1-2 grageas o 1 supositorio 3-5 veces al día.
- Antiespasmódicos urológicos: tolterodina, oxibutinina.
- AINE.

Hematuria

Se produce hematuria con frecuencia en pacientes con neoplasias de las vías urinarias, aunque también puede ser secundaria a una infección urinaria, traumatismo, neuropatía o al tratamiento oncológico (cistitis secundaria a la radioterapia o la quimioterapia).

En su tratamiento es necesario descartar la existencia de infección urinaria mediante el cultivo de orina; otras posibilidades terapéuticas son:

- Forzar la diuresis y antibioterapia si existe síndrome miccional acompañante.
- Sondaje uretral con sonda de tres vías y lavado vesical con suero fisiológico por si existen coágulos en la vejiga.
- Utilización de fibrinolíticos como el ácido tranexámico o el aminocaproico por vía oral.
- Otras posibilidades que se han de valorar son la instilación de aluminio o nitrato de plata en la vejiga.

Tenesmo urinario

Es el deseo constante de orinar, que se realiza en forma de goteo. Es preciso descartar infecciones, estreñimiento o fármacos (fenotiacinas, haloperidol), infiltración tumoral de vejiga/uretra y causas neurológicas (compresión medular y plexopatía sacra).

Su tratamiento paliativo se realiza con alfa-bloqueantes (prazosina 0,5-1 mg/8-12 horas) y anticolinesterásicos (piridostigmina 1 comprimido/24 horas).

SÍNTOMAS DE LA PIEL

Dra. Rosa Díez Cagigal

Médico de familia. Máster Universitario en Medicina Paliativa. Médico del Equipo de Cuidados Paliativos, Área del Hospital de Laredo. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de Semergen.

Úlceras por presión

Las UPP son áreas de necrosis focales causadas por insuficiencia vascular en las zonas sobre las que se ejerce una presión o una fricción mantenida.

Este tipo de lesiones se presenta con frecuencia en el enfermo al final de la vida como consecuencia del deterioro físico que impide la movilización, de la desnutrición y de la presión mantenida sobre la misma zona. Las UPP son un signo más del deterioro general del paciente.

Es importante hacer una valoración integral en la que, además de la úlcera, se tenga en cuenta el contexto en el que aparece.

La prevención es fundamental, pues una vez que aparecen será muy difícil curarlas.

Medidas preventivas

- Valorar el riesgo de que aparezcan. Para ello, se emplean escalas específicas (Bradem, Norton).
- Cambios posturales cada 2-4 horas, si la situación general del paciente lo permite.
- Higiene e hidratación de la piel.
- Aplicar crema barrera en zonas próximas a exudados o a incontinencia.
- Valoración diaria de la piel para detectar puntos enrojecidos. La aplicación sobre ellos de ácidos grasos hiperoxigenados una o dos veces al día ha demostrado su eficacia en la prevención.
- Masaje suave en las zonas de prominencia ósea, tras el aseo diario, para favorecer la circulación y disminuir la presión. Evitar masajes en los puntos de presión ya enrojecidos.
- Espumas de poliuretano en zonas de presión.
- Hidrocoloides en zonas de fricción.
- Protección de las zonas de más riesgo mediante almohadas, cojines, botines.

- Desaconsejar el uso de flotadores y rodetes.
- Colchones de aire alternante.
- Cambio frecuente de sábanas y pijamas, para evitar el exceso de humedad. Evitar los pliegues y arrugas.
- Mantenimiento de la mejor nutrición posible. Administrar nutrición enteral si fuera preciso.
- Adiestramiento de la familia y los cuidadores en el manejo del paciente al final de la vida.

Clasificación

La clasificación de las UPP se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de las úlceras por presión

Grado I	Piel íntegra. Eritema que no desaparece con la presión. Aumento de la temperatura y edema.
Grado II	Pérdida parcial del espesor de epidermis y dermis. Aspecto de abrasión, ampolla o cráter poco profundo.
Grado III	Dermis totalmente afectada, tejido subcutáneo y fascia muscular. Riesgo de infección.
Grado IV	La lesión se extiende hasta el músculo, el hueso o las estructuras adyacentes, el tendón o los nervios. Puede haber cavernas y trayectos fistulosos.

Tratamiento

En algunas ocasiones, a pesar de las medidas preventivas, la situación de encamamiento y deterioro progresivo del paciente provoca la aparición de UPP de una forma casi inevitable.

Los objetivos terapéuticos que nos planteemos tienen que ser acordes a la situación global. Así, ante un paciente paliativo muy avanzado y con múltiples factores de riesgo, el objetivo no podrá ser la curación de la úlcera, sino el mantenerla limpia, sin dolor ni olor y evitar, en la medida de lo posible, su progresión.

Medidas generales

- Mantener limpia y protegida la piel.
- Evitar desbridar. Si fuera necesario, es preferible un desbridamiento autolítico o químico.

- **Tratar el dolor:**
 - Analgesia pautada y dosis extra 30 minutos antes de la cura.
 - Analgesia local con lidocaína al 2-5% o gel de morfina (1 mg de morfina por 1 g de hidrogel) 30 minutos antes de la cura.
- **Tratar el olor:** apósitos de alginato cálcico o de carbón activado, metronidazol en gel al 0,75%, fórmula magistral de metronidazol al 5% = 4 g de metronidazol en 40 g de vaselina filante más 40 g de vaselina líquida.
- **Evitar exudados:** seleccionar apósitos que permitan distanciar las curas. Apósitos de hidrofibra o alginato cálcico, apósitos hidrocoloideos o hidrocelular.
- Los antibióticos sólo se utilizarán en caso de sospecha de infección (metronidazol 500 mg/ 8 horas por vía oral).
- No hay evidencia de la superioridad de un tipo de apósito para el tratamiento de las UPP.

Medidas específicas dependiendo del grado de la úlcera por presión

Las medidas específicas dependiendo del grado de la úlcera por presión se detallan en la tabla 2.

Tabla 2. Medidas específicas según el grado de la úlcera por presión

En las UPP de grado I	<p>Para la limpieza, hacer lavado de arrastre con suero fisiológico con jeringa y aguja e.v. Secar la piel sin ejercer presión con suaves toques con gasa. Aplicar AGH. Colocar apósitos preventivos: espumas de poliuretano o apósitos de hidrocoloideos. Protección y alivio de la presión de las zonas de más riesgo: talones, tobillos, codos, rodillas y zona sacra.</p>
En las UPP de grado II	<p>Limpieza y secado como en el apartado anterior. Evitar romper las vesículas. Apósitos hidrocoloideos para absorber el exudado y evitar la contaminación. Protección de las zonas de riesgo.</p>
En las UPP de grado III-IV	<p>Si son ligera-moderadamente exudativas: Limpieza y secado. Si fuera necesario, realizar desbridamiento autolítico o químico. Hidrogeles, espumas de poliuretano e hidrofibra de hidrocoloide. Protección de las zonas de riesgo.</p> <p>Si son muy exudativas: Combinar alginato cálcico con espumas (hidrocelulares, hidropoliméricos, silicona). Combinar hidrofibra de hidrocoloide con espumas de poliuretano.</p> <p>Si hay cavidad: Introducir hidrofibra de hidrocoloide o alginato cálcico en 3/4 de la cavidad para aumentar la absorción del exudado, con espumas de poliuretano de apósito secundario.</p> <p>En lesiones sangrantes: Alginato cálcico, apósitos hemostáticos de fibrina, antifibrinolíticos (ácido aminocaproico y tranexámico); aplicar el contenido de las ampollas directamente sobre la lesión.</p> <p>Ante sospecha de infección: Apósitos de plata en malla de carbón activado, antibióticos tópicos (sulfadiacina argéntica, mupirocina, gentamicina, metronidazol).</p>

Úlceras tumorales

Aparecen al infiltrar la piel las células tumorales y proliferar en ella. Pueden provenir de un tumor primario de piel avanzado o de otro tipo de tumor que la invade e infiltra al crecer, por metástasis o por implantación de células tumorales en una cirugía o en la realización de un procedimiento invasivo.

Los tumores que con más frecuencia metastatizan en la piel son: mama (el más frecuente), cabeza y cuello, riñón, pulmón, ovario, colon, pene, vejiga, linfoma y leucemia.

Clínica

- Mal olor por infección secundaria o por colonización de anaerobios del tejido necrótico.
- Exudación por la anormal permeabilidad capilar.
- Dolor por compresión o invasión de los vasos y nervios.
- Hemorragia por la friabilidad del tejido.
- Afectación psicológica y alteración de las relaciones sociales.

Tratamiento

Medidas generales

- Recordar que el objetivo principal del tratamiento es promover el bienestar del paciente y su calidad de vida, a la vez que se mantienen su autonomía y sus relaciones sociales.
- El tratamiento de las úlceras tumorales dependerá, fundamentalmente, del estadio de la enfermedad.
- En lesiones desfigurantes, se debe cuidar especialmente la colocación de los apósitos.
- No hay que olvidar el gran impacto que produce este tipo de úlceras en el entorno social del paciente. Los cuidados paliativos en el domicilio llevan aparejados que en algún momento la familia tenga que asumir la cura de las lesiones.

Tratamiento específico

- Radioterapia. Puede disminuir la lesión, el exudado, el riesgo de sangrado y el dolor.
- Quimioterapia en los casos que esté indicada.
- Hormonoterapia para los tumores hormonosensibles.
- La cirugía con reconstrucción, siempre que sea viable, va a eliminar durante un tiempo la lesión, pero va acompañada de muchas posibles complicaciones por la presencia de tejido tumoral subyacente y el alto riesgo de hemorragia.

Tratamiento de las úlceras

- Facilitar un ambiente tranquilo, bien ventilado a la hora de la cura.
- La frecuencia de las curas dependerá del mal olor y del exudado, cada 12-24 horas.
- Tratar el dolor que puede producir la cura con analgesia extra unos 30 minutos previos a ella.
- Hay que ser muy cuidadosos en la retirada de los apósitos y en la limpieza para evitar que sangre. No se debe frotar ni friccionar.
- En tejidos friables tendentes al sangrado, hay que irrigar con ampollas de antifibrinolíticos.
- Si hay riesgo de sangrado ligero, utilizar apósitos de tul para que las gasas no se adhieran.
- Si sangra, colocar esponja hemostática, que no es necesario retirar en las siguientes curas, dar toques con barrita de nitrato de plata, irrigar con antifibrinolíticos, apósitos de alginato cálcico.
- En caso de infección, tratamiento antibiótico sistémico (metronidazol 500 mg/8 horas por vía oral).
- Tratar el mal olor con apósitos de alginato cálcico o de carbón activado, metronidazol en gel al 0,75%, fórmula magistral de metronidazol al 5% = 4 g de metronidazol en 40 g de vaselina filante más 40 g de vaselina líquida.
- Si aparecen gusanos, se han de aplicar apósitos impregnados de éter puro. Suelen desaparecer en dos curas.
- Informar a la familia del riesgo de sangrado masivo y darle pautas de actuación; es una urgencia paliativa con indicación de sedación (ver tratamiento en capítulo de urgencias paliativas).

Prurito

Es una sensación desagradable que lleva al paciente a rascarse para sentir alivio.

Es un síntoma que aparece con mucha frecuencia en pacientes al final de la vida (hasta en un 27%). Su frecuencia llega al 80% cuando hay colestasis y al 77% en insuficiencia renal terminal.

El mediador mejor conocido es la histamina, que se libera del mastocito en respuesta a un estímulo pruriginoso y actúa sobre los receptores H1 de las fibras nerviosas C. Otros mediadores son las sales biliares, la serotonina y los opioides.

Factores como la sequedad de la piel, el calor y la ansiedad pueden agravarlo. La forma más objetiva de cuan-

tificarlo es ver el número de lesiones de rascado que presenta el paciente.

Tratamiento

Medidas generales

- Cuidados generales de la piel con jabones suaves y cremas hidratantes.
- Evitar la exposición directa a fuentes de calor y la sudoración.
- Uso de ropa holgada.
- Cortado meticuloso de la uñas.
- Guantes de algodón para evitar lesiones por rascado, en los casos muy rebeldes.

Medidas farmacológicas

- En el prurito localizado: lociones de calamina o crema con mentol al 0,25-2%.
- Si fuera preciso, utilizar fármacos por vía sistémica y pautar el más adecuado según su etiología:
 - En el prurito generalizado son de primera elección los antihistamínicos (hidroxicina 12,5-25 mg/8 horas, dexclorfeniramina 2-6 mg/8 horas, cetirizina 10 mg/24 horas).
 - En el prurito inducido por opioides, ondansetrón 4-8 mg/8 horas, paroxetina 20 mg/24 horas, rotación de opioides.
 - En la colestasis, cuya obstrucción no se puede resolver, colestiramina 4 g/8 horas tiene su indicación en caso de obstrucción parcial de la vía biliar, ondansetrón 4-8 mg/8 horas, corticoides, rifampicina 75 mg/24 horas.
 - En los síndromes paraneoplásicos, paroxetina 20 mg/24 horas, mirtazapina 15-30 mg/24 horas.
 - En los procesos linfoproliferativos, cimetidina 400 mg/12 horas.

Urgencias en cuidados paliativos

Dra. Magda Miralles Piñeyro

Médico de familia. CAP Vila Olímpica. Barcelona.

Síndrome febril neutropénico

Es la aparición de fiebre, $T^a > 38,3$ °C, en un paciente con una cifra de neutrófilos menor de 1.000; si la cifra de neutrófilos es inferior a 500, puede provocar una sepsis neutropénica, emergencia médica que se asocia a una elevada mortalidad.

La neutropenia puede ser debida a enfermedades oncohematológicas o como efecto secundario de la quimioterapia.

Patógenos más frecuentes

- Bacterias:
 - Cocos grampositivos: causan el 60% de las bacteriemias (estafilococos, estreptococos y enterococos).
 - Bacilos aerobios gramnegativos: 30% (*E. coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Enterobacter*). Son menos frecuentes, pero provocan una elevada mortalidad.
- Bacilos anaerobios (*Clostridium*): 5%.
- Otros: hongos, micobacterias y virus.

Evaluación del riesgo

- Pacientes de alto riesgo.
 - Ingresados en el momento de aparecer la neutropenia.
 - Comorbilidad: diabetes, hipotensión, deshidratación, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal o hepática.
 - Neoplasia en progresión.
- Pacientes de bajo riesgo:
 - Sin comorbilidad.
 - Neoplasia controlada.

Tratamiento

- Higiene habitual con especial cuidado de la cavidad oral. Evitar la contaminación que se pueda producir a través del personal sanitario o los cuidadores.

- En pacientes de bajo riesgo: tratamiento empírico con ciprofloxacino o amoxicilina-ácido clavulánico en dosis habituales o ceftriaxona monodosis.
- En casos de alto riesgo: derivación hospitalaria para tratamiento endovenoso con penicilinas de amplio espectro, cefalosporinas, aminoglicósidos o la combinación de ellos.

Compresión medular

Es una emergencia médica provocada por la «compresión de la médula espinal por un tumor primario o metastásico», que causa lesiones neurológicas irreversibles.

Causas

Aparece en el 5% de los pacientes con cáncer. Las causas más frecuentes son las metástasis vertebrales de tumores de mama, próstata y pulmón. El 70% afecta a la médula dorsal, el 20% a la lumbar, y en el 10% la afectación es cervical. El diagnóstico debe ser precoz para evitar lesiones irreversibles.

Clínica

- Dolor de espalda localizado o radicular, en un 90% de los casos. El dolor no se alivia o aumenta en decúbito. Disminuye al sentarse o en bipedestación.
- Trastornos motores: claudicación y debilidad en las extremidades inferiores, paraplejía, tetraplejía.
- Trastornos sensitivos: parestesias, hipostesias.
- Alteración de esfínteres: aparece de forma tardía y tiene mal pronóstico.

Tratamiento

Debe instaurarse rápidamente, para mantener la integridad neurológica del paciente. El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor y prevenir las complicaciones:

- Reposo e inmovilización.
- Dexametasona 10-20 mg por vía endovenosa (e.v.) y después 6-8 mg cada 6 horas; se disminuye paulatinamente en días posteriores.

- Radioterapia paliativa: precozmente, junto con los corticoides. Descomprime el tejido nervioso, disminuye el déficit neurológico, revierte la paresia, controla el dolor y estabiliza la progresión.
- Quimioterapia: puede ser de utilidad en algunos tipos de tumores, como linfomas, mielomas y germinales.
- Descompresión medular por cirugía.

Síndrome de la vena cava superior

Conjunto de síntomas que se presentan cuando se produce una oclusión parcial o total de la vena cava al retorno venoso hacia la aurícula derecha.

Causas

- Las causas pueden ser infiltrativas, compresivas o trombóticas.
- El 90% es de origen tumoral: cáncer de pulmón, linfomas, timomas, metástasis mediastínicas.

Clínica

- Disnea, tos, dolor torácico, afonía, disfagia.
- Tríada clásica: edema en esclavina, cianosis de cara y extremidades superiores y circulación colateral.
- También pueden aparecer somnolencia, vértigo, cefalea, acúfenos y crisis convulsivas.

Tratamiento

- Postura confortable en posición incorporada.
- Tranquilizar e informar al paciente y a la familia.
- Evitar situaciones que produzcan aumento de la presión intratorácica: estreñimiento.
- Valorar oxigenoterapia.
- Corticoides: dexametasona 10-20 mg por vía e.v., seguido de 4-6 mg cada 6 horas.
- Para mejorar la sobrecarga circulatoria podemos asociar diuréticos, furosemida 40 mg/día.
- Radioterapia si el tumor es radiosensible (linfomas), ya que es rápido y eficaz.
- Valorar sedación.

Hemorragia masiva

Es la pérdida de gran cantidad de volumen sanguíneo en un corto período de tiempo. Aparece en el 10% de los pacientes con cáncer avanzado. Las posibles causas son múltiples y variadas.

Puede presentarse como: hemoptisis, hemorragias ginecológicas y digestivas, hematuria, coagulación intravascular diseminada.

Manejo y tratamiento farmacológico

Es una situación urgente y angustiante. Por ello hemos de:

- Identificar a los pacientes con elevado riesgo hemorrágico: tumores de cabeza y cuello, cáncer cérvico uterino, tumores pulmonares y gástricos.
- Disponer de toallas o sábanas de color oscuro para el taponamiento y la compresión local (disminuye el impacto visual).
- Tener buena comunicación con la familia, pues será necesario pedir el consentimiento para la sedación y realizar un soporte emocional inmediato a los familiares.
- Tratamiento farmacológico:
 - Sedación con midazolam 10-20 mg por vía s.c. o e.v., y seguir con perfusión en caso necesario, y como alternativa diazepam 5-10 mg por vía rectal o s.c.
 - Puede asociarse cloruro mórfico parenteral (10 mg si no lo utilizaba o la dosis correspondiente a 1/6-1/3 de la dosis total ya utilizada).

Convulsiones

Son contracciones bruscas, violentas e involuntarias de los músculos del organismo, de inicio súbito y de corta duración, producidas por la irritación de los centros nerviosos motores.

Causas y situaciones de riesgo

Tumores cerebrales, infecciones del sistema nervioso central, trastornos paraneoplásicos, trastornos metabólicos, complicaciones cerebrovasculares, efectos tóxicos de los fármacos.

Manejo de las convulsiones

- Las crisis comiciales requieren una actuación rápida. Hemos de asegurarnos de disponer de la medicación necesaria en los casos de riesgo. Provocan gran impacto en la familia.
- Explicar a los familiares las normas que se han de seguir para evitar las lesiones que pueda generar la crisis comicial.
- Fármacos:
 - Diazepam e.v. (5-10 mg de forma lenta) o rectal (10 mg).
 - Midazolam 5-10 mg por vía s.c. o 10 mg por vía intramuscular (i.m.), seguido de 10 mg, i.m. o s.c. cada hora si persisten las crisis.
 - Clonazepam 1 mg sublingual.
- La profilaxis estaría indicada en convulsiones de repetición (difenilhidantoína, valproato).

- Una vez corregida la volemia, podemos administrar diuréticos tiazídicos para disminuir la reabsorción tubular de calcio (furosemida 40-60 mg/día).
- Bifosfonatos, de elección en la hipercalcemia aguda, logran la normocalcemia en el 70% de los pacientes y son bien tolerados:
 - Pamidronato 60-90 mg e.v. en 2 horas.
 - Zoledronato 4 mg e.v. en 15 minutos.
 - Ibandronato 2-4 mg cada 1-2 horas.
- Posteriormente se pueden dar por vía oral para evitar recidivas. Se utilizan en casos de hipercalcemia por destrucción ósea.
- Corticoides: prednisolona 40-100 mg/día por vía oral. Se utilizan en tumores hematológicos o en pacientes con hipervitaminosis D.
- Calcitonina: reduce los niveles de calcio en 4 horas, aunque no alcanza la normocalcemia. Es eficaz en un tercio de los pacientes. Se utiliza por vía i.m. o s.c. en dosis de 4 U/kg cada 12 horas.
- Si la calcemia es superior a 13 mg/dl, requiere ingreso hospitalario.

Hipercalcemia

«Aumento del calcio sérico por encima de 10,8 mg/dl.»

Es una complicación metabólica que se asocia sobre todo a tumores (mama, mieloma múltiple, pulmón, próstata, colon, etc.). Aparece en el 10-20% de los pacientes con cáncer y se asocia a una expectativa de vida corta.

Si hay hipoalbuminemia, la concentración total de calcio en plasma puede dar falsa impresión de normalidad y se deberá calcular el «calcio corregido».

Clínica

Suele manifestarse por síntomas vagos que podrían atribuirse a la enfermedad neoplásica, por lo que pasa desapercibida fácilmente. Un aumento moderado del calcio produce: fatiga, letargia, debilidad, anorexia y estreñimiento.

Si la elevación es importante, tendremos: náuseas, vómitos, íleo paralítico, estado confusional, aumento del dolor, arritmias y convulsiones.

Tratamiento

- Reposición del volumen intravascular: suero fisiológico 2-4 l cada 24 horas y monitorización diaria de los electrolitos.

Claudicación familiar

Es la incapacidad de la unidad familiar para ofrecer una adecuada respuesta a las múltiples necesidades del paciente. Se expresa como cansancio físico, dificultad para realizar las tareas, estrés, etc.

Causas

- Aparición de nueva sintomatología o un inadecuado control de la ya existente.
- Sentimientos de miedo, temor, incertidumbre.
- Síntomas de depresión, ansiedad y soledad.
- Dudas sobre el tratamiento y la evolución de la enfermedad.

Tratamiento

- Revaloración de los síntomas y adecuado control de ellos.
- Disponibilidad, información y resolución de las dudas de los familiares.
- Revaluar los objetivos terapéuticos.

Comunicación

Dra. Rosa Díez Cagigal

Médico de familia. Máster Universitario en Medicina Paliativa. Médico del Equipo de Cuidados Paliativos, Área del Hospital de Laredo. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de Semergen.

En cuidados paliativos, la comunicación es uno de los pilares básicos junto con el manejo de los síntomas, la atención a la familia y el alivio del sufrimiento. El médico que sea un buen comunicador pasa a ser una parte esencial del tratamiento del paciente al final de la vida. Nuestra presencia tiene un enorme valor terapéutico.

Una buena comunicación al final de la vida puede conseguir que el paciente se sienta acompañado y comprendido por el equipo y por su familia.

La comunicación se realiza a través de:

- La comunicación verbal: las palabras que decimos.
- La comunicación no verbal (tabla 1):
 - El tono, el volumen, el ritmo, la inflexión, la fluidez, la duración, la velocidad, la claridad y todos los **aspectos relacionados con las palabras** componen el paralenguaje.
 - La mirada, la expresión facial, la postura, el contacto físico y los movimientos de las manos forman parte de los **aspectos no relacionados con las palabras**.

El 75% de la comunicación humana es no verbal. El mensaje tiene mucho que ver con cómo se dice. Así, si queremos que lo que le llegue al paciente coincida con lo que le hemos dicho, nuestra expresión facial, postura, mirada y tono de voz han de querer decir lo mismo. En caso contrario, dará más credibilidad a lo no verbal, por ser la forma de comunicación que primero aprendemos los seres humanos.

Tabla 1. Facilitadores de la comunicación (no verbales)

- Permitirle hablar sin interrumpirlo.
- Mantener el contacto visual.
- Colocarnos a su altura.
- Postura relajada, ligeramente inclinada hacia el paciente.
- Asentir con la cabeza.
- Repetir palabras claves.
- Sonidos de reconocimiento.
- Respetar los silencios.

Elementos básicos de la comunicación

- **Escucha activa:** se trata de escuchar, además de con los oídos, con los demás sentidos, captar sus sentimientos e incluso escuchar sus silencios. Más de la mitad de la comunicación reside en escuchar bien. De lo que nos dice el paciente se pueden deducir sus sentimientos y sus necesidades de información.
- **Empatía:** es una actitud que consiste en captar los sentimientos y significados personales del otro, de la manera más ajustada a como éste los percibe, y ser capaz de devolverle esa comprensión, pero sin sentir lo del otro. Con la empatía escuchamos los sentimientos del paciente y le informamos de que nos «hacemos cargo de ellos».
- **Aceptación incondicional:** es la consideración positiva de la persona, sin juzgarla. De esta forma le damos una seguridad que facilita su vaciado emocional. No se trata de que se aprueben comportamientos inadecuados, pero sí de que se comprendan y se acojan, sin emitir juicios de valor (tabla 2).

Tabla 2. Estrategias de comunicación

Elementos básicos	Estrategias
Escucha activa	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener contacto visual. • Parafrasear una o dos palabras. • Respetar sus silencios.
Empatía	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la comunicación no verbal. • «Me hago cargo...», «Tiene que ser muy duro...». • «Debe de ser muy difícil...».
Aceptación incondicional	<ul style="list-style-type: none"> • Permitirle expresarse a su modo. • No juzgar lo que dice. • Permitirle sentir lo que siente.

Comunicación informativa en cuidados paliativos

Para poder ejercer su autonomía, el paciente tiene que estar informado. La información le ayuda a convivir con su enfermedad. No tener información dificulta su proceso de adaptación.

Entendemos la comunicación informativa no como un acto puntual, sino como un proceso. En este proceso participan paciente-equipo-familia y el ritmo lo marca siempre el paciente. La información debe llevar asociado siempre el compromiso de acompañamiento.

Al comunicar malas noticias, debemos dar soporte a las reacciones emocionales que provocan en el paciente. La información nunca debe destruir la esperanza del enfermo. Nos referimos a una esperanza realista que sirva como motor para seguir hacia adelante. No se trata de decirle la verdad a toda costa. La verdad debe descubrirla por sí mismo, en función de la información que ha ido recibiendo.

Por soporte emocional entendemos la relación terapéutica en la que el paciente se siente escuchado y acompañado desde una actitud de respeto y acogida (tablas 3-6).

Tabla 3. Pautas a la hora de dar información

- Informar cuando el paciente y la familia estén preparados.
- Usar un lenguaje claro, sencillo, sin tecnicismos.
- Evitar palabras de alto contenido emocional.
- Información progresiva, en pequeñas cantidades (dosificada).
- Sincera, honesta y realista.
- Darla de forma sensible, delicadamente.
- Apropia a los deseos del paciente y al momento de la enfermedad.
- No dar respuestas a las preguntas que el paciente no ha hecho.
- Dejar siempre la puerta abierta a la esperanza.
- El paciente debe sentirse escuchado.
- Debe tener la oportunidad de preguntar, si así lo desea.
- Dejar abierta la posibilidad de nuevas informaciones más adelante.
- Comprobar la asimilación por parte del paciente y su reacción posterior.

Tabla 4. Ventajas de informar

- Mejora la autoestima del paciente.
- Mejora la relación terapéutica.
- Mejora la adherencia al tratamiento.
- Facilita el proceso de toma de decisiones.
- Ayuda a compartir la carga emocional.
- El paciente deja de sentirse aislado.
- El paciente optimiza el control de los síntomas.
- El paciente pasa a ser parte activa de su tratamiento y cuidado.
- Al paciente le da la oportunidad de adaptarse a su nueva realidad.
- El paciente recupera una esperanza realista.
- Disminuye la tensión emocional de su familia.
- Incorpora a la familia en los cuidados.
- Previene una mala elaboración del duelo.

Tabla 5. Preguntas después de informar

- ¿Cómo se encuentra?
- ¿Cómo se siente?
- ¿Lo ha entendido?
- ¿Qué es lo que más le preocupa?
- ¿En qué le podemos ayudar?
- ¿Hay algo que podamos hacer para que se sienta mejor?
- ¿Cómo le gustaría que le ayudáramos?

A los dos o tres días después de haber dado una mala noticia, conviene planificar una nueva entrevista para evaluar el impacto que la información ha producido en el paciente.

Además, es importante hacer una valoración de nuestras emociones y sentimientos y del grado de seguridad experimentado, durante y tras el encuentro informativo con el paciente.

Tabla 6. Preguntas útiles a la hora de dar malas noticias

	Preguntas que ayudan
Averiguar qué sabe	¿Cómo describiría su situación? ¿A qué cree que se debe su problema? ¿Qué le han dicho de su enfermedad?
Averiguar qué quiere saber	¿Le gustaría que habláramos de su enfermedad? Si las cosas en un futuro no fueran bien, ¿desearía ser informado?
Averiguar si lo ha entendido	¿Entiende lo que le quiero decir?
Dar la posibilidad de preguntar	¿Quiere preguntarme algo?
Llegar con el tiempo a la «verdad soportable»	Es la información real que el paciente puede asumir y aceptar (su dosis de verdad tolerable). Se ha de dar la información en dosis, fraccionada. Varía en cada paciente y con el tiempo en el mismo paciente.

Acompañamiento en cuidados paliativos

El proceso de acompañamiento al final de la vida permite al enfermo explorar sus vivencias y buscar dentro de sí mismo recursos para afrontarlas. No se trata de dar consejos ni de buscar soluciones. Se trata de acompañar de forma que el enfermo afronte su nueva situación y se adapte a las dificultades que no pueden ser superadas o cambiadas, y de que sea el protagonista de su propia historia y de su proceso de morir.

Necesidades del enfermo al final de la vida

Para atender bien las necesidades del enfermo, debemos (tabla 7):

- Explorar cómo percibe su enfermedad, sus ideas y sentimientos sobre los problemas que tiene y sus expectativas.
- Entenderle globalmente en el contexto que le rodea y valorar el grado de soporte familiar.
- Encontrar juntos, a través de una buena comunicación, sus deseos, prioridades y objetivos del tratamiento y su posible participación.

Tabla 7. Necesidades del enfermo

- Tener los síntomas bien controlados.
 - No sentirse una carga.
 - Entender el proceso de su enfermedad.
 - Sentirse aceptado.
 - Participar en la toma de decisiones.
 - Búsqueda de significado y propósito en la vida.
 - Posibilidad de reconciliación y perdón.
- Entender que sus valores y sus motivaciones pueden ser el motor que le ayude a seguir luchando.

Sufrimiento

Podemos definir el sufrimiento como un estado de preocupación o agobio psicológico, típicamente caracterizado por sensaciones de miedo, angustia o ansiedad.

Las personas sufren cuando se enfrentan a una situación que perciben como amenaza y no encuentran los recursos adecuados para afrontarla. El sufrimiento surge ante los síntomas y ante el significado que éstos tienen para el enfermo. Tiene miedo a perder su independencia, su rol familiar y a morir.

Es importante saber explorar en todo enfermo tanto sus preocupaciones como los recursos de que dispone para hacerlas frente. Esta exploración sólo es posible mediante la comunicación.

Bayés propone un modelo de intervención paliativa integral para disminuir el sufrimiento del enfermo e incrementar su bienestar:

1. Identificar aquellos síntomas o situaciones que son percibidos por el paciente como una amenaza y establecer su prioridad desde el punto de vista del paciente.
2. Tratar de compensar, eliminar o atenuar dichos síntomas.
3. Descubrir y potenciar los propios recursos del enfermo, con el fin de disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia.
4. Si el estado del enfermo presenta características ansiosas o depresivas, utilizar las técnicas adecuadas para modificarlo.

Atención a la familia

En cuidados paliativos, la familia y el enfermo forman una unidad. Una de nuestras tareas es enseñar a los familiares a cuidar del enfermo y de sí mismos.

El hecho de participar en los cuidados posibilita una mejor aceptación de la muerte y facilita una buena elaboración posterior del duelo.

En nuestro medio es muy frecuente que en el primer contacto con las familias éstas nos expresen su miedo a que informemos al paciente.

Cuando se recibe la noticia de la proximidad de la muerte de un ser querido, se produce una gran desorganización y confusión familiar.

Debemos ayudarles a iniciar un nuevo proceso de comunicación y acompañamiento, en el que lo que importa es el bienestar del enfermo, posibilitar las despedidas, las reconciliaciones, poner en orden cosas importantes y resolver asuntos pendientes.

Necesidades de la familia

La familia también sufre. Debemos buscar un espacio y un tiempo adecuados para escucharla, y descubrir sus temores y necesidades. Sentirse escuchados consigue liberar parte del sufrimiento que tienen por la situación del enfermo y que se abran a nosotros.

Las intervenciones familiares ayudan a prevenir la claudicación familiar y una mala elaboración del duelo.

La familia y, en especial, el cuidador principal precisan información del proceso, apoyo emocional para afrontarlo y que les enseñemos a cuidar y a comunicarse con el enfermo (tabla 8).

Tabla 8. Principales necesidades

- Tiempo y organización para el cuidado.
- Información completa, continuada y de calidad.
- Comunicación con el enfermo, con otros familiares y con el equipo.
- Asesoramiento y entrenamiento para el cuidado.
- Tener apoyo emocional.
- Disponer de tiempo libre y relevos en el cuidado.
- Acompañamiento en la agonía.
- Buena elaboración posterior del duelo.

Conspiración de silencio

Cuando se quiere a una persona, se puede llegar a ocultar la información para evitar que sufra. Más adelante, cuando el enfermo se va dando cuenta de su proceso y hacia dónde le lleva la enfermedad inevitablemente, también evita hablar de ello con su familia para protegerla del dolor que esa información le produciría. Ambos intentan seguir viviendo con normalidad, pero eso tiene un coste para todos (tabla 9).

Tabla 9. Consecuencias de la conspiración de silencio

	Se le niega el derecho a ser informado. Se le impide resolver asuntos pendientes.
Para el paciente	Se le priva de despedirse. Favorece su aislamiento e incomunicación.
	Favorece la sobreprotección. Les añade más tensión emocional.
Para la familia	Favorece la aparición de sentimientos de culpa. Dificulta una buena elaboración posterior del duelo.
	Pérdida de confianza en la relación equipo-paciente.
Para el equipo	Ansiedad a la hora de relacionarse con el paciente. Menor adherencia terapéutica. Mayor riesgo de síndrome de desgaste.

Abordaje de la conspiración de silencio

Los familiares en un primer momento no quieren que informemos al paciente por temor a que esa información le haga más daño y que no pueda con ella.

Debemos empatizar con ellos y tranquilizarlos. Les explicaremos que dejaremos que sea el propio paciente el que vaya haciendo preguntas, para que llegue a conocer exclusivamente lo que él desea y necesita para poder elaborar su proceso.

Poner fin a la conspiración de silencio nunca debe convertirse en un motivo de enfrentamiento o distanciamiento con la familia (tabla 10).

Tabla 10. Modelo de abordaje de la conspiración de silencio

Empatizar	Entiendo cómo se sienten, debe de ser muy duro...
Tranquilizar	No se preocupen, les vamos a respetar.
Identificar sus temores	¿Qué es lo que más les preocupa si él supiera...?
Confrontarlos	¿No les parece que puede ser más duro pasarlo mal cada uno por su lado?
Ayudar a identificar su objetivo	Bienestar del paciente.
Contrastar su opinión	Si estuviera usted en su lugar, ¿qué es lo que cree que le ayudaría/gustaría?
Evaluar las consecuencias	Cuando él vea que no mejora, ¿cómo cree que se va a sentir?
Llegar a un acuerdo	Le informaremos sólo de lo que él nos vaya pidiendo y delante de ustedes. Así, sólo tendrá la información para la que esté preparado en cada momento.

Situación de últimos días. Agonía

Dra. Rosa Díez Cagigal

Médico de familia. Máster Universitario en Medicina Paliativa. Médico del Equipo de Cuidados Paliativos, Área del Hospital de Laredo. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de Semergen.

Dr. Antonio del Arco Luengo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster Universitario en Cuidados Paliativos. Máster Universitario en el Tratamiento del Dolor. Médico responsable del Equipo de Soporte Paliativo Domiciliario de Ávila. Miembro del Equipo Médico de Cuidados Paliativos del Hospital San Camilo. Tres Cantos. Madrid.

Dra. Milagros Zardoya Zardoya

Médico de familia. Centro de Salud de Buñuel. Navarra. Máster en Medicina Paliativa.

La atención prestada en la etapa final de la vida es el momento culminante de nuestra labor cotidiana. El fin último es prestar unos cuidados centrados en el paciente y en su entorno familiar y social.

El enfermo se encuentra en una situación muy vulnerable respecto a su autonomía, su dignidad y su competencia. Los cuidados que debemos prestar en esta fase no solamente abarcarán los aspectos clínicos, sino también los emocionales, espirituales y las creencias del paciente y de su entorno.

El término «agonía» hace referencia a un conjunto de cambios psicofísicos que preceden a la muerte en horas o días, generalmente en menos de una semana. Es un período de transición entre la vida y la muerte, proceso en el que desembocan muchas enfermedades en que la vida se va acabando progresivamente. Es preciso subrayar el gran impacto emocional que se desata en este momento. El término agonía, en nuestra cultura, está asociado inevitablemente al dolor y al sufrimiento.

El objetivo principal es proporcionar confort al paciente y tranquilidad a la familia.

Clínica

Viene dada por una serie de signos y síntomas (tabla 1) que debemos reconocer y en lo posible anticipar a la familia. Es común en este momento que el paciente pierda la vía oral y sea preciso utilizar la vía subcutánea (s.c.). Es el momento de retirar fármacos no necesarios y de tomar decisiones que debemos consensuar con el paciente y, si ello no fuera posible, con la familia.

Tabla 1. Signos y síntomas en la agonía

- Aumento de la debilidad y postración.
- Disminución del nivel de la conciencia.
- Pérdida de la vía oral.
- Alteraciones cognitivas asociadas a la disminución del nivel de conciencia.
- Cambios del patrón respiratorio: estertores, apneas.
- Sistema circulatorio: aparición de livideces.

Es una etapa de gran impacto emocional en el paciente, con múltiples reacciones que pueden ser simultáneas y contradictorias: tristeza, miedo, resignación, hiperactividad. Si no somos capaces de controlar estos síntomas, el manejo de la situación será muy difícil.

En el equipo sanitario que atiende al paciente pueden aflorar también sentimientos de impotencia, frustración y cansancio. Cuidar y acompañar llena de sentido nuestro trabajo, es la práctica médica en su plena dimensión humanista.

Atención al paciente

Los principales objetivos en esta fase son:

- Garantizar su bienestar y confort. Ello requiere un adecuado control de los síntomas.
- Decidir el lugar para morir: hospital o domicilio.
- Redefinir los objetivos terapéuticos.
- Anticiparse a los síntomas que pudieran aparecer, dejar pautado un tratamiento para ellos.
- Comunicación no verbal, contacto físico, respeto.
- Facilitar la presencia de la familia, incluidos los niños.

Tratamiento

Medidas generales

- La agonía es una situación dinámica que precisa un seguimiento más frecuente.
- Registrar en la historia clínica domiciliaria los tratamientos, sus cambios y la toma de decisiones.
- Cuidar y acompañar. Comunicarse con el paciente mediante frases cortas y preguntas sencillas.
- Revisar el plan de tratamiento. Establecer un plan de cuidados acorde con la situación.
- Estar disponibles, accesibilidad telefónica.
- Cuidados de la boca. La hidratación en situación de agonía es una medida controvertida. Las recomendaciones en este punto son que sed y boca no están relacionadas con deshidratación. Individualizar cada caso concreto.
- Valorar y revisar la existencia de voluntades anticipadas.
- Cuidar los aspectos espirituales y religiosos.

Control de síntomas específicos

La vía oral ya no es posible y la alternativa en cuidados paliativos es la vía s.c.

Los fármacos que se han de utilizar deben ser hidrosolubles y pueden administrarse de forma discontinua en bolos o de forma continua con infusores.

- **Dolor:** no se deben retirar los opioides; se valorará la expresión facial. Puede ser necesario aumentarlos. No hay que olvidar pautar dosis de rescate. Se puede utilizar morfina y oxycodona por vía s.c.
- **Disnea:** morfina 2,5 mg/4 horas por vía s.c., con dosis de rescate.
- **Fiebre:** medidas físicas, sólo se debe tratar con fármacos cuando produce disconfort. Se pueden utilizar diclofenaco y ketorolaco por vía s.c.
- **Estertores:** colocar al paciente en decúbito lateral con el cuello ligeramente flexionado. Administrar precozmente N-butilbromuro de hioscina 20 mg/4-6 horas o escopolamina 0,5-1 mg/4-6 horas por vía s.c.
- **Agitación:** haloperidol 2,5-5 mg/8 horas con dosis de rescate.

Atención a la familia

En la situación de los últimos días el paciente y su familia están viviendo un proceso de cambio en el que destaca el progresivo deterioro físico y la disminución del nivel de conciencia.

Es necesario integrar a la familia dentro del tratamiento, atender sus necesidades y hacerles partícipes del cuidado de su ser querido.

Los aspectos más destacados que hay que trabajar en este sentido son:

- Dar un soporte emocional adecuado, que facilite el afrontamiento de la muerte.
- Favorecer la expresión de los sentimientos.
- Proporcionar información del proceso: significado de los estertores, cambios en la respiración, presencia de apneas.
- Adiestrarles en el manejo de la vía s.c.
- Prevenir la claudicación familiar.
- Estar atentos a los síntomas y signos de agotamiento emocional y físico en los familiares.
- Prevenir los recuerdos dolorosos y estimular en la manera de lo posible los recuerdos positivos. No olvidar que la vivencia de la muerte de un ser querido es uno de los procesos más importantes en la vida del ser humano.
- Comunicación abierta, utilizar un lenguaje sencillo.
- Dar información de cómo actuar después del fallecimiento: certificado de defunción, servicios médicos y funerarios.
- Ofrecer contacto y apoyo posterior para elaborar el duelo.

Sedación paliativa

La sedación consiste en la administración de fármacos adecuados con el objetivo de reducir el nivel de conciencia y anular la percepción por parte del paciente de uno o más síntomas refractarios que, por su elevada intensidad o nula respuesta a los tratamientos empleados, producen un sufrimiento innecesario.

La sedación paliativa es siempre primaria y puede ser superficial o profunda; además, puede ser continua o intermitente.

Consideraciones éticas

En el punto 17 del documento *Ética de la sedación en la agonía*, elaborado por la Comisión Central Deontológica de la Organización Mundial de la Salud, dice: «la aplicación de sedación en la agonía exige, por parte del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:

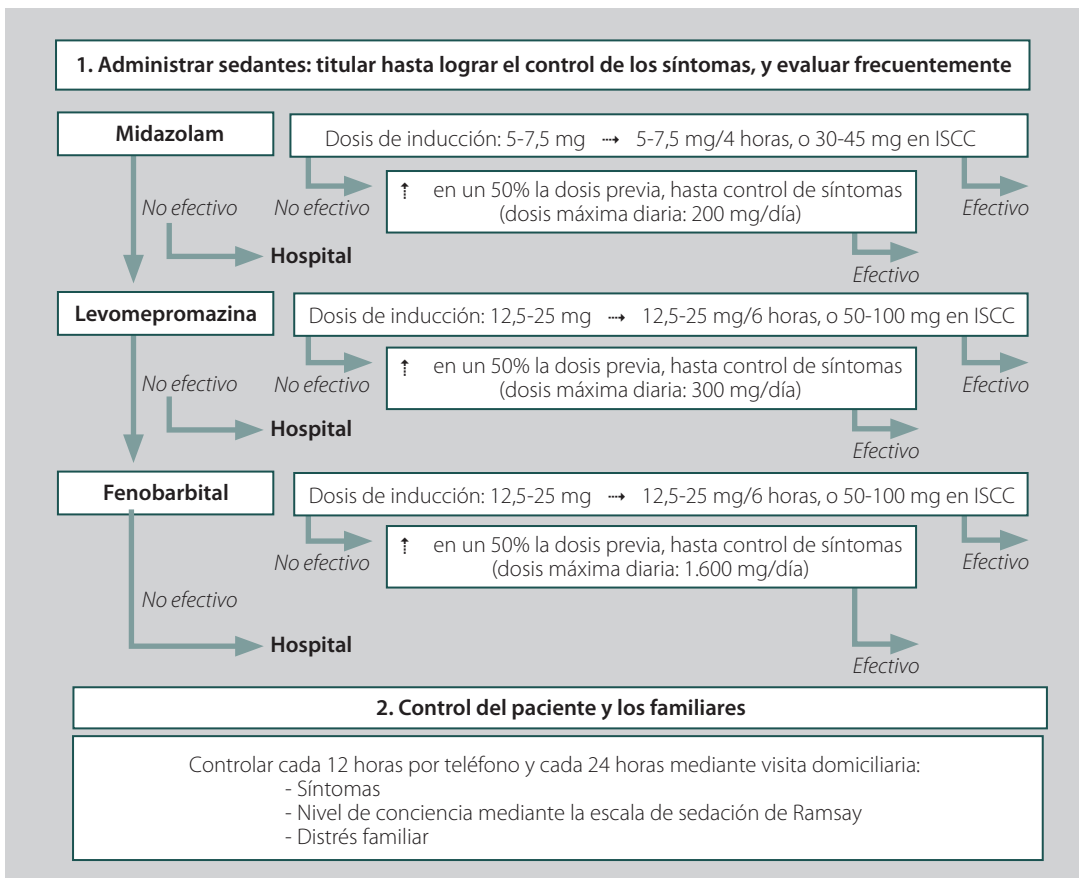
1. Que exista una sintomatología intensa y refractaria al tratamiento.
2. Que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.
3. Que el enfermo, o en su defecto la familia, haya otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación en la agonía.
4. Que el enfermo haya tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

El médico dejará constancia razonada de esa conclusión en la historia clínica, especificando la naturaleza e intensidad de los síntomas y las medidas que empleó para aliviarlos...».

Tratamiento farmacológico

Sirva el **algoritmo** expuesto a continuación como orientación para realizar una **sedación paliativa en el hogar del paciente** (figura 1).

Figura 1. Sedación paliativa en el hogar del paciente



ISCC: infusión subcutánea continua.

Duelo

Dra. Vanesa Latorre Ginés

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Sant Hipòlit de Voltregà. Barcelona.

Generalidades del duelo

La palabra duelo proviene del latín *dolus* y es una reacción adaptativa natural ante cualquier tipo de pérdida. La pérdida de un ser querido es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, relacionado con un aumento de morbimortalidad (ansiedad, depresión, abuso de alcohol y fármacos, aumento de riesgo de muerte por eventos cardíacos y suicidios).

Es un proceso único, irrepetible y dinámico. Su duración es muy variable, pero limitada en el tiempo entre uno y dos años. El proceso se inicia ya antes del fallecimiento, al tener conciencia de la futura pérdida, y se resolverá cuando se pueda pensar en el ser querido sin sentir un dolor intenso.

En los adultos, las manifestaciones normales del duelo son las siguientes:

- **Cognitivas:** incredulidad, confusión, alucinaciones (visuales o auditivas fugaces y breves), dificultad de atención, concentración y memoria, preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes, obsesión por recuperar la pérdida o evitar recuerdos, distorsiones cognitivas.
- **Afectivas:** impotencia, insensibilidad, tristeza, apatía, anhelo, ira, frustración y enfado, culpa y autorreproche, soledad, abandono, emancipación o alivio, extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual.
- **Fisiológicas:** aumento de morbimortalidad, vacío en el estómago, sequedad de boca, opresión precordial/garganta, falta de aire, palpitaciones, debilidad muscular, falta de energía, trastornos del sueño y alimentarios.
- **Conductuales:** conducta distraída, aislamiento social, llorar o suspirar, llevar objetos recordatorios, buscar o llamar en voz alta, suspirar, hiper/hipoactividad.

Abordaje del duelo

El objetivo de estas recomendaciones es prevenir un duelo complicado y facilitar el proceso adaptativo.

- *Antes del fallecimiento*, es muy importante atender al enfermo y a su familia. Las actuaciones deben dirigirse al control de los síntomas, a informar a la familia sobre el diagnóstico y pronóstico, a respetar los deseos del enfermo, a facilitar reconciliaciones y resolución de temas pendientes y favorecer despedidas.
- *En el momento del fallecimiento*, es aconsejable recomendar a la familia que asista a los rituales de despedida.
- *Tras el fallecimiento*, se ha de facilitar la expresión y elaboración de sentimientos. Informar y normalizar el proceso del duelo. Mostrar disponibilidad para cuando la necesiten.

Según la revisión bibliográfica y la experiencia, se sugieren algunas recomendaciones de actuación:

- Valorar el riesgo de duelo complicado y explorar la existencia de factores de riesgo. Registrar los datos en la historia clínica de cada individuo.
- Prever la situación de agonía y prestar atención a los cuidados *post mortem* (favorecer la despedida, permitir la expresión del dolor).
- Entre las 3-5 semanas posteriores (nunca después de la octava), es recomendable un contacto telefónico con la familia para expresarle nuestra condolencia, reforzar la tarea efectuada como cuidadores y recordar nuestra disponibilidad. Hay equipos que envían una carta de condolencia.
- Realizar un seguimiento telefónico para ofrecer soporte y detectar casos de riesgo.
- Remitir a la persona de alto riesgo al psicólogo o profesional oportuno del equipo en cualquiera de las fases de seguimiento.

El duelo como proceso normal debe ser seguido en Atención Primaria. El principal tratamiento del duelo es el apoyo psicológico. En principio, el duelo no requiere tratamiento con fármacos, pero puede ser necesario el uso de psicofármacos para algún síntoma. Éstos se usarán como adyuvantes, durante el mínimo tiempo posible y con un abordaje psicológico asociado. Lo más frecuente es tratar el insomnio con hipnóticos.

El proceso de duelo normal no debe ser tratado con anti-depresivos, ya que pueden impedir su elaboración de forma adecuada. Sólo experimentando el dolor por la muerte del ser querido se avanza en la resolución del duelo.

Duelo patológico

Definición y factores de riesgo

La mayoría de los procesos se resuelven con el apoyo de la familia y del entorno, pero aproximadamente un tercio puede complicarse. Son reacciones patológicas de la aflicción, de meses de duración y que producen deterioro de la vida social, familiar o laboral.

Existen factores de riesgo que pueden dificultar la elaboración de este proceso:

- **Propios de la persona:** carácter, personalidad, duelos difíciles anteriores, patología emocional previa, edad, etc.
- **Relacionales:** tipo de parentesco, relaciones ambivalentes con el fallecido, dependencia, etc.
- **Circunstanciales:** forma de morir, evolución larga y penosa, inesperado, traumático (suicidio, asesinato), accidente, pérdidas inciertas, etc.
- **Socioculturales:** inexistencia de una red de apoyo, tipo de muerte negada culturalmente o estatus socioeconómico bajo, poco apoyo familiar, distanciamiento.

Criterios de derivación a salud mental

Cuando un doliente presenta cualquiera de los siguientes factores, debe ser derivado a salud mental para su evaluación, seguimiento y tratamiento:

- Riesgo de suicidio.
- Trastorno de la personalidad grave.
- Presencia de trastorno psicótico.
- Aislamiento prolongado e incapacidad para expresar los sentimientos.
- Abuso de sustancias tóxicas o psicofármacos.
- Si los síntomas depresivos persisten de manera significativa después de seis meses.
- Problemas matrimoniales, laborales o escolares.
- Quejas somáticas diversas y persistentes, reproducción de los síntomas que tenía el fallecido.
- Discurso sobre el fallecido como si estuviera vivo.
- Hiperactividad compulsiva sin sentimiento de pérdida.
- Lo pide el doliente o sus familiares.
- El médico de familia no se siente seguro en su manejo.

El duelo en el niño

El concepto de muerte es complejo y abstracto para los niños. Hasta los cinco años no consideran la muerte como definitiva. De los cinco a los nueve, es definitiva para los demás, pero no para ellos. A partir de los diez años es irreversible e inevitable para todos.

Los niños son más vulnerables a cualquier tipo de pérdida. No tienen la experiencia de sobrevivir sin la presencia más o menos continuada de una figura de apego.

Van a expresar más su tristeza con el cuerpo y el comportamiento, con cambios frecuentes de humor, disminución del rendimiento escolar y alteraciones en la alimentación y el sueño. En personas jóvenes predomina el malestar fisiológico, y en las mayores el psicológico.

Las manifestaciones más comunes del duelo en el niño son:

- **Afectivas:** tristeza y aislamiento, ansiedad, irritabilidad y agresividad, disminución de la autoestima, conductas regresivas, hiperactividad.
- **Somáticas:** insomnio, pérdida de apetito, molestias gástricas o abdominales, cefaleas.
- **Alteraciones sociales y educativas:** aislamiento social, desadaptación escolar. Rechazo al colegio, disminución del rendimiento escolar.
- **Manifestaciones equivalentes a los adultos:** depresión, distimia, otros trastornos psicopatológicos.

El duelo patológico se puede favorecer por factores de riesgo asociados a los padres (padres adolescentes e inmaduros, con problemas de personalidad o enfermedad mental, hábitos tóxicos, conducta marginal, etc.) o asociados al niño (enfermedades somáticas de largo curso, institucionalizaciones u hospitalizaciones prolongadas, abandonos parentales o separaciones prolongadas, malos tratos o abusos, etc.).

Señales de alarma que nos pueden indicar que se necesita ayuda profesional:

- Llorar en exceso o depresión durante períodos prolongados.
- Insomnio, pesadillas o miedo prolongado a estar solo.
- Regresión a comportamientos de un niño menos maduro por un período prolongado (orinarse encima, hablar como un bebé, etc.).
- Imitación excesiva por la persona fallecida y rabietas frecuentes.
- Expresiones repetidas del deseo de unirse al difunto.

- Pérdida de interés por los amigos y el juego.
- Rechazo a asistir al colegio o una disminución del rendimiento escolar.

Los niños necesitan una experiencia cálida, segura, afectiva, individualizada y continua en los cuidados. Las respuestas dependen del modo en que la familia y la sociedad presenten la muerte al niño.

Es aconsejable evitar la conspiración de silencio y explicar la muerte en términos sencillos y apropiados a su edad. Se recomienda que los niños mayores de cinco años asistan al funeral u otras ceremonias, si así lo desean.

Bibliografía recomendada

- Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ª ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Davies E, Higginson I. The solid facts. Palliative care. Geneva: WHO; 2004.
- Comité de Ministros del Consejo de Europa. Recomendación n.º R (2003) 24 sobre organización de cuidados paliativos, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 12 de noviembre de 2003. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/RecomendacionesUE.pdf> [acceso el 10 mayo de 2011].
- Navarro Sanz R, Juez Martel P, Sanchis-Bayarri Bernal V, Castellano Vela E. Factores pronósticos en pacientes pluripatológicos de edad avanzada en un hospital de asistencia a crónicos de media y larga estancia (HACMLE). *An Med Interna* 2006;23:529-32.
- Miller DK, Andresen EM, Malmstrom TK, Miller JP, Wolinsky FD. Test-retest reliability of subclinical status for functional limitation and disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61:52-6.
- Corsonello A, Pedone C, Carosella L, Corica F, Mazzei B, Incalzi RA. Health status in older hospitalized patients with cancer or non-neoplastic chronic diseases. *BMC Geriatr* 2005;5:10.
- McGuire LC, Ford ES, Ajani UA. Cognitive functioning as a predictor of functional disability in later life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:36-42.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS OSTEBA N.º 2006/08.
- Centeno C, Vara F, Pérez P. Presentación clínica e identificación del delirium en el cáncer avanzado. *Med Pal* 2003;10(1):24-35.
- Die Trill M, López Imedio E. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. Madrid: Ades Ediciones; 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía práctica clínica para el manejo de pacientes con ansiedad en Atención Primaria. Sistema Nacional de Salud. Publicaciones MSC; 2010.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía práctica clínica para el manejo de pacientes con depresión en Atención Primaria. Sistema Nacional de Salud. Publicaciones MSC; 2010.
- Monera Olmos CE. El niño frente a la muerte. Vulnerabilidad del menor: un enfoque multidisciplinar. Madrid: Díaz de Santos; 2010.
- Porta J, Serrano G, González J. Delirium en cuidados paliativos. *Institut Català d'Oncologia. Psicooncologia* 2004;1(2-3):113-30.
- Astudillo W, Mendinueta C, Granja P. Cómo apoyar al cuidador de un enfermo al final de la vida. *Psicooncologia* 2008;5(2-3):359-81.
- Barreto P, Bayés R. El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de Psicología* 1990;6(2):169-80.
- Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología* 1998;29(4):5-17.
- Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Debolsillo; 2003.
- Sanz Ortiz J. La comunicación en medicina paliativa. *Med Clin* 1992;98:416-8.
- Hanks G. Oxford textbook of palliative medicine. 4.ª ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2009.
- Bruera E. Textbook of palliative medicine. London: Arnold; 2009.
- Walsh D. Palliative medicine. Philadelphia: Saunders; 2008.
- Currow D. Emergencies in palliative and supportive care. Oxford, UK: Oxford University Press; 2006.
- Watson M. Manual Oxford de cuidados paliativos. Madrid: Grupo Aula Médica; 2008.
- Twycross R. Symptom management in advanced cancer. 4.ª ed. Nottingham (United Kingdom): Palliativedrugs.com Ltd; 2009.
- Twycross R. Palliative care formulary. 3.ª ed. Nottingham (United Kingdom): Palliativedrugs.com Ltd; 2010.
- Bruera ED, Portenoy RK. Cancer pain. Assessment and management. 2.ª ed. Cambridge: Lippincott; 2010.
- Fishman S. Bonica's management of Pain. 4.ª ed. Lippincott; 2010.
- Fitzgibbon D. Cancer pain. Assessment, diagnosis, and management. Lippincott; 2010.
- Fishbain DA. Pharmacotherapeutic management of breakthrough pain in patients with chronic persistent pain. *Am J Manag Care* 2008;14(5 Suppl 1):S123-8.
- Escarrabill J, Soler Cataluña JJ, Hernández C, Servera E. Recomendaciones sobre la atención al final de la vida en pacientes con EPOC. *Arch Bronconeumol* 2009;45:297-303.
- Sáenz Fernández E, Molinero Blanco E. Manejo general y extrahospitalario paliativo del paciente oncológico. Capítulo 2. Actitud terapéutica frente a los síntomas más frecuentes de desestabilización. *Medicine* 2009;10:1830-8.
- Huntntzinger ACP. Releases recommendations for palliative care at the end of life, practice guidelines. *American Family Physician* 2008;78(9).
- Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Síndromes urgentes en medicina paliativa. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín.
- Redondo Moralo MJ, Cuervo Pina MA. Síntomas respiratorios en cuidados paliativos. *Atención primaria* 2006;38(sup 2):38-46.
- Trallero Fort JC. La atención en los últimos días. 7 DM. com n.º 827 Enero 2011, Tema 5.
- Guía de Cuidados Paliativos: Urgencias en Medicina Paliativa SECPAL.

