

Cuidados paliativos

Control de síntomas

Marcos Gómez Sancho y Manuel Ojeda Martín

Unidad de Medicina Paliativa

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Las Palmas de Gran Canaria

Editado por Laboratorios MEDA
Edición 2009
Depósito legal: M-19632-2009
Imprime: NILO Industria Gráfica, S. A.

Índice

Presentación.....	5
Introducción.....	7
Generalidades.....	11
1. Principios generales del control de síntomas.....	11
2. Criterios para el uso de fármacos en pacientes terminales.....	15
3. Principios generales del uso de analgésicos.....	19
4. Los mitos de la morfina.....	33
Control de síntomas.....	47
1. Tratamiento del dolor.....	47
2. Síntomas digestivos.....	97
3. Síntomas urinarios.....	113
4. Síntomas neuropsicológicos.....	117
5. Síndromes urgentes en Medicina Paliativa.....	121
6. Síntomas respiratorios.....	127
7. Otra medicación en Cuidados Paliativos.....	133
8. Cuidados de la boca en el paciente moribundo.....	137
9. Cuidados de la piel.....	143
10. Enema de limpieza.....	149
11. Cuidados de confort.....	153
12. La alimentación.....	155
13. Vías de administración de fármacos.....	157

Anexos.....	161
I. Como prescribir la morfina	161
II. Recepción del paciente y familia.....	165
III. Cuidados en la agonía.....	169
IV. Duelo.....	171
V. La familia y el paciente	175
VI. Los derechos del enfermo Terminal	181
VII. Ética de la sedación en la agonía	183
 Bibliografía general recomendada	 189

Presentación

En el año 1992 publicamos la primera edición de nuestro pequeño manual “Control de síntomas en el enfermo de cáncer terminal”, que tuvo una aceptación extraordinaria entre los profesionales sanitarios de nuestro país. No en vano era el primer documento escrito en español donde, de forma concisa, se detallaba el tratamiento de los distintos síntomas que presenta el enfermo de cáncer en las últimas fases de su enfermedad. En 1995 lo actualizamos y editamos la segunda edición y en 1999 la tercera. Fue éste el momento en el que se cerraba el antiguo hospital El Sabinal y nuestra Unidad se trasladó al Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín que se inauguraba en esos momentos.

Hasta el momento han sido distribuidos 300.000 ejemplares, lo que da una idea del interés que despierta este tema entre los profesionales de la salud, que lo siguen solicitando día a día. Afortunadamente, hoy contamos en España con muchos textos (y muy buenos, por cierto) de Cuidados Paliativos como queda reflejado al final de este manual, en la bibliografía recomendada. Sin embargo, un documento conciso, de tamaño bolsillo sigue teniendo una gran predicación por su comodidad y rapidez de consulta y, por este motivo, editamos ahora este librito basado en aquel que escribimos hace casi 20 años, más ordenado y con algunos capítulos añadidos.

Una vez más, se hace imperativo dejar constancia de nuestro agradecimiento a MEDA (antes ASTA Medica y después Viatrix) por la edición y distribución de este Manual, en un nuevo gesto para apoyar y potenciar el desarrollo de los Cuidados Paliativos en nuestro país.

Marcos Gómez Sancho

Las Palmas de Gran Canaria, Mayo de 2009

Introducción

El tremendo desarrollo de la Medicina en las últimas décadas ha llevado consigo un considerable aumento de las expectativas de vida del hombre, que ha pasado de 34 años a principios de siglo a casi 80 en la actualidad (en el primer mundo, se entiende). Al desaparecer o disminuir la muerte provocada por infecciones y otras enfermedades agudas, ha aumentado la incidencia de las enfermedades degenerativas y, con ello, las posibilidades de morir lentamente.

A pesar de que los tratamientos del cáncer mejoran continuamente, cada año mueren de esta enfermedad 2.300 personas en nuestra Comunidad Autónoma, 96.000 en España. Otras enfermedades de las mismas características aumentan todavía más estas cifras, con lo que serán muchos los enfermos subsidiarios de recibir, como única posibilidad realista, los cuidados paliativos (cáncer, sida, insuficiencias de órganos, enfermedades degenerativas neurológicas, geriátricos muy avanzados, etc.).

Los modernos recursos de que dispone la Medicina han creado en los ciudadanos y también en los profesionales una especie de “delirio de inmortalidad” y han llevado al médico a confundir su vocación: se ha potenciado la misión “curativa” y se ha olvidado su auténtica misión, esto es, aliviar el sufrimiento humano.

El médico, en ocasiones, llega a la conclusión de que, desde el punto de vista “curativo”, poco se puede hacer por el enfermo terminal. De ahí que su dedicación a este tipo de pacientes no sea tan intensa como la prestada a enfermos afectados de otras patologías “curables”. Esta actitud del profesional, a mi juicio, viene marcada por tres motivos: por una parte, el estudiante de Medicina no recibe en la Universidad la más mínima formación en este sentido, encontrándose desprovisto

de recursos para hacer frente a la tremenda cantidad de problemas (físicos, psíquicos y sociales) que estos enfermos suelen presentar. En segundo lugar, y aunque sea subconscientemente, el médico interpreta el acercamiento de la muerte de su enfermo como un fracaso profesional. Por último, los médicos, como el resto de los seres humanos, difícilmente asumen el asunto de su propia muerte. Si esto es así, el enfermo está recordando al médico su propia mortalidad, lo que dificultará su contacto con este paciente.

Precisamente, el objetivo de este documento es el de proporcionar a los profesionales los conocimientos básicos por lo que se refiere al control de síntomas del enfermo en situación avanzada y terminal, bien entendido que estos tratamientos deben realizarse dentro de un amplio contexto de “atención global”. Serviría de muy poco implantar un tratamiento farmacológico, por correcto que fuese, si no va acompañado de un intenso soporte emocional. Piénsese que nuestro objetivo debe ser “cubrir las necesidades” del enfermo terminal y estas necesidades son múltiples: físicas, psíquicas, sociales, burocráticas, espirituales, etc.

Por último, debemos tener en cuenta que nuestro objetivo terapéutico no es sólo el enfermo, sino también sus familiares. Este extremo debe tenerse siempre presente y por este motivo se ha destinado en estos protocolos un espacio para la atención a la familia.

Marcos Gómez Sancho

*Director de la Unidad de Medicina Paliativa
del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
www.mgomezsancho.com*



GENERALIDADES

Generalidades

1. Principios generales del control de síntomas

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), propone los siguientes:

1. **Evaluar antes de tratar**, en el sentido de evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener el cáncer y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto. (Ejemplo: disnea por infiltración del parénquima y/o derrame pleural y/o anemia, etc.). Además de la causa, debemos evaluar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.

No siempre el cáncer es el responsable de los síntomas. Éstos pueden ser motivados por:

- el cáncer
- los tratamientos anticáncer
- la debilidad
- causas totalmente ajenas al cáncer

Así, por ejemplo, los vómitos pueden ser producidos por un cáncer gástrico, pero también por algunos fármacos quimioterápicos, por la radioterapia, por la morfina o por una metástasis cerebral (por hipertensión intracraneal), etc. Más adelante, volveremos a citar esta circunstancia al hablar del dolor.

2. **Explicar las causas** de estos síntomas en términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar. No debemos olvidar que el enfermo está preocupado y quiere saber por qué tiene los síntomas. Explicar, asimismo, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia. Una familia bien informada de

lo que pretendemos hacer, será siempre más colaboradora y facilitará mucho el control de los síntomas. Lógicamente, esto tiene una importancia trascendental cuando el enfermo va a ser cuidado en el domicilio y la mayoría del peso de los cuidados correrá precisamente a cargo de los familiares.

3. La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma, que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además, deben fijarse los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.

4. El tratamiento siempre ha de ser individualizado. Discuta las opciones terapéuticas con el enfermo.

5. Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas, etc.). La correcta monitorización nos ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento y mejorar nuestro trabajo al poder comparar nuestros resultados. Requerirá la validación previa por el equipo del instrumento de medida.

6. Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican. Actitudes y conductas adecuadas por parte del equipo (escucha, risa, terapia ocupacional, contacto físico, etc.) contribuyen no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además elevan el umbral de percepción del dolor por el enfermo.

7. Dar instrucciones correctas y completas sobre el tratamiento. Sabiendo que los médicos tenemos una escritura difícil de comprender,

puede ser buena idea escribir las instrucciones a máquina. Detallar muy bien los medicamentos que tiene que tomar el enfermo, con qué intervalos, la vía de administración, si es conveniente tomarlas con las comidas o no, los medicamentos que tiene que tomar a horas fijas y los que puede tomar sólo si los precisa, etc. También es importante que el enfermo sepa para qué sirve cada uno de los medicamentos (éste es para el dolor, este otro para el estreñimiento, etc.). Este último punto puede tener una importancia, a veces, determinante; por ejemplo, la Amitriptilina, que es un antidepresivo, lo utilizamos frecuentemente para el control del dolor neuropático (dolor disestésico superficial, como puede ser la neuralgia postherpética). Cuando el enfermo llegue a casa y lea el prospecto que acompaña al medicamento (que lo leerá), puede quedar confundido y “sospechar” que le damos un psicofármaco porque no creemos en su dolor.

Debemos informar al enfermo de los efectos secundarios que “probablemente” pueden aparecer con los tratamientos. Decimos “probablemente” porque los prospectos informativos que el fabricante introduce en el envase son extraordinariamente exhaustivos por imperativos legales y en él constan las complicaciones que pueden surgir, por remotas que éstas sean. Este asunto puede asustar al enfermo (bastante frecuente) si no le explicamos que sólo raramente se dan algunos de ellos.

Algunos preparados, sobre todo los comprimidos de liberación retardada, deben ser deglutidos enteros, sin masticar y sin machacar. Enfermo y familia deben saber que si, por cualquier motivo, en algún momento no los puede tragar, nos debe avisar para buscar otra alternativa.

8. Síntomas constantes, tratamiento preventivo. Algunos síntomas en estos enfermos son permanentes. En estos casos, los medicamentos habrá que darlos de forma “fija”, nunca “a demanda”, para evitar la aparición de dicho síntoma. El caso más característico es el del dolor, que

será tratado en profundidad más adelante. Otro caso que nos puede servir como ejemplo, son los vómitos. Imaginemos que un enfermo ha vomitado como consecuencia de un tratamiento con codeína. Cuando, más adelante, tengamos que comenzar a darle morfina, es fácil sospechar que vuelva a vomitar. Por este motivo, en el mismo momento de prescribírsele, comenzaremos a darle antieméticos de forma profiláctica, por lo menos provisionalmente.

9. Revisar, revisar y revisar. Es difícil conocer de antemano las dosis que necesitará cada enfermo, sobre todo de algunos medicamentos (analgésicos, laxantes y psicofármacos). Además, todos estos fármacos tienen efectos secundarios, que varían mucho de unos pacientes a otros y que debemos controlar de cerca. Por otra parte, el cáncer es una enfermedad progresiva, lo que hace que la situación vaya cambiando también progresivamente. Estos cambios serán más frecuentes e importantes a medida que la enfermedad avanza, llegando en las fases agónica y preagónica a producirse en cuestión de horas o minutos.

10. No limite los tratamientos al uso de fármacos. Recuerde siempre el posible beneficio de la aplicación de calor o frío, la administración de masajes, la dieta, la terapia ocupacional, rehabilitación, relajación, etc.

La rigurosidad y minuciosidad de nuestra actuación tendrá una traducción clínica evidente en nuestros pacientes sobre su nivel de confort, siendo necesario conjuntar una gran experiencia clínica en el manejo de estos pacientes, con un alto nivel de sentido común a la hora de tomar decisiones, evitando aquellas medidas de diagnóstico que no vayan a alterar nuestra estrategia de forma notable, así como no retrasando el tratamiento por el hecho de no disponerlas.

Es imprescindible que el equipo terapéutico completo elabore, asuma, practique y evalúe los objetivos terapéuticos en cada síntoma y en especial en el caso del dolor.

2. Criterios para el uso de fármacos en pacientes terminales

El objetivo es el confort

Debemos recordar este extremo. Nunca vamos a curar al enfermo y toda medicación que suministremos irá encaminada a mejorar el bienestar de nuestros pacientes.

Eficacia comprobada

Esto no está reñido con la investigación correcta, que es muy importante. Simplemente, intentaremos evitar el ir cambiando de un medicamento a otro, probando por sistema los últimos preparados que salen al mercado.

No son necesarios más de 15 ó 20 medicamentos para controlar los síntomas de los pacientes terminales, pero de los cuales debemos tener un conocimiento exhaustivo.

Pocos efectos indeseables subjetivos

Como en toda actividad médica, a la hora de prescribir un fármaco, debemos sopesar sus ventajas y sus inconvenientes o lo que es lo mismo, su efecto terapéutico y sus efectos secundarios. Sin embargo, dadas las peculiaridades del enfermo terminal, los efectos secundarios de algún medicamento, al no producir malestar subjetivo, no nos van a preocupar demasiado. Por ejemplo, en un tratamiento con corticoides, nos importará si provoca dolor de estómago o hemorragia digestiva, pero nos importará muy poco si provoca “cara de luna llena”, generalmente indiferente para el enfermo.

No olvidar que la aparición de efectos secundarios desagradables para el enfermo es la causa más frecuente de que los deje de tomar.

Procurar usar la vía oral. Evitar pastillas grandes y de mal sabor

Por lo que respecta a la vía oral, se profundizará en ello más adelante al hablar del dolor. Muchas veces, sin embargo, no tenemos en cuenta otros aspectos más sutiles, como es el tamaño de la pastilla. Son enfermos con frecuentes problemas para tragar y el tamaño del comprimido o tableta puede llegar a ser importante.

Desgraciadamente, en nuestro país, hay pocos medicamentos comercializados en forma de gotas, al contrario que en muchos otros países. Es una lástima, ya que es una forma de administración muy útil en determinadas circunstancias. En otras ocasiones, se trata de medicamentos con muy mal sabor. Alguno de los jarabes que utilizamos como laxantes son repudiados por un buen número de enfermos, lo que nos obliga a buscar otras alternativas. Existen, por ejemplo, unos comprimidos de paracetamol, que aparte de ser muy grandes, parecen literalmente "una tiza". Es fácil imaginar lo que esto supone para un enfermo que puede tener la boca muy seca.

A la solución de morfina (amarga), se le puede añadir esencia de naranja, menta, etc. para que resulte más agradable.

Vías de administración alternativas

Aparte de algunos tumores de la cavidad oral o vías digestivas altas en que puede haber problemas de deglución durante mucho tiempo, en la mayoría de los enfermos la vía oral es practicable hasta los últimos días u horas de vida. Cuando esta vía de administración no es posible, tenemos que pensar en vías alternativas. La que más utilizamos es la vía subcutánea por su efectividad y facilidad de uso. Cada vez va habiendo más fármacos preparados para la administración transdérmica (parches), sobre todo analgésicos. Son muchos los enfermos que rechazan los supositorios, pero éste no es motivo para que no lo

tengamos en cuenta. En algunas situaciones agónicas, cuando el enfermo está en casa y la familia nos llama por teléfono un día festivo, los supositorios de diazepam, fáciles de conseguir, solucionan una crisis de agitación, por ejemplo.

Otra alternativa podría ser la vía sublingual, pero tampoco hay muchos medicamentos comercializados de esta manera. La vía inhalatoria y nasal están en fase experimental. La vía intramuscular no la usamos nunca por ser muy dolorosa y no ofrecer ninguna ventaja sobre la subcutánea. La vía intravenosa, en muy contadas ocasiones, sobre todo en enfermos ingresados a los que ya se les estaba practicando esta vía con otros fines.

Administración sencilla

Cuanto más fácil sea el régimen terapéutico, más posibilidades de su cumplimiento. Cuando se pueda, se elegirá un medicamento de acción prolongada (es mejor un comprimido cada 12 horas, que uno cada 4).

Algunos fármacos (comprimidos de morfina de liberación retardada) son de distintos colores según su potencia, lo que ayuda con algunos enfermos en la comunicación diaria. Existen algunos fármacos (por ejemplo, salicilatos) que se presentan en sobres con polvo o comprimidos efervescentes para disolver en agua. Diversificar la forma de tomar los distintos medicamentos puede hacer que al enfermo le dé la impresión de que "no toma tantos".

Restringir en lo posible el número de fármacos

Se suele admitir, como máximo, 4 ó 5 medicamentos para que el enfermo cumpla el tratamiento. Por desgracia, esto no siempre es posible debido al gran número de síntomas que, con frecuencia, nos vemos obligados a tener que controlar.

En estudios amplios hechos al respecto, se ha comprobado que cuanto mayor es el número de tomas que el enfermo debe seguir, menor será el grado de cumplimiento. Estamos muy equivocados los médicos si pensamos que los enfermos toman todos los medicamentos que les prescribimos.

Intentaremos retirar los fármacos que ya no sean necesarios, aunque el enfermo los lleve tomando mucho tiempo. Vasodilatadores, hipolipemiantes, compuestos de hierro, vitaminas, cardiotónicos, incluso hipoglucemiantes (enfermos que ya casi no comen), pueden no tener excesiva utilidad. Esto debe hacerse con extremada delicadeza para no "herir" al enfermo. Se le puede decir, por ejemplo: "ahora, que usted reposa muchas más horas, quizás no necesite, de momento, las pastillas para el corazón".

No olvidar nunca las medidas no farmacológicas

Aparte del soporte emocional, no olvidar las medidas físicas, muy útiles en ocasiones (aplicación de frío o calor, masajes, etc.).

3. Principios generales del uso de analgésicos

Cuando el enfermo dice que le duele, es que le duele

"El dolor propio siempre es insufrible y el ajeno siempre exagerado"

Muchas veces no tenemos la consideración suficiente ante las quejas de los enfermos.

"No es para tanto", "Lo que pasa es que está usted nervioso". Frases de esta índole es la respuesta que recibe muchas veces un enfermo que se queja de dolor, en vez de un analgésico de la potencia necesaria para aliviarle. Es importante recordar que nosotros no estamos ahí para juzgar al enfermo, sino para suprimirle o aliviarle el dolor.

La potencia del analgésico la determinará la intensidad del dolor y nunca la supervivencia prevista

"¿Cómo le vamos a empezar a dar morfina si todavía le queda un año de vida?"

Lamentablemente, no es raro escuchar este tipo de sentencias.

Lo primero que habría que considerar es lo arriesgado de establecer pronósticos de supervivencia. Nos hemos equivocado tantas veces a la hora de establecer dichos pronósticos (por exceso y por defecto) que preferimos no hacerlo.

Otra consideración, de mayor trascendencia, se refiere a que, aunque supiésemos a ciencia cierta que al enfermo todavía le queda un año de vida, no es motivo para no comenzar a dar analgésicos potentes desde este mismo momento si es necesario.

Estos planteamientos son debidos a la ignorancia del manejo de estos analgésicos y que lleva a la falsa creencia de que a la larga no serán efectivos. Sospecho que muchos enfermos, por culpa de este error, han padecido de dolor durante semanas o meses y solamente han tenido el beneficio de recibir analgésicos enérgicos cuando estaban en fase agónica.

Siempre que sea posible, usar la vía oral

"Tomarse una pastilla duele menos que recibir una inyección"

La vía oral ha demostrado que es eficaz y tiene múltiples ventajas sobre otras vías de administración más traumáticas. Cuando la vía oral no es practicable, lo que suele suceder en las últimas horas o días de vida, disponemos de vías alternativas, sobre todo la vía subcutánea.

Si un enfermo que está recibiendo morfina por vía parenteral pretendemos pasarle a vía oral, habrá que hacer la correspondiente modificación de la dosis: si recibía morfina intravenosa, habremos de darle el triple de dosis y si lo recibía por vía subcutánea, el doble. Obviamente, esto lo tenemos que tener también en cuenta cuando hagamos el camino inverso: si un enfermo está recibiendo morfina oral y por el motivo que sea (vómitos, etc.) se la debemos administrar ahora por vía parenteral, deberemos darle la tercera parte (si va a ser intravenosa) o la mitad (si va a ser subcutánea) de la dosis que le estábamos dando anteriormente.

Forman parte de un control multimodal del dolor

Es imprescindible saber que el tratamiento analgésico forma parte de un control multimodal del dolor ("la morfina enviada por correo, no es tan efectiva"). Mal camino lleva el médico si piensa que simplemente administrando analgésicos, aunque sean potentes, va a conseguir controlar el dolor de sus enfermos. El tratamiento farmacológico del

dolor, siempre e inexcusablemente, debe ir acompañado de medidas de soporte. El enfermo debe ver en el médico a un interlocutor fiable en quien podrá confiar, que le transmitirá seguridad y amistad y con quien podrá establecer una relación honesta y sincera. Dentro de este contexto relacional, cuando se haya instaurado una relación médico-enfermo terapéutica, se podrá esperar el máximo efecto analgésico de los fármacos. Por ello tiene razón C. Saunders cuando dice que "gran parte de los dolores pueden ser aliviados sin recurrir a analgésicos, una vez que el médico se sienta, escucha y habla con el paciente".

Es imperativo actuar sobre una multitud de circunstancias que inevitablemente acompañan a la enfermedad terminal para poder tener éxito en el tratamiento del dolor. Aparte de la localización del tumor y del estadio evolutivo de la enfermedad, el dolor dependerá mucho de una serie de factores individuales que pueden modificar de forma importante el umbral de percepción del dolor. Estos factores tienen una importancia muy grande y además, muchas veces, no se les tiene suficientemente en cuenta.

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto un sencillo esquema para el alivio del dolor en el cáncer. Se trata de una escalera con tres peldaños que hacen referencia a analgésicos de distinta potencia (en un capítulo posterior se especifica este esquema). Como consecuencia de todo lo dicho hasta aquí, proponemos añadir a la escalera una "barandilla" o "pasamanos" para recordar, de forma gráfica, que además de ir aumentando la potencia del analgésico subiendo escalones, debemos "apoyarnos" en dicha barandilla (soporte emocional, comunicación, atención a los familiares). Más adelante se profundiza en este asunto.

En efecto, el dolor es una experiencia subjetiva, es una emoción. Por eso se oye decir muchas veces que el dolor no se puede medir, lo mismo que no se puede medir el amor, el miedo, etc.

En 1973, en Seattle (Washington), se celebró el Primer Simposio sobre el Dolor y se crea la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (I.A.S.P. de las siglas en inglés). Dicha Asociación ha propuesto una definición del dolor que es la siguiente:

"Es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma".

La importancia de esta definición es la aceptación del componente emocional y subjetivo del síntoma. Hasta entonces, no se aceptaba muy bien que pudiese existir dolor sin haber un daño tisular. El dolor no es un mero acontecimiento fisiológico. Es, a un tiempo, emocional, cognitivo y social.

El dolor que nosotros percibimos -la cantidad y la naturaleza de esta experiencia- no depende solamente del daño corporal, sino que está determinado también por las experiencias anteriores y por el modo de recordarlas, por nuestra capacidad de entender la causa del dolor y de apoderarnos de sus consecuencias. La misma cultura en la que crecemos tiene un papel esencial en el modo como percibimos y respondemos al dolor.

La percepción, la tolerancia y la respuesta ante el dolor no dependen únicamente de la función del estímulo nocivo o del daño en alguna parte de nuestro cuerpo, sino que están condicionados, además de por las características personales del individuo, por la experiencia pasada y por las creencias y expectativas propias y del núcleo social y cultural al que pertenecemos.

Podemos decir que el dolor es lo que la persona que lo sufre dice experimentar y, como experiencia emocional, se verá modificado por una serie de factores que modularán la vivencia o intensidad dolorosa.

Dichos factores son los siguientes:

Factores que aumentan el umbral del dolor:

- Sueño.
- Reposo.
- Simpatía.
- Comprensión.
- Solidaridad.
- Actividades de diversión.
- Reducción de la ansiedad.
- Elevación del estado de ánimo.

Esto significa que potenciando todos estos factores, el dolor va a disminuir. A algunos enfermos se les "olvida" el dolor cuando ven un partido de fútbol, una película interesante o tienen una visita entretenida.

Factores que disminuyen el umbral del dolor:

- Incomodidad.
- Insomnio.
- Cansancio.
- Ansiedad.
- Miedo.
- Tristeza.
- Rabia.
- Depresión.
- Aburrimiento.
- Introversión.
- Aislamiento.
- Abandono social.

Lo cual quiere decir que un enfermo que se encuentre en alguna de estas circunstancias, va a experimentar más dolor. Hay algunos pacientes que tienen muchos de estos problemas juntos y cuyo dolor es absolutamente intratable aún después de suministrar dosis increíblemente altas de morfina y, a veces, a pesar de realizar destrucción nerviosa química o quirúrgica.

Una consecuencia muy importante de estas posibles modificaciones en el umbral del dolor es que las dosis se deberán regular individualmente, como se comentará más adelante.

Anteriormente, se han enunciado los factores que modifican el umbral del dolor y sobre los cuales tenemos que actuar enérgicamente.

El componente emocional juega un papel importantísimo en la percepción del dolor en el enfermo oncológico. Existen, de hecho, unos momentos emocionalmente especiales, como los siguientes:

- La noche.
- El alta y el ingreso.
- La soledad.
- Los fines de semana.

A veces es preciso valorar el alivio obtenido y los efectos colaterales

"En el dolor del cáncer no rige la ley «del todo o el nada»"

Podemos tener a un enfermo con el dolor controlado en reposo por medio de una dosis determinada de morfina, pero el dolor reaparecerá al intentar levantarse.

Podemos incrementar suavemente las dosis analgésicas para intentar que el enfermo deambule. Algunas veces lo conseguiremos, pero otras pueden empezar a aparecer efectos secundarios inaceptables. En algunas ocasiones, como la descrita, debemos llegar a un compromiso entre analgesia alcanzada y unos efectos secundarios aceptables y controlables. A veces, debemos llegar a un acuerdo con el enfermo que, con frecuencia, prefiere controlar su dolor un 80%, por ejemplo, y no tener náuseas o somnolencia excesiva.

Generalmente son necesarios fármacos adyuvantes

Es muy frecuente tener que añadir a los analgésicos otros medicamentos, como ansiolíticos, algunos antidepresivos (que además tienen efecto analgésico como se verá después), inductores del sueño, etc.

Los fármacos psicotropos no deben usarse por rutina

"El mejor psicofármaco es un médico atento y disponible"

Algunas veces por una larga historia de un dolor no controlado, otras simplemente por la enfermedad que el paciente sufre, la realidad es que muy frecuentemente en la primera consulta nos encontramos ante un enfermo "triste" y más o menos abatido.

Sería un error imponer un tratamiento con antidepresivos o ansiolíticos en esos momentos. Es más prudente, en general, esperar a que el enfermo tenga controlados los síntomas físicos (que puede ser la causa de su abatimiento), que se haya establecido una correcta relación terapéutica con él y que comprenda que va a recibir ayuda. Sólo después de esto, si en consultas sucesivas, su bajo estado de ánimo persiste y nos hace pensar en una depresión o ansiedad manifiestas, se instaurará un tratamiento con los psicofármacos adecuados.

Teniendo en cuenta estos aspectos psicológicos y emocionales, debemos evitar una de las tentaciones más frecuentes: psiquiatrizar a los enfermos. Los fármacos psicotropos no deben usarse por rutina.

No todos los dolores son aliviados por los analgésicos

En efecto, algunos dolores son más o menos resistentes a los analgésicos, incluidos los opioides potentes. En estos casos habrá que utilizar coanalgésicos (que se describen más adelante).

Los analgésicos hay que suministrarlos a horas fijas

"El dolor crónico necesita una terapia preventiva"

Una regla de oro en el control de síntomas en pacientes de cáncer es que a "síntomas constantes, tratamiento preventivo", y que uno de los síntomas más frecuentes de este tipo es el dolor. Sabemos que el dolor no va a desaparecer mientras persista el motivo que lo ha provocado, en este caso el tumor.

En el caso de un dolor constante, como es el provocado por el cáncer, hay que dar los analgésicos como la insulina a los diabéticos. A nadie se le ocurriría esperar a que un enfermo sufriese una crisis hiperglucémica o, peor aún, un coma diabético, para administrar insulina. Este fármaco se administra de forma regular precisamente para evitar que aparezcan estos problemas. De idéntica manera daremos de forma regular los analgésicos al enfermo para evitar que aparezca el dolor.

El intervalo con que hay que administrar los analgésicos lo determina la duración de su efecto (4 horas para la solución acuosa de morfina, 12 horas para los comprimidos de morfina retardada, 4 horas para el ácido acetilsalicílico, etc.).

¿Por qué los analgésicos deben darse a horas fijas?:

Se evita la aparición del dolor.

Hay que tener en cuenta que el dolor:

- **Recuerda la enfermedad.** El enfermo puede llegar a olvidar en muchos momentos su enfermedad mientras no tenga síntomas. La aparición de cualquiera de ellos, sobre todo el dolor, le recordará su padecimiento.

- **Se precisan dosis mayores.** Una vez que el dolor ha reaparecido, necesitaremos para controlarlo dosis mayores de las que utilizamos para prevenirlo.

- **Pérdida de confianza en el equipo.** La reaparición del dolor, sobre todo si es recidivante, puede llegar a abatir al enfermo y hacerle perder la confianza en sus cuidadores.

- *Se evita al paciente la responsabilidad de pedirlo.*

En algunos casos, el enfermo puede hacerse el valiente, confiar en que el dolor se le pasará, etc. Otras veces puede no querer pedir un analgésico por no molestar (frecuente). Se debe evitar este tipo de situaciones y la mejor manera es darle los analgésicos a horas fijas.

- *Pacientes con miedo a la dependencia.*

Muy frecuentemente por cierto, los enfermos temen hacerse adictos. Se les explicará, obviamente, con todo lujo de detalles que esa posibilidad no existe. Si le damos los analgésicos de forma fija, es más difícil que puedan pensar en este asunto.

- *Enfermeras con miedo a 105 opioides.*

En una planta cualquiera de un hospital, donde no se utilice con frecuencia la morfina, puede ser que las enfermeras le tengan miedo, sobre todo si nadie se ha molestado en enseñarles su manejo. Por eso es importante que el médico haya dejado ordenado, en la hoja de tratamientos, la pauta fija de morfina.

- *Escasez de enfermeras: retraso en el suministro.*

Entre que el enfermo puede tardar en pedirlo, la enfermera tardar en ir a la habitación cuando el enfermo llama y después tardar en llevárselo, puede transcurrir mucho tiempo.

Nadie está acostumbrado, en su vida ordinaria, a tomar analgésicos sin tener dolor. Por este motivo, hay que explicar muy bien al enfermo la imperiosa necesidad de que los tome a horas fijas, aunque no tenga dolor. A veces cuesta trabajo que lo entiendan.

Jamás usar un placebo

Es evidente que el dolor, al igual que muchos otros síntomas, puede desaparecer con la administración de un placebo. No pueden utilizarse los placebos para valorar el predominio de los componentes psicológicos ya que hasta un 30 y un 40 por ciento de personas con dolor de origen orgánico pueden mostrar respuesta analgésica al placebo.

Con los pacientes terminales, es ética y clínicamente inaceptable su utilización. No todo el mundo tiene por qué conocer los mecanismos de acción intrínsecos del placebo y, sin embargo, corremos el peligro de que alguien mal interprete su efecto y piense que el enfermo miente ("No le dolería tanto, ya que le he puesto una inyección de suero fisiológico y se le ha pasado el dolor").

Por lo que respecta a los mecanismos de acción del placebo, queda mucho camino por recorrer para su comprensión.

Lamentablemente, es muy común la falta de conciencia de los médicos sobre la eficacia de los placebos al tratar dolor orgánico. Muy a menudo los médicos prescriben los placebos, no para aliviar el sufrimiento, sino para demostrar que el dolor de un paciente no tiene base orgánica. Se prescriben placebos a los enfermos que molestan o de los que se sospecha que exageran sus síntomas. Hay escasa evidencia que sugiera que el dolor aliviado por un placebo no es real cuando se le compara con un dolor que no se alivia de dicha manera. De hecho, las pruebas sugieren exactamente lo contrario: por lo general, los simuladores y los adictos a narcóticos son menos susceptibles de mostrar alivio con placebos.

El uso de placebos en el tratamiento del dolor a menudo se acompaña de mayores riesgos que beneficios y puede afectar en forma grave la relación médico-enfermo. Generalmente, el uso del placebo se debe a la falta de conocimiento y a la frustración al tratar de lograr analgesia. Se administran placebos a los pacientes en situaciones en que se ha desarrollado un extremo conflicto médico-enfermo o enfermera-enfermo. El empleo de placebos en tales condiciones empeora la relación profesional-enfermo y cuando éste lo descubre, lleva a la exacerbación de los síntomas, así como a generar un sentimiento de desconfianza y enojo.

Muchas terapias alternativas se basan en ese camino agradable, aunque sean tan tramposas.

No utilizar habitualmente medicamentos compuestos

Existen algunos preparados comerciales que contienen 2 y hasta 3 analgésicos distintos en la misma cápsula y con dosis muy bajas de todos ellos. Esto puede estar bien para dolores banales (ya que dichos

preparados suelen tener poca cantidad de cada uno de ellos) y sobre todo para quien no sabe el tipo de dolor que tiene el enfermo y dándole 3 juntos, alguno hará efecto. Debemos procurar identificar el tipo de dolor que tiene el enfermo y suministrarle el analgésico específico que necesite para su control. Por otra parte, en un momento determinado puede que creamos oportuno aumentar la dosificación de uno de ellos; automáticamente aumentamos también la de los demás.

No obstante, recientemente se han comenzado a comercializar preparados de paracetamol + codeína y también de lisina + codeína con dosis adecuadas de ambos componentes, que pueden resultar útiles ya que en un solo comprimido se administran dos fármacos.

Su uso debe ser simple

Los 3 fármacos que identifican los peldaños de la escalera propuesta por la Organización Mundial de la Salud, y por tanto los analgésicos son: la aspirina, la codeína y la morfina. Es necesario, sin embargo, tener una buena familiaridad con uno o dos medicamentos alternativos a cada uno de ellos para los casos en que el enfermo no los tolere por el motivo que sea. Las alternativas a la aspirina pueden ser el paracetamol, el metamizol o cualquiera de los AINE. Las alternativas a la codeína y a la dihidrocodeína pueden ser el dextropropoxifeno (apenas utilizado) y el tramadol. Del tercer escalón hoy disponemos de varios analgésicos potentes además de la morfina (metadona, oxicodona, fentanilo, buprenorfina). Próximamente se comenzará a comercializar en nuestro país la hidromorfona.

El arsenal analgésico que podemos necesitar no va más allá de 9 ó 10 fármacos. Es preferible conocer muy bien unos pocos esenciales, que tener un conocimiento superficial de todos o la mayoría de los existentes.

Las dosis se regularán individualmente

Ésta es una de las principales diferencias entre el abordaje del dolor agudo y el dolor crónico. Las dosis para controlar el dolor postoperatorio, o el dolor traumático, por ejemplo, serán muy similares de un enfermo a otro. Sin embargo, nos podemos asombrar de las diferencias tan tremendas que puede haber en las dosis de analgésicos entre los enfermos con cáncer. Dos enfermos con idéntico tumor, que en teoría debe provocar un dolor similar, pueden necesitar, uno de ellos 40 mg de morfina diaria y el otro 500 para el control adecuado de su dolor. Esto se debe, como ya hemos explicado, a la gran cantidad de factores que pueden modular la percepción dolorosa de estos enfermos.

Desconocer este extremo tan importante ha conducido a muchos fracasos. Algunos colegas olvidan que las dosis de morfina pueden aumentarse casi indefinidamente y que cada enfermo tiene "su dosis".

El insomnio debe tratarse de forma enérgica

Como hemos comentado, una noche en vela suele ser muy mala compañera para este tipo de enfermos. Pero es que, además, indirectamente va a afectar al dolor. Después de una noche sin dormir, el enfermo estará cansado y el umbral del dolor disminuido.

Algunos enfermos tienen pánico a la noche y su insomnio es muy difícil de tratar, sobre todo en enfermos que padecen disnea y tienen miedo a morir asfixiados mientras duermen. El mejor tratamiento, en estos casos, suele ser la compañía tranquilizadora permanente.

Se puede, y con frecuencia se debe, mezclar analgésicos periféricos (por ejemplo, aspirina) con analgésicos centrales (opioides)

Actúan por mecanismos de acción diferentes y potencian sus efectos analgésicos.

No se deben, sin embargo, mezclar nunca dos analgésicos opioides

Algunos son compatibles entre sí (por ejemplo codeína y morfina). Sin embargo, es farmacológicamente absurdo utilizarlos juntos. No tiene ningún sentido y hace difícil su dosificación.

Pero es que, en muchas ocasiones, son incompatibles entre sí (por ejemplo, morfina y pentazocina), anulando uno el efecto del otro. Por eso es mejor no mezclarlos nunca.

A veces es necesario ingresar al enfermo para controlar su dolor

Las indicaciones pueden ser las siguientes:

- Cuando, sencillamente, un episodio de dolor no se puede controlar de forma ambulatoria.
- Cuando el paciente necesita un cambio de ambiente.
- Cuando el régimen terapéutico se ha hecho muy complejo y la familia no es capaz de suministrar la medicación de forma conveniente.
- En cuadros de "dolor extenuante" (dolor que se acompaña de depresión o ansiedad grave con indiferencia hacia todo lo que le rodea y pérdida de fe en sus cuidadores).
- A veces para extraer un fecaloma (lo solemos hacer en el hospital de día).
- Para descanso de la familia cuando ésta se encuentra agotada por los cuidados.
- Para cambiar de un opioide a otro, algo que se debe llevar a cabo por profesionales expertos.

4. Los mitos de la morfina

Muchos, por desgracia la mayoría, de los enfermos de cáncer y de otras enfermedades sufren dolor de distinta intensidad porque no se les suministran los analgésicos que precisan, tanto cualitativa como cuantitativamente. Ello se debe, en gran medida, a que tanto los sanitarios como la población general tienen una serie de prejuicios acerca de los analgésicos opioides, de forma que no se utilizan o se utilizan de forma inadecuada e insuficiente. Aunque hablamos de la morfina, estos miedos son aplicables a todos los analgésicos potentes.

A continuación se enumeran algunos de los más frecuentes:

"Se hará un drogadicto"

Existe un gran temor por parte de muchos médicos de iniciar una dependencia a estos fármacos. Históricamente, no hay duda que, en algunas épocas, los médicos han tenido poca preocupación respecto a la capacidad generadora de dependencia de los opioides. Durante el siglo XIX, en los Estados Unidos se podían conseguir opioides, no sólo de médicos y farmacéuticos, sino también en tiendas de ultramarinos y almacenes; incluso se cultivaban amapolas en muchos estados, hasta que, en 1942, las leyes federales prohibieron su cultivo. Con la invención de la aguja hipodérmica, muchos médicos empezaron a utilizarla para "curar" el problema de adicción a opioides orales. Por desgracia, como era de imaginarse, se produjo una dependencia nueva y más intensa, aumentando el número de adictos a la morfina de forma muy importante.

La síntesis de la heroína (diacetil-morfina) en 1874 y su empleo subsecuente por Dresser en 1898 introdujo otro fármaco en el arsenal médico. Además, se pensaba que la heroína era más potente y menos tóxica que la morfina, sin sus efectos causales de dependencia. Fue tal la publicidad alrededor de esta sustancia, que la Compañía Far-

macéutica Bayer lanzó una campaña internacional para promover las ventas. La eficacia de esta campaña respecto al uso de heroína en los Estados Unidos puede destacarse por el hecho de que, en 1906, la Asociación Médica Americana (AMA) aprobó su empleo para uso general, recomendando la heroína como sustituto de la morfina para varios padecimientos dolorosos. En 1920 se establecieron con claridad los riesgos asociados al empleo de la heroína y la AMA decidió que se eliminara de la práctica médica.

La conciencia médica sobre los peligros de la morfina y la heroína, acompañada de la legislación federal que en 1924 prohibió la producción e importación de heroína a los Estados Unidos, y sanciones internacionales en 1925, hicieron que disminuyera de forma notable la prescripción de narcóticos.

El Comité de Expertos en Drogodependencias de la Organización Mundial de la Salud define así la situación de drogodependencia:

"Es un estado psíquico y a veces también físico, que resulta de la interacción de un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por reacciones comportamentales y de otro tipo, que incluyen siempre una pulsión a ingerir el fármaco de manera continua y periódica para experimentar el efecto psíquico y/o evitar el sufrimiento causado por su ausencia".

Con arreglo a esta definición, dicho Comité garantiza que el consumo de morfina en enfermos de cáncer no supone un problema de drogadicción.

Por ejemplo, en la Universidad de Boston se analizaron 11.882 historiales clínicos de enfermos que habían tomado morfina para controlar un dolor de diversa etiología; ninguno de ellos tenía antecedentes de abuso de drogas y solamente hubo problemas con un paciente. Por otra parte, en la Universidad de Wisconsin y el New York Hospital, se

estudió a 10.000 enfermos quemados a los que se suministró morfina y sólo hubo 22 que tuvieron problemas posteriores (todos ellos con antecedentes de abuso de drogas). El comportamiento de la morfina es distinto cuando lo utilizan los "drogadictos" para escapar de la realidad, para obtener un efecto psíquico, que cuando se utiliza como analgésico. La experiencia diaria demuestra que cuando la morfina, por el motivo que sea, ya no le hace falta al enfermo, se puede suspender sin ningún problema. La única precaución que debemos tomar es reducirla poco a poco si el paciente la tomaba desde hacía más de 3 ó 4 semanas (exactamente lo mismo que hacemos con otros fármacos, como corticoides, benzodiazepinas, etc.).

Hay varios estudios recientes llevados a cabo por autoridades sanitarias y policiales conjuntamente, que demuestran precisamente el hecho de que cuanto más aumenta en un país el consumo de morfina con fines médicos, más disminuye el número de muertos producidos por abuso de drogas.

Por tanto, los datos de que disponemos sugieren que la verdadera incidencia de dependencia a opioides inducida médicamente, cuando éstos se emplean de manera adecuada para el alivio del dolor intenso, resulta insignificante. Sin embargo, muchos médicos conservan este concepto erróneo y esto influye de forma negativa sobre el alivio del dolor.

En último extremo deberíamos reflexionar sobre el peligro de que se haga "drogadicto" un enfermo que tiene unas expectativas de vida tan limitadas.

"La morfina por vía oral, es inefectiva"

Lo que sucede es que la morfina por vía oral se absorbe mal y ello obliga a duplicar, incluso triplicar, la dosis que daríamos por vía parenteral.

Desconocer este extremo hace que algunos médicos o enfermeras se impresionen cuando oyen que a un enfermo le estamos dando 200 ó 300 mg diarios de morfina por vía oral. De hecho, durante miles de años, su uso –en forma de opio- fue siempre oral. Miles de enfermos controlan su dolor todos los días con morfina oral en todo el mundo.

En páginas anteriores se ha explicado la relación de dosis de morfina oral con respecto a otras vías de administración.

Cuando la vía oral no es practicable (vómitos persistentes, disfagia intensa, disminución de la conciencia, etc.), la vía alternativa de elección es la subcutánea. Actualmente, esta vía de administración parece muy exótica y desconocida, excepto para administrar insulina o heparina. Sin embargo, cuando Lafargue, en 1838, introdujo por primera vez medicamentos debajo de la piel mediante una aguja con ranura lo primero que inyectó fue clorhidrato de morfina, la misma sustancia que utilizó A. Wood en 1853 con una jeringa Pravaz, en el que se considera el primer experimento practicado con método hipodérmico propiamente dicho.

"El paciente usará la morfina para suicidarse"

Conviene, en primer lugar, dejar bien claro que los pacientes de cáncer no se suicidan en mayor número que la población general. Por otra parte, no se ha comunicado ningún caso de que un enfermo haya utilizado la morfina para suicidarse. En nuestra experiencia, hemos tenido cuatro casos de suicidio en los casi quince mil enfermos cuidados (0,027%). Ninguno de los cuatro utilizó la morfina.

Por el contrario, puede ser más probable que se suicide si no se le da morfina. En un estudio reciente, se ha comprobado que los pacientes de sida con dolor, tienen el doble de posibilidades de tener ideas suicidas (40%) que aquéllos que no tienen dolor (20%).

"Si tiene la morfina en casa, se la robarán"

Hasta el momento, no se ha comunicado ningún caso en este sentido. Siempre que se habla de la morfina, pensamos en el submundo de la droga, asociado a la delincuencia y el contrabando. Este mundillo está muy lejos de un hogar anónimo donde un enfermo de cáncer tiene en su mesita de noche unos comprimidos de morfina.

Hay que considerar que el mercado clandestino afecta a la heroína, alucinógenos, cocaína y hachís fundamentalmente. La morfina es un producto desconocido en este medio, por lo menos en nuestro país. La policía incauta cada año cientos de kilos de las sustancias anteriormente citadas y, por ejemplo, en los últimos 5 años en Las Palmas no se ha incautado ni una sola dosis de morfina.

"Si a un paciente de cáncer le han prescrito morfina, quiere decir que está muriéndose"

Desgraciadamente, esta observación es, con frecuencia, cierta en el contexto en que está formulada. Con demasiada frecuencia, al enfermo sólo se le concede el beneficio de un analgésico potente cuando es moribundo. En tales circunstancias, el uso de la morfina (generalmente por vía parenteral), parece precipitar la muerte del enfermo, ya agotado y desmoralizado.

"Es una especie de muerto que vive"

En realidad, quienes están condenados a ser "una especie de muerto que vive" son aquellos enfermos a quienes no se les suministran los analgésicos adecuados. El uso correcto de la morfina, si no es demorado hasta que el enfermo esté agonizando, le permite vivir una vida más normal que sufriendo un dolor intenso. Una visita a cualquier Unidad de Medicina Paliativa demuestra la verdad de esta afirmación.

"La morfina provoca euforia"

Generalmente se confunde la euforia con la sensación de bienestar que experimenta el enfermo al ser aliviado de su dolor. Sucede que el enfermo estaba disfórico como consecuencia de su dolor y ahora le vemos en paz y más optimista.

Esta creencia deriva en parte de las obras literarias de escritores célebres que consumían opio o sus derivados. En su obra clásica "Las Confesiones de un comedor de opio inglés", Thomas de Quincey describió los placeres y los horrores de la adicción a los narcóticos. El poeta Samuel Coleridge por su parte escribió:

"El láudano me dio paz, no sueño; pero tú ya sabes, creo, lo divino que es la paz. ¡Un lugar de encanto, un vergel de fuentes, flores y árboles en el corazón de las arenas perdidas!"

Más modernamente, el célebre saxofonista Art Pepper describe su experiencia inicial con la heroína en Straight Life: A Story of Art Pepper:

"Sentí esa paz como un calor. Pude sentir cómo comenzaba en mi estómago. Desde todo el interior de mi cuerpo senti la tranquilidad. Fue tan relajante... Fue tan magnífico... Sheila dijo: "¡Mírate al espejo! ¡Mírate al espejo!" Y eso es lo que ya había hecho siempre; me había mirado al espejo y me había hablado, diciéndome lo corrompido que era: "¿Por qué te detesta la gente? ¿Por qué estás solo? ¿Por qué eres tan miserable?". Pero ahora pensé: "¡Oh, no! ¡NO quiero mirarme! No quiero desprenderme del sentimiento que me invade". Tenía miedo de mirar al espejo y ver mi vida anterior ante mí, acabando con los sentimientos maravillosos que me invadían; pero el/a continuaba diciendo: "¡Mírate! ¡Mira tus ojos! ¡Mira tus pupilas!". Miré al espejo y parecía un ángel. Miré mis pupilas y eran cabezas de alfiler; eran puntos pequeñísimos. Era como mirar en un universo de alegría, gozo y felicidad.

...Me miré a mí mismo y dije: "Señor... soy perfecto. Soy un ser completo y absoluto. No hay nada más que necesite... No necesito preocuparme por nada". Había encontrado a Dios.

Me amaba a mí mismo y cada cosa de mí. Amaba mi talento. Había perdido el sabor amargo del sucio alcohol, que me había hecho vomitar, y los escalofríos que ascendían por mi espalda después de tomar LSD. Me miré al espejo y miré a Sheila y miré la heroína sobrante y, junto con unos billetes, la tomé y dije: "Esta es la única respuesta para mí." Si esto es lo que hace falta, esto es lo que haré, pagaré lo necesario. Y supe que me arruinaría y supe que iría a prisión...

Todo lo que puedo decir es que en aquel momento creí haber encontrado la paz mental. Inducida sintéticamente. A partir de entonces hice cualquier cosa, incluso comerciar con aquella miseria, "para conseguir la felicidad". Hice cualquier cosa, y me convertí -si quiere utilizar la palabra- en un "yonki". Esa es la palabra que utilizan aún. Eso es lo que hice; y eso es lo que aún soy. Y de esa forma moriré..., como un «yonki».

Contemporáneamente, el mito de las drogas ya había sido popularizado en todo el mundo por películas, libros, discos e, incluso, eventos legendarios (muerte de ídolos juveniles, como Jimi Hendrix y Janes Joplin). Por lo que respecta a la heroína, un libro y un disco alcanzarían la categoría de verdaderos objetos de culto: la novela autobiográfica *Yonqui* (W. Burrouhgs), que se presentaba con una portada tan espeluznante como morbosamente atractiva, y el LP *Rock'n'Rol! Animal* (Lou Reed, 1974), que fue lanzado en el mercado discográfico español a finales de 1977, con un anuncio en la cubierta destacando que se trataba de la "versión original íntegra incluyendo el tema Heroin".

Testimonios de este tipo han conducido a una falsa creencia acerca de los efectos de estos analgésicos. Ni las experiencias ni los estudios

clínicos llevados a cabo con drogodependientes son aplicables a los enfermos que consumen morfina para controlar su dolor.

"La tolerancia se desarrolla rápidamente y al final ya no será efectiva"

Ésta es una creencia extraordinariamente frecuente. En efecto, con la morfina se produce el llamado fenómeno de la tolerancia. Esto quiere decir que habrá que ir aumentando la dosis paulatinamente para conseguir obtener el mismo efecto analgésico. Por este motivo hay mucha gente, médicos incluidos, que piensa que en los últimos momentos puede no ser efectiva. Esto puede explicar, como ya hemos dicho, que alguna vez escuchemos a algún compañero frases de este tipo: "¡Cómo vamos a darle ya morfina si todavía le queda un año de vida!" La primera consideración, evidentemente, es que no sabemos el tiempo que le queda de vida a este enfermo, que nos hemos equivocado muchas veces al establecer pronósticos de supervivencia. Pero, aunque supiéramos que queda ese tiempo por delante, no hay ningún motivo para postergar el uso de la morfina, que deberá comenzar exactamente en el momento en que sea preciso su uso, es decir, cuando los analgésicos del segundo escalón (opioides débiles) no sean ya efectivos.

De todas maneras, la morfina es el único analgésico, de los utilizados habitualmente en nuestro país, que no tiene el llamado "efecto techo" (dosis máxima a partir de la cual el medicamento ya no es más efectivo), pudiendo aumentarse las dosis, si fuese preciso, casi indefinidamente. Además, está bien demostrado que cuanto más largo es el tratamiento con morfina, menor es el efecto de tolerancia.

La mayoría de las veces en que la dosis de morfina debe ser aumentada de forma importante, más que al fenómeno de tolerancia, se debe a uno de los siguientes motivos:

- Al progresivo crecimiento del tumor. Este hecho provoca un aumento del dolor que, lógicamente, requiere un aumento de las dosis de los analgésicos. Ésta es la causa más frecuente.
- Son muchos los factores que van a modificar el umbral del dolor de cada enfermo (otros síntomas no controlados, angustia, aburrimiento, aislamiento, cansancio, miedo, etc.). Unas necesidades psicológicas no reconocidas y/o no solucionadas, pueden hacer el dolor muy difícil de controlar, incluso con dosis muy altas de morfina.
- Cuando se trata de un dolor insensible o parcialmente sensible a la morfina y no se han añadido los coanalgésicos oportunos.
- Nunca debemos olvidar la posibilidad de que estemos ante un enfermo con un historial de abuso de drogas. Con enfermos de este tipo debemos de ser muy cautos. Corremos el riesgo de darle más analgésicos de los que pudiera necesitar o bien, "como al fin y al cabo es un drogadicto", no darle los suficientes.

De todas formas, en contra de lo que mucha gente piensa, la mayoría de los enfermos se controla bien con una dosis diaria de morfina oral bastante baja. Para Twycross, la dosis diaria mediana de morfina oral es de 90 mg. En 1979, el 85% de los pacientes con cáncer avanzado en el Royal Victoria Hospital obtenían un adecuado control de su dolor con una dosis media de 133 mg de morfina oral diaria. Más recientemente, en este mismo hospital, un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los enfermos fallecidos a lo largo de los 6 primeros meses de 1993, revela que esta dosis media había descendido a 63 mg de morfina oral y 32 mg por vía subcutánea. Otros autores han comunicado resultados similares, con unos rangos de dosis media entre 22 y 117 mg para la morfina oral y entre 44 y 140 para la morfina por vía subcutánea. En nuestra Unidad la dosis media de morfina es de 85,5 mg para la morfina oral y de 54 mg para la morfina subcutánea. En ocasiones, se necesitan dosis altas, incluso muy altas, pero son excepciones. Solamente en 41

enfermos de los 2.730 estudiados en aquel momento hubo que utilizar más de 500 mg (1,5%).

En contraste con todo esto, otros autores han descrito dosis mucho mayores, del orden de 300 a 523 como rango para sus dosis de morfina por vía subcutánea.

Existen muchas preguntas sin respuesta para poder explicar variaciones tan grandes de dosis de unos centros a otros y, dentro de un mismo centro, de una época a otra. Así, en nuestra Unidad, la dosis media de morfina oral ha caído de 147,6 mg en 1991 a los 85,5 citados en 1995. Aspectos culturales, estrategias de los profesionales, atención a aspectos psicoemocionales y sociales (psicólogos y trabajadores sociales en los equipos), atención a las medidas no farmacológicas, uso de coanalgésicos, etc. pueden hacer variar mucho las dosis de opioides y son el objeto de un estudio realizado recientemente. Tiene mucha importancia la adecuación del número de profesionales con respecto a la demanda asistencial. Decimos que nuestra tecnología es el tiempo y el espacio y nuestras mejores herramientas, la escucha y la palabra. Entonces, es fundamental disponer de tiempo suficiente.

"La morfina provoca depresión respiratoria"

Este miedo, muy frecuente, no tiene sentido cuando hablamos del uso de morfina oral para controlar el dolor en el enfermo de cáncer. Otra cosa muy distinta, donde hay que tener mucho más cuidado, es cuando se utiliza por vía endovenosa o cuando se trata de dolor postoperatorio. El dolor, recuérdese, actúa como antagonista fisiológico de los efectos depresores centrales de la morfina. Mientras un enfermo tenga dolor, nunca dejará de respirar mientras se va cuidadosamente titulando la dosificación de morfina.

Eso nos hace recordar que cuando a un enfermo que está tomando morfina para controlar su dolor, le suprimimos éste por otro medio (radioterapia en una metástasis ósea, bloqueo nervioso neurolítico, etc.), tenemos que tener la precaución de disminuir las dosis de analgésicos.

La insuficiencia respiratoria previa, no supone una contraindicación para el uso de morfina; simplemente nos obliga a ser más prudentes con las dosis iniciales, que deben ser más bajas de las habituales, para luego ir aumentando progresivamente según la respuesta.

De todas formas es tranquilizador saber que disponemos de un antagonista puro de la morfina: el Naloxone, aunque nosotros, después de 20 años y de haber cuidado a casi quince mil enfermos, jamás hubo que utilizarlo.

De todo esto se deduce que la morfina, a las dosis adecuadas, con los intervalos precisos, en los enfermos en que está indicada y bajo control médico, no es peligrosa.

Eso no es óbice para utilizarla con prudencia. Ya Dioscórides, en el siglo I de nuestra era, preconizaba la moderación en el uso de la morfina:

"... Esta medicina quita totalmente el dolor, mitiga la tos, reprime los humores que destila la caña de los pulmones, refrena los flujos estomacales y aplícase con agua sobre la frente y sienes de quienes dormir no pueden. Pero tomándose en gran cantidad ofende, porque hace letargia y despecha".



CONTROL DE SÍNTOMAS

Control de Síntomas

1. Tratamiento del dolor

De los enfermos con cáncer avanzado, el 60-80% tiene dolor de moderado a intenso. La mayor frecuencia la presentan los cánceres óseos y la menor las leucemias. La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad y éste va a ser uno de los factores que más afecta a la calidad de vida del paciente.

Actuación con el paciente

Se define una escalera de analgésicos según su potencia progresivamente mayor. (Véase páginas 68 y 69).

En primer lugar, se le prescriben al paciente los analgésicos del primer escalón (ASPIRINA, PARACETAMOL, AINE). Si no mejora, se pasará a los analgésicos del segundo escalón (CODEÍNA, TRAMADOL), combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se pasará a los opioides potentes (MORFINA u otro), combinados con los del primer escalón, más algún coadyuvante si es necesario.

¡¡IMPORTANTE!: no mezclar nunca los opioides débiles (CODEÍNA, TRAMADOL), con los opioides potentes (MORFINA), ni tampoco los opioides potentes entre sí.

Hay casos aislados de enfermos terminales en los que hay que recurrir a técnicas antiálgicas más agresivas: bloqueos nerviosos, estimuladores eléctricos, catéteres, etc.

Escalera analgésica

Primer escalón:

Analgésicos periféricos no opioides:

- Aspirina.
- Paracetamol.
- Metamizol.
- AINE.

Segundo escalón:

Analgésicos opioides débiles:

- Codeína.
- Tramadol.

Tercer escalón:

- Analgésicos opioides potentes:
- Morfina.
- Metadona.
- Fentanilo
- Oxycodona
- Hidromorfona
- Buprenorfina

MEDICAMENTOS DEL PRIMER ESCALÓN

Aspirina

Actúa mediante la inhibición de la síntesis de prostaglandinas. Su vida media es de 3 a 6 horas. Es muy efectiva en los dolores óseos.

Efectos secundarios:

- Irritación gástrica.
- Dolor epigástrico.
- Hipoacusia.
- Prurito.

Dosis máxima:

- 1.000 mg (1gr) cada 4 horas.

Paracetamol

No tiene actividad antiinflamatoria. Es la alternativa cuando no se puede usar por alguna causa la aspirina. Su vida media es de 3 a 4 horas.

Dosis máxima:

- 1.000 mg (1gr) cada 4 horas.

Nombres comerciales:

- EFFERALGAN (500 mg. y 1000 mg. en comprimidos efervescentes).
- GELOCATIL (1000 mg)

Marcos Gómez Sancho y Manuel Ojeda Martín

Nabumetona

Eficaz antiinflamatorio a corto y largo plazo, con una buena tolerabilidad gastrointestinal y sin interacciones clínicamente relevantes con acenocumarol. Cómoda posología 1-2 g/día en una única dosis diaria.

Dosis máxima:

- 2 gr día.

Nombre comercial:

- RELIF (en comprimidos dispersables de 1 gr).

Metamizol

Por su actividad espasmolítica es muy efectivo en los dolores viscerales.

Dosis máxima:

- 8 gr diarios.

Nombre comercial:

- NOLOTIL (Cápsulas de 500 mg, supositorios de 1 gr y ampollas de 2 gr). Las ampollas se pueden dar por vía oral (son amargas).

Ibuprofeno

Buena analgesia en picos dolorosos. Se pueden dar hasta tres dosis consecutivas con un intervalo de media hora cada una.

Dosis máxima:

- 2.400 mgr diarios.

Nombre comercial:

- ESPIDIFEN (sobres de 400 mg de Ibuprofeno-Arginina).

Naproxeno

Dosis máxima:

- 1.250 mg

Nombre comercial:

- NAPROSYN (Comprimidos ranurados, sobres y supositorios de 500 mg).

MEDICAMENTOS DEL SEGUNDO ESCALÓN

Codeína

Efectos secundarios:

- Estreñimiento.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Mareos.

Dosis máxima:

- 60 mg cada 4 horas.
- Nombres comerciales:
- CODEISAN (comprimidos y supositorios de 30 mg de fosfato de codeína).

Tramadol

Agonista opioide con doble mecanismo de acción (opioide débil más inhibidor de la recaptación de serotonina).

Dosis habitual:

- 50/100 mgr cada 8/6 horas. 50, 100, 150 ó 200mg cada 12 horas.

Nombres comerciales:

- Tramadol ASTA Medica E.F.G. (cápsulas de 50 mg y ampollas de 100 mg).
- Tramadol ASTA Medica E.F.G. gotas 10 ml y 30 ml. 20 gotas (50 mg) cada 8/6 horas.
- TRADONAL RETARD (cápsulas de 50, 100, 150 Y 200 mg de liberación retard). Las cápsulas pueden abrirse en pacientes con dificultad para tragar.

NOTAS: hay una asociación muy interesante para su uso en Medicina Paliativa: 500 mg de paracetamol+30 mg de codeína. Permite ahorrar al paciente la ingesta de una medicina.

Nombre comercial:

- COD-EFFERALGAN (comprimidos efervescentes).

Otra asociación interesante es paracetamol con tramadol.

Nombre comercial:

- ZALDIAR 37,5 mg/325 mg comprimidos recubiertos

MEDICAMENTOS DEL TERCER ESCALÓN

Morfina

Es el fármaco de elección.

Usos:

- Dolor.
- Disnea
- Tos.
- Diarrea.

Efectos secundarios:

- Estreñimiento.
- Náuseas y vómitos.
- Astenia.
- Sudoración.
- Confusión con obnubilación. Puede producirse, sobre todo, al comenzar el tratamiento.

Vida media:

- La forma oral soluble (solución acuosa de morfina) y la forma oral sólida de liberación inmediata (SEVREDOL) presentan una vida media de 4 horas.

En cambio, la forma oral de liberación controlada (MST CONTINUS) tiene una vida media de alrededor de 12 horas.

PRESENTACIONES, VIAS DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIFICACIÓN

Forma oral soluble: solución acuosa de morfina (SAM)

Esta forma no está comercializada y debe ser preparada por el farmacéutico. Cuando se use, es conveniente recordar que las dosis deben administrarse cada 4 horas.

Forma oral sólida de liberación inmediata: Sevredol

Preparado:

- Sulfato *de* morfina de liberación inmediata.

Indicaciones:

- Alivio del dolor intenso que requiera tratamiento con opioides.
- Titulación de dosis al inicio del tratamiento con morfina.
- Tratamiento de "rescate" en casos de episodios de dolor aislados durante el tratamiento con morfina de liberación controlada.

Presentaciones:

- Comprimidos de 10 y 20 mg.

Administración:

- Cada 4 horas.

Esquema de dosificación:

Un paciente que esté tomando Codeína a dosis máximas (60 mg cada 4 horas) y no se consiga un adecuado alivio de su dolor, se recomienda suspender estos fármacos e iniciar el tratamiento con morfina (ver tabla de dosis equianalgésicas más adelante)

Inicialmente, se instaurará el tratamiento de ajuste de dosis con la morfina de liberación inmediata (SEVREDOL, un comprimido de 10 ó 20 mg cada 4 horas) hasta el inicio del tratamiento con la morfina de liberación controlada (MST CONTINUS).

Una vez titulado el paciente con la morfina de liberación inmediata, para calcular la dosis de la morfina de liberación controlada a administrar, se debe calcular la dosis total diaria de la forma inmediata que ha recibido el paciente y dividirla en dos tomas.

Ejemplo: si el paciente ha recibido una dosis total diaria de SEVREDOL de 60 mg (esto es: 10 mg/4 horas) se deberá pasar a una dosis inicial de 30 mg/12 horas de MST Continus.

Si durante el tratamiento con la dosis analgésica correcta de morfina de liberación controlada (cada 12 horas), el paciente presenta episodios aislados de dolor, se recomienda pautar como dosis de rescate, la administración de 1 comprimido de 10 a 20 mg cada 4 horas de la forma de liberación inmediata, hasta conseguir de nuevo el correcto alivio del dolor.

Nota: en pacientes con dificultad de deglución, los comprimidos de Sevredol pueden ser machacados para su disolución en agua.

Forma oral sólida de liberación controlada: MST Continus

Preparado:

- Sulfato de morfina de liberación controlada.

Indicaciones:

- Tratamiento prolongado del dolor crónico intenso que requiera tratamiento con opioides.

Presentaciones:

- Comprimidos de 10, 30, 60, 100 mg y 200 mg. Además también existen dos presentaciones pediátricas de 5 y 15 mg.

Administración:

- Cada 12 horas.

Esquema de dosificación:

Una vez realizado el ajuste de dosis al comenzar el tratamiento con morfina (según se indica en el apartado anterior), se continuará el tratamiento con una morfina de liberación controlada que permite la administración de dosis cada 12 horas. Si el paciente ha estado tratado previamente con morfina parenteral, para compensar la diferencia en biodisponibilidad, se recomienda comenzar con una dosis de la morfina de liberación controlada, incrementada del orden del 50-100%.

Se recomienda comenzar el tratamiento con un comprimido cada 12 horas de MST Continus. Si a las 24-48 horas la analgesia es insuficiente, se aumentará la dosis en un 50%. El aumento de dosis se hará en función de la respuesta del paciente.

Ejemplo:

- *Comenzar con una dosis de 30 mg/12 horas de MST Continus*
- *Si el dolor persiste o aumenta: 60 mg/12 horas.*
- *Si el dolor persiste o aumenta: 90 mg/12 horas.*
- *Si el dolor persiste o aumenta: 120 mg/12 horas.*
- *Si el dolor persiste o aumenta: 160 mg/12 horas. · Si el dolor persiste o aumenta: 200 mg/12 horas*

Los comprimidos se deben tragar enteros y sin masticar.

Es prácticamente imposible que se produzca una depresión respiratoria cuando se usa morfina oral para controlar el dolor provocado por el cáncer y las dosis han sido rigurosamente adaptadas a cada paciente. Si se produjese alguna vez, se dispone de un antídoto específico, NALOXONE.

Forma parenteral: Cloruro mórfico

- Ampollas de 0,01 gr (1 ml=10 mg).
- Ampollas de 0,02 gr (1 ml=20 mg).
- Ampollas al 2% de 2 ml (40 mg) y 20 ml (400 mg).

Cuando se está tratando al paciente por vía oral y se decide pasar a vía parenteral, hay que administrar de un tercio a un medio de la dosis oral que está tomando el paciente. Esto es debido a que la morfina por vía oral se absorbe sólo de un 30 a un 35% de la dosis administrada.

El grupo de expertos de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos ha propuesto las siguientes relaciones de potencia para la morfina, dependiendo de la vía de administración:

- Vía oral a vía rectal, la relación es 1: 1.
- Vía oral a vía subcutánea, la relación es 2:1.
- Vía oral a vía endovenosa, la relación es 3:1.

El esquema podría ser el siguiente:

- Morfina oral o rectal 3.
- Morfina subcutánea 1,5.
- Morfina endovenosa 1.

Conviene recordar las **dosis equianalgésicas** de los diferentes opioides para calcular la dosis inicial de opioide cuando se ha decidido cambiar de uno a otro.

MORFINA 10 mg IM, equivalen a:

- BUPRENORFINA 0,4 mg.
- CODEÍNA 130 mg.
- HEROÍNA 5 mg.

Marcos Gómez Sancho y Manuel Ojeda Martín

- FENTANILO 0,1 mg.
- MEPERIDINA 75-100 mg.
- METADONA 10 mg.
- TRAMADOL 100 mg.

Vías de administración

- IV, IM o SC.

Dosificación:

- Cada 4 horas.

Si se hace en infusión continua, se consigue mayor efectividad analgésica y menos efectos secundarios, además de evitar un pinchazo doloroso cada 4 horas.

FENTANILO

Opioide de síntesis que se comporta como agonista puro y con una potencia analgésica unas 80-100 veces superior a la morfina.

Usos:

Básicamente los mismos que la morfina, aunque debido a las características especiales de la liberación transdérmica (vida media muy larga) su uso se reduce al control del dolor crónico intenso en pacientes sintomáticamente estables.

Efectos secundarios:

Igual que el resto de los opioides agonistas.

Presentaciones y vías de administración:

El Fentanilo tiene una vida media de 1-2 h. en adultos, con dosis repetidas puede producirse acumulación. Se presenta en ampollas y en parches transdérmicos.

Las ampollas (FENTANEST) son de 0,05 mg/ml. Se absorbe por mucosa en forma de gotas y se puede emplear por vía epidural. Su uso está limitado en general para anestesia.

Los parches transdérmicos van liberando fentanilo de forma continuada durante tres días. Se tarda unas 10-15 horas en alcanzar el nivel de analgesia y si se retira el parche se sigue liberando fentanilo durante 17 horas más. Por éste motivo deben usarse como alternativa en el caso de no poder usar la morfina en pacientes cuyos síntomas sean relativamente estables. Debe usarse con precaución en personas que pesen menos de 50 Kg (cuidado en caquéticos)

Existen tres presentaciones: DUROGESIC 12, 25, 50, 75 y 100, que liberan 25, 50, 75 y 100 microgr/h respectivamente. Vienen 5 parches que se cambian cada 72 horas.

Dosificación:

1. Pacientes sin tratamiento previo con opioides potentes. Iniciar el tratamiento con el parche de 25 y administrar morfina de liberación inmediata (SEVREDOL) cada 4 horas hasta conseguir el nivel de analgesia (1-2 días) o bien fentanilo oral transmucoso (ACTIQ) disponible en presentaciones de 200, 400, 600, 800, 1200 y 1600 microgramos. Luego mantener el parche y dar morfina de liberación inmediata o Actiq en caso de crisis de dolor. Si a los 3 días no se consigue la analgesia se incrementará la dosis del parche en 25 microgr/h y así sucesivamente.

Nota: Próximamente aparecerá en el mercado un fentanilo en parches (film soluble bucal para aplicación sobre la mucosa oral, superficie interna de la mejilla) para el control del dolor irruptivo.

2. Pacientes con tratamiento previo con opioides potentes. Calcular la dosis equianalgésica del opioide con relación a la morfina y luego hacer la conversión al revés y pautar la morfina de forma gradual.

TABLA DE CONVERSIÓN MORFINA-FENTANILO	
Morfina oral (mg/día)	Fentanilo TTS (microgr/h)
45	25
90	50
135	75
180	100
225	125
270	150

Lugar de aplicación, precauciones y contraindicaciones:

- Se explicará detalladamente al paciente y familia como funciona el parche y los efectos secundarios que pueda producir la liberación retardada.
- No debe usarse para el control del dolor agudo.
- El parche se aplicará sobre la piel evitando zonas muy pilosas. Si fuera necesario se puede cortar el vello con una tijera, nunca con una cuchilla de afeitarse para evitar escoraciones.
- Cada nuevo parche se colocará en una zona de piel distinta a la del parche retirado.

- El calor sobre la zona del parche (manta eléctrica, baño de agua caliente,...) y la temperatura corporal de $>38^{\circ}\text{C}$ puede producir un incremento en la liberación de medicamento desde el parche.
- La sudoración profusa dificulta la adhesividad del parche. Se puede sujetar poniendo esparadrapo solo por los bordes del parche.
- El fentanilo TTS está contraindicado en caso de hipersensibilidad al medicamento o a los componentes del parche. También está contraindicado en el embarazo, niños menores de 12 años y en menores de 18 años que pesen menos de 50 Kg.

OXICODONA

Opioide de síntesis que se comporta como agonista puro similar a la morfina. Tiene una mayor efectividad en el dolor de origen neuropático.

Presentaciones y vías de administración

Comprimidos retardados de 5, 10, 20, 40 y 80 mg. Se comienza con 5 ó 10 mg. cada 12 horas, según analgesia anterior del paciente.

También existe la presentación de liberación rápida (OXYNORM) de 10 y 20 mg. en cápsulas y en forma de solución (1 cc equivale a 10 mg).

COANALGÉSICOS

Son una serie de medicamentos que se pueden utilizar conjuntamente con todos los analgésicos y alguno de ellos incluso son el tratamiento de elección en algunos tipos de dolor.

- Corticoides.
- Antidepresivos.

- Anticonvulsivantes.
- Fenotiacinas.
- Relajantes musculares.

Corticoides

Usos en Cuidados Paliativos

- Usos generales:

- Aumenta el apetito.
- Aumenta la fuerza.
- Aumenta la sensación de bienestar.

- Usos como analgésicos:

- En el aumento de la presión intracraneal.
- En la compresión nerviosa.
- En la compresión medular.
- Dolor óseo, hepatomegalia, linfedema.

- Usos específicos:

- Fiebre y sudoración.
- Síndrome de la vena cava superior.

Efectos secundarios:

- Digestivos (hemorragias).
- Insomnio (por eso es conveniente pautarlos por la mañana y al mediodía).
- Candidiasis oral.

Formas de presentación comercial y dosificación:

Dexametasona:

- FORTECORTIN, comprimidos de 1 mg.
- FORTECORTIN, ampollas de 4 mg.
- FORTECORTIN, ampollas de 40 mg.

No tiene actividad mineralocorticoide y por tanto no produce retención hidrosalina.

6 - Metilprednisolona:

- SOLU-MODERIN, ampollas (40, 125 mg y 1 Y 2 gr).
- URBASON, comprimidos de 40 mg, 16 mg y comprimidos retard de 8 mg, ampollas de 20, 40 Y 250 mg.

Deflazacort:

- DEZACOR, comprimidos de 6 y 30 mg y gotas (1=1 mg).
- ZAMENE (igual al anterior).

Equivalencias de los corticoides:

- DEXAMETASONA, 0,75 mg equivale a:
- METIL PREDNISOLONA, 4 mg.
- PREDNISOLONA, 5 mg.
- HIDROCORTISONA, 20 mg.
- CORTISONA, 25 mg.
- DEFLAZACORT, 7,5 mg.

El más utilizado es la dexametasona por su potencia.

Dosis orientativas:

- En procesos menores, como la fiebre, la sudoración, anorexia, etc., se puede utilizar de 2 a 4 mg diarios de dexametasona.
- En procesos mayores, como el síndrome de compresión medular o el síndrome de la vena cava superior, se pueden dar de 16 a 24 mg diarios.

Antidepresivos

El que más se utiliza por su efecto analgésico es la Amitriptilina. Este fármaco se puede utilizar en la depresión, la incontinencia y el espasmo de vejiga, pero sobre todo en el DOLOR POR DEAFERENCIACIÓN en el que se utiliza como analgésico de elección. Éste es uno de los tipos de dolor en que la morfina apenas es efectiva. Un ejemplo típico de este dolor es la NEURALGIA POSTHERPÉTICA.

Esquema de dosificación de la Amitriptilina (Triptizol) como analgésico

ESQUEMA DE DOSIFICACIÓN DE LA AMITRIPTILINA (TRIPTIZOL) COMO ANALGÉSICO		
Dosis	Viejos	Jóvenes
25 mg/noche	1ª semana	1er día
50 mg/noche	2ª semana	2º a 4º día
75 mg/noche	3ª- 4ª semana	5º a 21º día
100 mg/noche	5ª- 6ª semana	3ª- 4ª semana
150 mg/noche	7ª- 8ª semana	5ª-6ª semana

Se le llama dolor disestésico superficial y normalmente sigue el curso de una metámera. El paciente refiere que le provoca dolor incluso el roce de la ropa, una corriente de aire, etc.

El TRYPTIZOL se presenta en comprimidos de 10, 25, 50 Y 75 mg. También hay una forma inyectable de 10 mg. La amitriptilina tiene un efecto ventana en algunos pacientes, por el que su acción disminuye con dosis medias y vuelve a actuar con el incremento de la dosis. El efecto se observa a los 3-4 días y hay que esperar 4 semanas para retirarlo por falta de eficacia. Hay que explicar al enfermo que este medicamento no se lo recomendamos como psicofármaco, sino como analgésico.

Anticonvulsivantes

El que se utiliza normalmente es la Carbamacepina. Es una sustancia que tiene una especial apetencia por el SNC. Tiene una gran utilidad en Cuidados Paliativos como analgésico en el dolor neuropático que se presenta "en sacudidas" o "en latigazo".

El paciente lo refiere como un dolor discontinuo en forma de "puñalada intermitente".

El ejemplo típico es la neuralgia del trigémino. Es un dolor insensible a la morfina.

Nombre comercial:

- TEGRETOL.
Administrar 200 mg por la noche. Si no ha sido suficiente lo anterior, administrar 200 mg en almuerzo y cena. A la semana se puede aumentar a 200 mg tres veces al día.
- NEURONTÍN (Gabamapentina). 300 mg cada 6/8 horas.
- LYRICA (Pregabalina) Cápsulas de 25 mg, 75 mg, 150 mg ó 300 mg. Comenzar según la edad del paciente con dosis de 50 a 150 mg. cada 12 horas.

Fenotiacinas

Principio activo:

- Clorpromacina es el más utilizado.

Nombre comercial:

- LARGACTIL.

Propiedades y usos:

- Antiemético.
- Sedante nocturno.
- Dolor por tenesmo rectal.
- Hipo.

Efectos secundarios:

- Efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, palpitaciones, etc.).
Reacciones extrapiramidales.
- Somnolencia.

Presentaciones:

- Comprimidos de 25 y 100 mg.
- Gotas. Una gota = 1 mg.
- Ampollas de 25 mg.

Dosificación:

- Normalmente, se puede dar de 75 a 150 mg diarios repartidos en tres tomas, según la edad del paciente. Siempre empezar por dosis bajas y nocturnas. En algunos casos, se puede llegar a

los 300 mg (en insomnios rebeldes). La vía parenteral se utiliza como antiemético cuando es necesario por vómitos continuos y para la sedación terminal. La dosis orientativa para la sedación terminal es de 25 a 50 mg varias veces al día, según respuesta del paciente.

Relajantes musculares

Los dolores producidos por espasmos musculares son muy frecuentes y afectan fundamentalmente a los músculos que se insertan en los huesos afectados por metástasis. Entre los relajantes musculares se recomienda la ciclobenzaprina (YURELAX). Se presenta en cápsulas de 10 mg y la dosis es de una cápsula cada 12 horas. No da somnolencia.

Guía para el tratamiento del dolor y uso de opioides en enfermos terminales

■ Objetivos

- Conocer los principios generales que deben regir para el control de los síntomas de los enfermos en situación avanzada y terminal.
- Conocer los criterios que deben seguirse para el correcto uso de los fármacos en pacientes terminales.
- Conocer los principios generales y los criterios para el uso adecuado de los analgésicos en el alivio del dolor neoplásico.
- Detectar las causas que con mayor frecuencia conducen, tanto a una sobredosificación como a una infradosificación de los analgésicos.
- Aprender a identificar y a evitar o corregir las causas de fracaso en el alivio del dolor del enfermo avanzado o terminal, ya sean por parte del enfermo o los familiares, como por parte de los profesionales de la salud.

■ ¿Qué podemos hacer para aliviar el dolor en el cáncer?

La Organización Mundial de la Salud, ha diseñado un plan bastante sencillo. Se trata de una “escalera analgésica” que consta de tres peldaños correspondientes a tres categorías de analgésicos:

- Analgésicos periféricos (también llamados no opioides, analgésicos menores o periféricos)
- Analgésicos opioides débiles
- Analgésicos opioides potentes

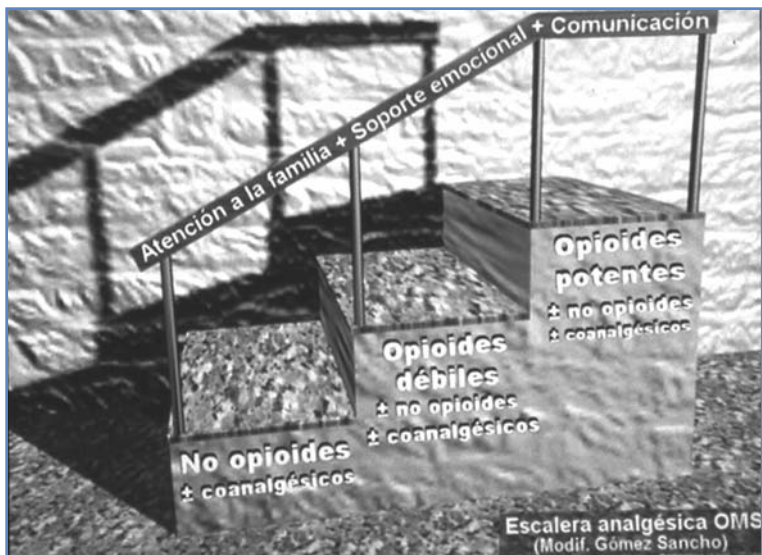
Los 3 fármacos que identifican los peldaños de la escalera propuesta por la Organización Mundial de la Salud y por tanto los analgésicos básicos, son la aspirina, la codeína y la morfina. El arsenal analgésico que podemos necesitar no va más allá de 9 ó 10 fármacos. Es preferible conocer muy bien unos pocos esenciales, que tener un conocimiento superficial de todos o la mayoría de los existentes.

El esquema de dicha escalera sería el siguiente (Figura 1)



El médico pondrá un tratamiento analgésico al enfermo empezando por los peldaños inferiores. Cuando el dolor no se controla de forma efectiva, se pasa a medicamentos del peldaño siguiente hasta llegar al último escalón donde se encuentra la morfina.

La “escalera” original propuesta por la OMS, hace referencia exclusivamente a los fármacos. A lo largo de este texto se explica detalladamente la importancia que tienen otros aspectos, distintos de los farmacológicos, en el adecuado control del dolor. Por este motivo, hemos propuesto añadir estos factores en forma de “barandilla” o “pasamanos” para que de una forma gráfica, se entienda la importancia de tener en cuenta estos factores al utilizar los fármacos. (Figura 2)



Utilización de opioides potentes

Introducción

Los opioides son los principales fármacos para el tratamiento del dolor intenso agudo o crónico asociado a cáncer y tienen un rol importante en el manejo del dolor crónico no maligno.

Ellos deben ser administrados preferentemente por vía oral y de no ser posible por la vía más conveniente y confortable para el paciente.

El régimen de prescripción debe tener medicación a intervalos regulares (dosis fija), y dosis a demanda (dosis de rescate) para cubrir las exacerbaciones del dolor que se presenten entre las dosis fijas.

La selección del opioide esta influenciada por la intensidad del dolor, las características farmacocinéticas y las formulaciones existentes del fármaco, los antecedentes de efectos secundarios previos y la coexistencia de otras patologías. Algunos pacientes requerirán ensayos secuenciales de diferentes opioides antes de encontrar el opioide que muestra mejor efectividad y buena tolerancia.

En la actualidad, los médicos deben tener conocimientos apropiados sobre los opioides disponibles para el manejo del dolor por cáncer y sus diferentes formulaciones, además de una gran flexibilidad en el enfoque, para enfrentar las variaciones interindividuales que se presentan y mantener la mejor calidad de vida posible para los pacientes con dolor intenso en las distintas etapas de la enfermedad.

El dolor no controlado debe ser abordado con una cuidadosa evaluación multidimensional y en lo que respecta al tratamiento farmacológico realizando una titulación de opioides personalizada hasta alcanzar un adecuado balance analgesia/efectos adversos. No se puede decir que un opioide fuerte no es eficaz si no se ha aumentado la dosis hasta encontrar la analgesia o un efecto adverso limitante. Es necesaria una supervisión atenta y reevaluaciones frecuentes.

Evaluación

1. Determinar la etiología probable y el tipo de dolor.
2. Medir la intensidad del dolor y de otros síntomas asociados (escalas numéricas, escala verbal, etc.).
3. Realizar una evaluación multidimensional del dolor que integre:
 - *Síndrome doloroso*: ubicación, mecanismo de dolor.
 - *Medicación*: dosis, tolerancia, efectos secundarios o toxicidad, uso de opioides previos.
 - *Paciente*: coexistencia de otras patologías (insuficiencia renal), distrés psicológico, estrategias de afrontamiento previas, antecedentes de drogas o etilismo, trastornos cognitivos, conflictos espirituales.
 - *Aspectos culturales, sociales y económicos*: funcionalidad del soporte familiar, problemas económicos, etc.
4. Identificar factores de mal pronóstico para el control del dolor:
 - Dolor neuropático
 - Dolor incidental
 - Trastornos cognitivos
 - Distrés psicológico
 - Abuso de sustancias o alcohol.

Guías clínicas de manejo del dolor por cáncer con opioides

La Organización Mundial de la Salud, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, entre muchas organizaciones científicas, han publicado las importantes y ampliamente conocidas guías para la utilización de opioides. En la Tabla I se exponen algunas pautas generales para la utilización de opioides.

Tabla I. Pautas generales de utilización de opioides

Prescribir dosis fijas (evitar subtratamiento o sobredosificación), con intervalos regulares y vías de administración apropiados
Indicar dosis de rescate (prevención de dolor persistente y alivio del dolor paroxístico)
Realizar una titulación individualizada y cuidadosa
Prevenir, anticipar y manejar los efectos secundarios de los opioides
Utilizar apropiadamente los coanalgésicos y fármacos adyuvantes
Considerar tratamientos secuenciales de opioides en caso de balance inadecuado de analgesia/efectos adversos.

Bruera y colaboradores describen recomendaciones prácticas para el uso racional de opioides en el dolor por cáncer para 3 categorías diferenciales de pacientes:

1. Pacientes sin opioide previo
2. Pacientes con tratamiento opioide previo (con tolerancia farmacológica a opioides)
3. Pacientes con tratamiento opioide previo dolor de difícil manejo o refractario.

Categoría 1: Paciente sin opioide previo

Evaluación Inicial

- Descartar causas de dolor no asociadas al cáncer.
- Evaluar intensidad del dolor (escalas de 0-10).
- Considerar necesidad de tratamientos específicos según el mecanismo, ubicación y tipo dolor (radioterapia, bisfosfonatos, etc.).

- Evaluar función renal basal: pacientes con insuficiencia renal o deshidratación acumulan metabolitos tóxicos de los opioides.

Inicio y titulación de los analgésicos

Si el dolor es moderado elegir algunas de las siguientes opciones:

- Codeína 30 o 60 mg c/4 h, con o sin paracetamol 300-500 mg c/4 h VO.
- Paracetamol 500 mg/ Hidrocodona 5-7.5 mg c/ 4 h VO, más 1 comp. de rescate hasta c/ 2 h.
- Tramadol 50 a 100 mg c/ 6 h VO

Además:

- Indicar Antieméticos: metoclopramida 10 mg c/ 4 h, y rescates de 10 mg hasta c/ 2 h según necesidad, por 3 días
- Indicar Laxantes: Bisacodilo 5 mg 1-2 comprimidos/día o leche de magnesia 10 c.c./ 8 horas o picosulfato 20 gotas/d
- Realizar monitorización frecuente de efectos adversos.

Si el dolor es intenso elegir algunas de las siguientes opciones:

- Morfina 10 mg c/ 4 h VO (5 mg c/4 h SC/IV) y 5 mg de rescate
- Oxycodona 5 mg c/ 4 h VO y dosis de rescate
- Hidromorfona 2 mg VO c/ 4 hs y dosis de rescate
- Metadona 2.5 a 5 mg VO cada 8-12 hs.

Además:

- Continuar o iniciar: antieméticos y laxantes
- Realizar monitorización frecuente de efectos adversos y evaluar necesidad de adyuvantes.

Marcos Gómez Sancho y Manuel Ojeda Martín

- Continuar con el tratamiento el tiempo que sea necesario
- Reevaluaciones y paso a liberación prolongada:

Determinar en cada consulta la dosis total diaria del opioide indicado (dosis regular más rescates).

Si la situación económica del paciente lo permite y se encuentra con dolor controlado se puede pasar la dosis total diaria a formulaciones de liberación prolongada (cada 8, 12 o 24 hs. según la formulación elegida) manteniendo dosis de rescate con formulaciones de liberación rápida.

Categoría 2: Pacientes con tratamiento opioide previo

Adaptación de dosis en el paciente con dolor persistente o con nuevo:

Determinar la dosis diaria utilizada (dosis regular más rescates) e incrementar la dosis en un 30%, volver a dividir por 6 dosis diarias. Prescribir dosis de rescate del 10 % de la dosis diaria.

Ejemplo:

- Dosis diaria 60 mg. El paciente tomó 5 rescates de 5 mg c/u.
- Dosis Total 85 mg.
- El paciente refiere dolor de 7/10 EVA

Aumentar 30 % la dosis:

- $85 \text{ mg} = 100 \%$
- $25.5 \text{ mg} = 30 \%$
- $85+25 = 110 \text{ mg/d}$ (nueva dosis diaria)
- $110:6 = 18 \text{ mg por dosis} = 20 \text{ mg c/4 h}$.
- Dosis nueva de rescate: 11 mg (10 % de la dosis total diaria)

Resumiendo:

Indicar: morfina 20 mg. c/4 h y rescates de 10 mg hasta c/1 hora si hay dolor. Laxantes y antieméticos.

Continuar con monitoreo frecuente del control del dolor y los efectos adversos.

Si el paciente presentara toxicidad o efectos adversos graves o mal control del dolor pese al aumento de dosis, tratar los efectos secundarios y considerar posibilidad de cambiar el opioide.

Categoría 3: Pacientes con tratamiento opioide previo y dolor de difícil manejo o refractario

Si el paciente continúa con dolor pese al aumento reiterado de dosis, considerar:

Abuso de sustancias:

- Evaluar alcoholismo y adicción a drogas.
- Hablar con el paciente sobre la diferencia entre nocicepción y sufrimiento en la expresión del dolor.
- Considerar la posibilidad de que un solo profesional indique y haga las prescripciones y limitar el número de rescates diario.

Ansiedad y depresión:

- Evaluar la posibilidad de apoyo psicológico o consulta al médico psiquiatra.

Somatización:

- Intentar hablar con el paciente acerca de la diferencia entre el sufrimiento crónico y la estimulación nociceptiva del dolor.

Dolor Incidental:

- Se puede dar dosis regulares de opioides .Si la somnolencia es marcada, tratar con metilfenidato 10 mg por la mañana y 5 mg al mediodía.
- Considerar radioterapia o consultas a otros especialistas, si es necesario.

Dolor Óseo:

- Considerar AINE y Pamidronato 90 mg c/ 28 días IV.
- Considerar radioterapia o consulta al traumatólogo si hay fractura o riesgo de ella

Dolor Neuropático:

- Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina 25 a 75 mg/ d VO (hasta 150 mg/d)
- Anticonvulsivantes: gabapentin 100 mg c/12 hs y titular hasta 3 g/d si fuera necesario
- Corticoides: dexametasona 10 mg VO/SC/IV día o c/ 12 h y titular de acuerdo con los efectos.

Si el paciente presenta *neurotoxicidad* Inducida por opioides:

- Cambiar el opioide, en caso de delirium, alucinaciones, mioclonias, hiperalgesia, luego de descartar otras causas probables y tratar las potencialmente reversibles. Agregar medicación asociada para tratar alucinaciones, confusión o agitación psicomotriz (haloperidol, neurolépticos sedativos, risperidona u olanzapina) hasta que mejore el cuadro.

Tablas equianalgésicas

Existen tablas de dosis equianalgésicas que permiten determinar las nuevas dosis en caso de necesitar cambiar el opioide. Sin embargo, ellas deben tomarse fundamentalmente como guías que no reflejan estas relaciones con una exactitud matemática. Muchas de ellas están basadas en estudios de la industria farmacéutica para nuevas presentaciones, que incluyen pacientes con dolor post-operatorio y otros tipos de dolor crónico con nula o mínima exposición a opioides.

Es importante conocer algunos cuestionamientos de las más conocidas:

- Los estudios son heterogéneos y generalmente de dosis única
- Las relaciones propuestas representan rangos muy amplios, especialmente con el fentanilo
- Las mayores discrepancias entre los distintos resultados se encuentran con la oxycodona, el fentanilo, y la metadona. Siendo en estos dos últimos tal vez de mayor implicancia clínica
- *La metadona es mucho más potente de lo que figura en casi todas las guías*
- *La relación de dosis puede variar según el sentido en que se realice el cambio*

Por lo tanto los cambios de opioides en el tratamiento crónico deben hacerse con una cuidadosa atención que permita retitular en función de la respuesta analgésica y los efectos adversos obtenidos.

Uso de la morfina

La morfina oral es la base del tratamiento del dolor en enfermos con cáncer avanzado y terminal y también en otras enfermedades crónicas evolutivas.

Sin embargo existen varios tipos de dificultades para su uso y prescripción, relacionadas con la falta de formación de los profesionales, dificultades administrativas para su prescripción y accesibilidad y también resistencias de carácter cultural, que han restringido en muchos ámbitos el acceso de los enfermos con dolor a su tratamiento idóneo.

Así, en Atención Primaria en España, más del 25% de los médicos de cabecera no han prescrito jamás morfina. La proporción se eleva al 70% si se trata de médicos sin contrato fijo. En los hospitales, donde existen mayores facilidades de prescripción y acceso, sigue utilizándose en menor proporción y dosis que la correcta. En un estudio multicéntrico realizado en 10 servicios de oncología, la morfina se utiliza en menos del 50% de los enfermos terminales y en dosis más bajas.

Dosis inicial: criterios

Los elementos a tener en cuenta para decidir la dosis inicial de morfina están relacionados con las características del dolor (tipo, intensidad, frecuencia).

Conviene recordar que, en principio, existen tipos de dolor con mejor respuesta (nociceptivo) y con peor respuesta (neuropático), aunque en estos últimos la morfina puede también tener una cierta eficacia.

La intensidad elevada del dolor puede indicar la necesidad de una dosis inicial alta y debe considerarse un seguimiento muy cercano de la respuesta y de los efectos secundarios. La respuesta previa y la dosis necesaria de otros analgésicos es también otro factor. Los enfermos que han precisado dosis plenas de opioides débiles, requerirán en principio, una dosis inicial más alta. Es importante analizar si la nueva dosis con opioide fuerte no sea inferior en equianalgésia a la recibida en opioide débil.

En todos los casos, debemos informar adecuadamente y asociar apoyo emocional e información al enfermo y discusión con el equipo.

Las dosis iniciales medias habituales, oscilan entre 30 y 60 mg diarios, tanto para la solución acuosa de morfina (SAM) como para los comprimidos de liberación retardada. Debe recordarse que en el caso de la SAM es aconsejable la dosis doble nocturna, que permita dormir sin dolor y evite el tener que despertar al enfermo para suministrarle la dosis de madrugada.

En algunas situaciones concretas, deberemos comenzar con dosis más altas o más bajas de las cifras estándar (Tabla II).

Tabla II. Dosis iniciales de morfina

Dosis inicial media: 30-60 mg diarios por vía oral

Dosis inicial más alta

Dolor intenso o incapacitante

Dosis tope previas de otros opioides menos potentes

Dosis inicial más baja

Debilidad o desnutrición extremas

Edad muy avanzada

Situación de agonía

Insuficiencia orgánica grave (renal, hepática, respiratoria)

Las indicaciones de dosis alta inicial son: dolor intenso o incapacitante y dosis plenas previas de otros opioides menos potentes. En los casos de dolor intenso, aconsejamos iniciar el tratamiento enérgico inmediatamente, en la primera visita.

Las situaciones especiales en las que se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas son: debilidad y/o desnutrición extremas, edad

muy avanzada, hepatopatía o insuficiencia renal graves, situación de agonía o insuficiencia respiratoria, especialmente con hipercapnia. De todas formas, hay que insistir en que, ante la presencia de dolor intenso e indicación de uso de morfina, éste debe iniciarse siempre, aunque con dosis iniciales más bajas (*“empezar lento, pero seguro y sin prisas, pero sin pausas”*).

Reflexiones en el momento de prescribir morfina

- *¿He consultado la tabla de dosis equivalentes para determinar la adecuada dosis inicial?*

Siempre que el enfermo haya estado sometido a tratamiento con un opioide distinto, nos obligará a calcular la equivalencia con la morfina para indicar la dosis inicial correcta. La tabla de equivalencias de los distintos analgésicos opioides figura en el capítulo 6 de este mismo módulo.

- *¿He prescrito un laxante?*

A no ser que el enfermo tenga esteatorrea, una colostomía o sea capaz de seguir una dieta con acción correctora, será preciso comenzar con laxantes desde el principio. A veces el hecho de tener una colostomía no garantiza la protección frente al estreñimiento (estar atentos). Estos enfermos a veces pueden hacer fecalomas altos.

Es frecuente que el enfermo nos diga que tiene algún laxante en casa que habitualmente le va bien, ya que quizás padezca estreñimiento más o menos crónico. Habrá que explicarle detenidamente que es probable que no sea suficiente en su situación actual y prescribirle laxantes adecuados. (*“La misma mano que prescribe un opioide, debe prescribir un laxante”*).

- *¿He prescrito un antiemético?*

Si el enfermo vomita con frecuencia, es prudente comenzar a dar un antiemético al prescribir morfina. También, y sobre todo, cuando vomitó al comienzo de tomar codeína. En todo caso, puede ser prudente prevenir en todos los enfermos durante 3-4 días y luego dejar a demanda en caso de náuseas o vómitos.

- *¿Debo prescribir un coanalgésico?*

Un estudio y análisis riguroso del tipo de dolor del enfermo, nos indicará la necesidad o no de añadir algún fármaco de este tipo (antidepresivos, anticonvulsivantes, corticoides, etc.).

- *¿He transmitido fe en mejorar la situación en los próximos días?*

Afortunadamente, la mayoría de las veces conseguiremos suprimir o disminuir de forma importante el dolor y el enfermo tiene que salir de la consulta con esta convicción. Un médico que sepa comunicarse bien con su enfermo y sobre todo, con seguridad en sí mismo (experto), será capaz de ello.

- *¿He dado disposiciones para una nueva cita, personalmente o a través de una enfermera especializada?*

Vemos a los enfermos con mucha frecuencia, pero cuando instauramos un tratamiento con morfina, sistemáticamente le llamamos por teléfono a las 48 horas para comprobar tanto la eficacia del tratamiento (posible corrección de la dosis), como la eventual aparición de efectos secundarios.

- *¿He explicado al paciente lo que tiene que hacer si necesita ayuda o consejos antes de la próxima cita?*

Suministramos a los enfermos una hoja informativa con el número de teléfono de nuestra Unidad y el número del buscapersonas para los casos de urgencia por las noches y fines de semana.

Posibilidad de aumentar las dosis según la respuesta, administración de dosis "extra", etc.

- *¿He advertido de los posibles efectos indeseables que pudieran aparecer?*

Recordar que los más frecuentes (estreñimiento) deben ser prevenidos y que cuando aparece un síntoma, provoca mucho menos impacto si enfermo y familia contaban con la posibilidad de que apareciese. Recuerde la posibilidad de náuseas y vómitos, de somnolencia inicial y ante el aumento de dosis, la posibilidad de confusión o alucinaciones. Todo ello debe ser reportado rápidamente para que se adecúe el tratamiento (cambio de opioide, tratamiento de otras causas concurrentes, etc.).

- *¿He dado por escrito y con detalles suficientes cómo seguir el régimen farmacológico?*

Escribir las órdenes a máquina, explicar lo que está escrito y comprobar que enfermo y/o familiares han comprendido lo que les hemos explicado.

Otras consideraciones importantes en el momento de prescribir la morfina son:

Además de la prescripción de morfina, también debemos hacer lo siguiente:

1. Decidir y prescribir los coanalgésicos necesarios.
2. Prevención e información sobre los efectos secundarios (ver más adelante). Si se dan algunas condiciones favorecedoras (encama-

miento, debilidad), deben prescribirse ya desde el inicio laxantes de forma regular, preferentemente fijos.

3. Facilitación del cumplimiento: deben asociarse la información con una receta comprensible, la mejora del sabor (jarabes, aromatizantes, etc.) en el caso de la SAM. Los distintos colores de los comprimidos y cápsulas de liberación retardada, también facilita el cumplimiento.
4. Fijar claramente el seguimiento, que incluye, el tratamiento de las crisis, los criterios para aumentar o disminuir las dosis, la disponibilidad telefónica para aclarar dudas y el compromiso de apoyo.
5. Información adecuada a enfermo y familia, que incluye los mecanismos del dolor, las razones del uso de morfina, la prevención de yatrogenias, la explicación y aclaración sobre los mitos (muy especialmente a los familiares) y los planes a seguir.
6. Identificación de los profesionales.

Evaluación y seguimiento

Evaluación

Es aconsejable realizarla dentro de la primera semana e incluir un contacto telefónico el segundo o tercer día.

Los sistemas aconsejables para efectuar la evaluación son varios: escalas visuales analógicas (EVA), escalas numéricas de consenso del equipo (0 a 4) analizados en un capítulo anterior y es conveniente registrar también el número de crisis y la respuesta en sueño, reposo y movilización. La combinación de todos ellos permite una excelente monitorización de la respuesta.

En la segunda evaluación podemos encontrar: respuesta completa, respuesta parcial o no respuesta, con grados distintos de control según sueño, reposo o movimiento y el número de crisis de dolor durante 24 horas, así como los efectos secundarios (Tabla III).

Tabla III. Segunda evaluación

Respuesta completa
Respuesta parcial
No respuesta <i>Yatrogenia</i> <i>Sueño/Reposo/Movilización</i> <i>Número de crisis de dolor en 24 horas</i>

a) Respuesta completa.

Ausencia de dolor y de crisis. En este caso debemos valorar el seguimiento, teniendo muy en cuenta una posible reducción posterior de la dosis y que la incidencia de efectos secundarios centrales puede aumentar.

La Sociedad Catalano Balear de Cuidados Paliativos elaboró en 1993 unos "Criterios de dolor controlado" que pueden ser útiles en la práctica clínica (Tabla IV).

Tabla IV. Posibles criterios de "dolor controlado"

EVA < 3 (0-10)
Escala del Equipo < 2 (0-4)
Nº de crisis en 24 horas <3
Sueño/Reposo/Movilización

b) Respuesta parcial (relacionada con sueño / descanso).

Es una indicación de aumento de dosis (30 - 50%) gradual, escalonada diariamente. Debe también valorarse la indicación de algunos coanal-

gésicos más específicos. En general, es más recomendable proceder a aumentar la dosis que a reducir el intervalo entre las mismas.

c) No respuesta.

Las causas de no respuesta a la morfina están enumeradas en la Tabla V.

Es especialmente importante no olvidar nunca lo que podemos llamar “situación difícil”: gran impacto emocional, no aceptación, problemas familiares, edad muy joven. En nuestra experiencia, éstos son los motivos más frecuente de dolor de difícil control. Otras veces, se trata de otros síntomas difíciles (disnea etc.) no controlados.

Tabla V. Morfina: causas de fracaso

Dosis, posología, vía INADECUADAS
Dolor resistente
No usar coanalgésicos
Olvidar medidas generales
No prevenir efectos secundarios
No informar a enfermo y familiares
Falta de control de otros síntomas
Problemas psicosociales graves

En estos casos, una vez valorado el cambio de coanalgésico y de la dosis, conviene pensar en:

- Cambio a vía subcutánea como primera opción o medidas intervencionistas como segunda.
- Aumento del soporte emocional y seguimiento.

Valorar la aparición de efectos secundarios (ver más adelante), la persistencia de crisis de dolor (si son más de 3 al día o son de mucha intensidad, será una indicación de aumentar la dosis de morfina), el dolor a la movilización y el dolor localizado único (que puede requerir la aplicación de alguna técnica intervencionista, como bloqueos nerviosos, etc.)

Seguimiento

Debe programarse individualmente. Lo más frecuente consiste en que deben realizarse aumentos graduales de las dosis de opioides (30 - 50% en cada ocasión), por progresión de enfermedad (aumento del dolor), por efecto tolerancia o por la aparición de nuevos síntomas que respondan a la morfina (disnea).

Con respecto a las dosis medias diarias de seguimiento, oscilan entre 120 y 240 mg. diarios (20-30 mg. cada 4 horas de SAM o comprimidos de liberación inmediata ó 60 - 90 de comprimidos de liberación retardada, cada 12). No hay dosis límite de morfina y hay experiencia en dosis eficaces superiores a un gramo en un pequeño grupo de enfermos, con buena tolerancia.

El seguimiento telefónico sistemático es un buen método para la detección precoz de yatrogenias y permite también cambios de dosis.

Cuándo deben utilizarse las fórmulas de liberación retardada

Las fórmulas de liberación retardada ofrecen a los pacientes la ventaja de una administración de opioides menos frecuente.

Las fórmulas de liberación retardada deben utilizarse preferentemente sólo en situaciones estables, cuando el dolor está bien controlado y el paciente exige cantidades mínimas de dosis de rescate al día (menos de tres).

A los pacientes que nunca han tomado opioides es preferible no suministrarles una fórmula de liberación retardada. Inicialmente, se debe utilizar una fórmula de liberación rápida para permitir una dosificación más segura y rápida. El opioide puede cambiarse posteriormente a una fórmula de liberación retardada cuando el dolor esté bien controlado.

Cuando el paciente se desestabilice (por ejemplo: delirio, aumento considerable del dolor con aumento rápido de las dosis de opioides), es prudente cambiar de una fórmula de liberación retardada a una de liberación rápida.

Utilizar las fórmulas de liberación retardada con gran cautela en presencia de deterioro renal (riesgo de acumulación). Sería recomendable usar fármacos que no se eliminan por vía renal, en caso de disponer de los mismos. Si no, dar consejo de prescribir disminución de dosis habituales y/o aumento del intervalo

Prevención y tratamiento de las crisis de dolor

En primer lugar debemos evaluar las causas e instaurar el tratamiento específico idóneo. Podemos también encontrar dolores desencadenados por actividades específicas (nociceptivo por movilización, dolor cólico abdominal tras la ingesta) o con horario fijo (dolor nocturno). En todos esos casos podemos modificar el estilo de vida y añadir dosis adicionales si es preciso.

En todos los casos, debe estar presente la administración inmediata de una dosis adicional (aproximadamente la misma dosis de SAM que tomaba cada 4 horas o aumento de los comprimidos de liberación retardada y en algunos casos combinación de los dos fármacos) y otras medidas (relajación, apoyo) en las crisis de dolor.

Cerca del 50% de los enfermos las necesitarán con frecuencia. Todo el equipo, el enfermo y la familia, deben actuar prontamente para el control de las crisis de dolor.

Es muy importante explicar al enfermo los beneficios de las dosis adicionales. Hemos detectado una infrautilización de dosis extras relacionada con la falta de información.

Si aparecen nuevos dolores, deben ser evaluados minuciosamente antes de tomar una decisión terapéutica.

Se puede establecer la siguiente pauta:

DOLOR IRRUPTIVO Y/O CONTROL CON DOSIS DE RESCATE

CARACTERÍSTICAS DEL ANALGÉSICO

- Fácil manejo
- Rapidez de actuación
- Si es posible utilizar la vía oral

FÁRMACOS

- Fentanilo Transmucoso (ACTIQ): 200, 400, 600, 800, 1200 y 1600 ng.
- Se puede utilizar conjuntamente para el dolor irruptivo o para el rescate con cualquiera de los opioides potentes. De fácil utilización, rapidez de acción y pocos efectos secundarios.
- Morfina de liberación rápida (SEVREDOL): comprimidos de 10 mg y 20 mg. Se puede utilizar cada 4 horas.
- Oxycodona de liberación rápida (OXYNORM): 10 mg y 20 mg y Oxynorm concentrado solución oral en el que cada 0,5 ml equivale a 5 mg.
- Buprenorfina comprimidos: 0,2 mg cada 6 horas
- La dosis utilizadas de cada uno de los fármacos se pueden repetir en función de la aparición de dolor irruptivo en los pacientes.

Nota: Próximamente aparecerá en el mercado un fentanilo en parches (film soluble bucal para aplicación sobre la mucosa oral, superficie interna de la mejilla) para el control del dolor irruptivo.

Morfina en situación de agonía

En los últimos días de la evolución puede tener lugar una disminución de la necesidad de opioides. Sin embargo, y aunque el enfermo parezca estar comatoso o semicomatoso, es conveniente no retirar la morfina.

En esta fase, por tanto, será preciso ajustar individual y muy frecuentemente la dosis de morfina y también de muchos otros fármacos. Por otra parte, sin embargo, puede ser necesario añadir otros, más específicos para la situación de agonía (escopolamina para los estertores, alguna benzodiazepina, neurolépticos para la agitación, confusión, delirio...).

En nuestra experiencia, más del 80% de los enfermos pueden ingerir por vía oral en los últimos días. En los casos en los que el enfermo no pueda deglutir, se puede suministrar la morfina por vía subcutánea, bien sea con una palomita instalada debajo de la piel aplicando dosis repetidas, bien por medio de infusión continua. Esta última opción tiene la ventaja de que en el mismo infusor se pueden introducir y mezclarse con la morfina varios fármacos que pueden ser necesarios en estos momentos.

Efectos secundarios de la morfina y otros opioides

La morfina tiene una serie de efectos secundarios que, sin embargo, en muy rara ocasión impedirán su utilización. En todos los casos, debe realizarse un diagnóstico preciso de la causa, no siempre atribuible al uso de morfina.

Aunque en los capítulos correspondientes se estudiarán con mayor profundidad, resumimos los más frecuentes, o los que más dificultad puede entrañar para su control. Son:

1) INMEDIATOS

No es raro que en bastantes enfermos se presenten una serie de efectos indeseables durante los primeros días de tratamiento con morfina. La mayoría de las veces desaparecerán con o sin tratamiento específico después de 5 ó 6 días.

Los más frecuentes son los siguientes:

Náuseas y/o vómitos

Cuando aparecen, la mayoría de las veces es con carácter transitorio y suelen controlarse bien con antieméticos. Los daremos de forma profiláctica al instaurar el tratamiento con morfina, en aquellos enfermos con estado nauseoso previo o que vomitaron al tratarles con opioides débiles (algunos autores prefieren hacer prescripción inicial a todos y luego de 3-días suspender).

Entre los antieméticos más útiles, disponemos de los gastroquímicos, cuando el vómito sea por retraso de vaciamiento gástrico (metoclopramida y domperidone, este último existe en supositorios), las butirofenonas (haloperidol) y fenotiazinas (clorpromazina), que actúan más sobre el SNC. El haloperidol es menos sedante y además, al ser acuoso, se puede usar fácilmente por vía subcutánea.

La morfina no es la única causa de náuseas y vómitos de estos enfermos, por lo que habrá que investigar muy bien otras posibles causas (aumento de la presión intracraneal, ansiedad, hipercalcemia, el propio estreñimiento, etc.)

Boca seca

Constituye uno de los síntomas más frecuentes en enfermos terminales (60-70%) y es el ejemplo más claro de que con medidas extraordinariamente sencillas, se puede mejorar de forma muy importante el bienestar de los enfermos (30). Una boca en buenas condiciones es imprescindible para poder realizar cosas tan importantes como beber, comer, hablar y besar.

Para la humidificación, pequeños sorbos de agua, zumos de fruta con cubitos de hielo, manzanilla con limón (anestésico local y estimulante de la saliva respectivamente) y/o salivas artificiales a base de metilcelulosa, esencia de limón y agua (fácilmente preparables por cualquier farmacéutico). Hay que utilizarlos con frecuencia, cada 2-4 horas.

En casos de halitosis por boca séptica y/o neoplasia oral, puede ser útil hacer gargarismos de povidona yodada al 7.5%. (Betadine® Bucal)

Tener en cuenta siempre la posibilidad de candidiasis oral, muy frecuente y molesta y que precisará un tratamiento específico.

Somnolencia

En algunos enfermos se produce un estado somnoliento durante los días siguientes al comienzo del tratamiento con morfina. Cuando persiste después de unos días, debemos hacer una serie de reflexiones:

- *Si no tiene dolor, reducir la dosis de morfina y volver a valorar dolor y somnolencia.*

No olvidemos que cada enfermo tiene "su" dosis idónea de morfina y que no siempre es fácil acertar a la primera.

- *¿No estará el paciente más grave de lo que parece?*

Puede habérsenos pasado inadvertida la auténtica gravedad del enfermo, precariamente compensado, y que tras una dosis "standard" de morfina, se haya descompensado. Disminuir la dosis.

- *¿Está el paciente recuperándose de un cansancio o fatiga prolongada?*

Es frecuente el enfermo que lleva varias noches sin dormir a causa del dolor. Un adecuado control del mismo, se traducirá, antes que nada, en un profundo y prolongado sueño reparador (muy frecuente). Explicárselo a la familia.

- *Si tiene una insuficiencia hepática o renal probar a reducir la dosis de morfina*

Recuérdese que estas circunstancias nos obligarán a comenzar con dosis de morfina más bajas que las habituales⁵⁰

- *¿Existirá una metástasis cerebral y la morfina ha aumentado la presión intracraneal?*

Cabe esta posibilidad aunque raramente. Si la morfina es realmente necesaria, valorar la posibilidad de añadir dexametasona.

- *¿Está cianótico el paciente por una insuficiencia respiratoria agravada por la morfina?*

Disminuir la dosis de morfina y reevaluar. Recuérdese que la insuficiencia respiratoria no supone una contraindicación para usar morfina, pero sí que obliga a ser más cuidadoso en su dosificación y requiere de una reevaluación más frecuente.

- *¿Está en tratamiento con psicotropos? ¿Son necesarios? ¿Se pueden reducir o interrumpir?*

En no pocas ocasiones un médico poco solícito intentará compensar su falta de disponibilidad con psicofármacos. Frecuentemente llegan los enfermos con medicamentos de este tipo, no siempre necesarios. Después de un cuidadoso abordaje individualizado, etc. muchas veces los podemos suprimir o cuando menos, disminuir.

- *Si el paciente no está agitado considerar la administración de dexamfetamina (2.5 - 5 mg) por la mañana o metilfenidato 10 mg por la mañana y 5 por la tarde.*

Raramente necesario

- *Si toma fenotiazinas como antiemético ¿se puede cambiar por haloperidol o metoclopramida?*

Es más difícil en el caso de la metoclopramida ya que actúa a nivel gástrico fundamentalmente. El haloperidol, sin embargo, tiene un mecanismo de acción más similar y produce menos somnolencia que las fenotiazinas.

Astenia

En la mayoría de los enfermos desaparecerá después de unos días, suponiendo que haya sido provocada por la morfina. No olvidar que la astenia es precisamente uno de los síntomas de mayor prevalencia en los enfermos de cáncer, tomen o no morfina.

Síntomas confusionales (confusión, obnubilación, alucinaciones), generalmente producidos por neurotoxicidad.

Los pacientes pueden presentar algún síntoma de neurotoxicidad en el curso del tratamiento, dificultad en la concentración, delirium (síndrome confusional agudo), alucinaciones, mioclonias, entre otros. Existen grupos de mayor riesgo, como las personas con edad avanzada, con insuficien-

Marcos Gómez Sancho y Manuel Ojeda Martín

cia renal o hepática, con trastornos cognitivos previos, con tratamiento prolongado o con altas dosis de opioides.

Es preciso informar a los pacientes y familiares de esta posibilidad y explicar que existen alternativas de tratamiento para solucionar estos síntomas y mantener el alivio del dolor (cambio de opioide, neurolépticos, tratamiento de complicaciones clínicas concurrentes). Resaltar la importancia del reporte precoz para evitar síntomas mayores.

Inestabilidad

Igual que en el caso anterior, los pacientes ancianos pueden sufrir crisis de vértigo o inestabilidad, probablemente debido a hipotensión ortostática.

Sudoración

Algunos enfermos presentan sudoración profusa que puede ser muy incómodo. Suele aumentar por las noches y es más frecuente cuando existe afectación hepática. No pocas veces se agrava cuando el enfermo tiene fiebre causada por el cáncer. A algunos enfermos se les controla bien con corticoides (15 - 30 mg de prednisona ó 2 - 4 mg de dexametasona diarios)

Prurito

Aparece a veces y suele ceder con antihistamínicos por vía oral

2) CONSTANTES

A veces (pocas), estos efectos secundarios se mantienen durante el tratamiento con morfina, lo que obliga a mantener la medicación para controlarlos (antieméticos, etc.), sobre todo el estreñimiento.

Los más frecuentes son los siguientes:

Estreñimiento

Además del uso de la morfina, los enfermos de cáncer avanzado y terminal tienen otros factores de riesgo, como suelen ser el uso de otros fármacos facilitadores (antidepresivos), inactividad, debilidad, etc. Por este motivo, la utilización de laxantes, será casi una norma en estos enfermos. Se dice que la misma mano que receta un opioide, deberá recetar al mismo tiempo un laxante. Si en ese momento el enfermo no tiene problemas de evacuación, cuando menos habrá que prevenirlo seriamente. Tener que tratar un estreñimiento, puede significar el fracaso de no haber sabido prevenirlo (no olvidar que puede ser más complicado controlar el estreñimiento que el dolor).

Nosotros solemos utilizar con buenos resultados una mezcla, a partes iguales, de un laxante detergente (parafina líquida), un osmótico (lactulosa) y cuando no está contraindicado (íleo), un purgante (senósido). Como siempre, la dosis se regulará individualmente

Náuseas y/o vómitos

Astenia

Sudoración

Sólo raramente la aparición de efectos secundarios obliga a interrumpir el tratamiento con morfina.

2. Síntomas digestivos

Anorexia

Es la incapacidad del paciente para comer normalmente.

Causas principales:

- Vómito fácil.
- Ofrecer demasiada comida.
- Llenarse rápidamente.
- Estreñimiento.
- Alteraciones de la boca (aftas, úlceras, etc.).
- Dolor y fatiga.
- Hipercalemia.
- Ansiedad y depresión.
- Olores.

Tratamiento:

Medidas generales:

- Preparación adecuada de los alimentos.
- Poca comida en platos grandes.

Medidas farmacológicas:

- Dexametasona (2-4 mg/diarios).
- Amitriptilina (Tryptizol).
- Acetato de Megestrol. Normalmente, este medicamento se utiliza en los cánceres de mama o de endometrio hormono-dependientes y entre sus efectos secundarios está precisamente

el que los pacientes engordan y les aumenta el apetito. Este efecto secundario se utiliza como efecto beneficioso para el tratamiento de anorexia en los pacientes con cáncer avanzado. La dosificación es de 160 mg, 2 a 3 veces al día. Necesita de 1 a 3 meses de tratamiento para observar si mejora o no el apetito. Tratamiento muy caro.

Nombres comerciales:

- MAYGACE 160, MEGEFREN, BOREA.

Estreñimiento

Es la defecación infrecuente (normalmente, menos de tres veces por semana) y que, a su vez, son heces duras y secas.

Causas:

- Inactividad.
- Nutrición deficiente.
- Deshidratación.
- Físicas (debilidad, disnea, dolor).
- Fármacos (opioides, anticolinérgicos, etc.).
- Bioquímicas (hipercalcemia).

Complicaciones del Estreñimiento:

- Dolor.
- Obstrucción intestinal.
- Diarrea por sobreflujo.
- Disfunción, con incontinencia urinaria.

Tipos de laxantes:

- Reguladores:
 - Salvado.
 - Metiiceluliosa.
 - Psilio (METAMUCIL sobres).

Aumentan el volumen de la masa fecal. Este tipo de laxantes no es efectivo en los pacientes con cáncer avanzado.

- Detergentes:
 - Parafina (HODERNAL G).
 - Permite el paso de agua a la masa fecal, reblandeciéndola.
- Osmóticos o Salinos:
 - Azúcares (DUPHALAC, sobres y solución).

Aumentan la presión osmótica a nivel de la luz intestinal, aumentando el paso de agua hacia la misma.

- Purgante:
 - Senósidos (X-PREP solución, PURSENID grageas, DULCOLAXO supositorios).

Aumentan el peristaltismo intestinal. No utilizar en caso de sospechar una obstrucción intestinal.

Posibilidades de tratamiento:

- Mezcla laxante con DUPHALAC + X-PREP + HODERNAL G.

Si el paciente no tiene antecedentes de estreñimiento, se mezclarán 5 c.c. de cada jarabe y se le dosificará al paciente cada 8-12 horas. Si tiene antecedentes de estreñimiento, se mezclarán 10 c.c. de cada uno de los jarabes y se le dará cada 8-12 horas. Esta dosificación puede irse aumentando según necesite el enfermo.

Si el paciente rechaza los jarabes o éstos le provocan náuseas o vómitos, se le dará el PURSENID grageas (desde un comprimido cada 12 horas, hasta 2 cada 8 horas, según la respuesta), o un supositorio de DULCOLAXO por la noche.

- MOVICOL (polietilenglicol): un sobre cada 12 ó 24 horas

Náuseas y vómitos

Las náuseas son una sensación desagradable en la parte alta gastrointestinal y que puede estar acompañada o no de vómito.

El vómito es la expulsión potente del contenido gastrointestinal a través de la boca.

Causas principales:

Debidas al cáncer

- Irritación gastrointestinal.
- Hemorragia.
- Estreñimiento.
- Aumento de la presión intracraneal.
- Hepatomegalia.
- Dolor.
- Ansiedad.

- Toxicidad cancerosa.
- Bioquímicas (hipercalcemia, uremia).

Debidas al tratamiento:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Fármacos (opioides, aspirina, corticoides, etc.).

Concurrentes:

- Gastritis alcohólica.
- Infección.
- Úlcera péptica.
- Uremia.

Otras:

- Sobrepresión para que coma.
- Olores.

Causas por las que la morfina puede inducir al vómito:

- Administración oral demasiado dulce.
- Estimulación de la zona trigger quimiorreceptora (vía a través de la cual estimula el centro del vómito).
- Retraso del vaciamiento gástrico.
- Aumento de la presión intracraneal.
- Estreñimiento.
- Alteración vestibular.

"Toxicidad en ventana":

La morfina a dosis pequeñas no induce al vómito. A dosis medias, sí induce al vómito mientras que a dosis altas tampoco induce al vómito. Esto es lo que se llama "toxicidad en ventana" de la morfina, por lo que hay que tener en cuenta que el vómito es sólo un problema inicial cuando se utiliza la morfina.

Tratamiento del vómito:

- Tratar las causas reversibles (estreñimiento, hipercalcemia, etc.). Prescribir el antiemético adecuado.

Antieméticos

Los clasificaremos según su mecanismo de acción.

A) Los que actúan a nivel de la zona trigger quimiorreceptora (ZTQ).

- Fenotiacinas:
 - Clorpromacina (ya descrita en el tema del dolor).
- Butirofenonas:
 - Haloperidol.

Haloperidol

Acciones:

- Antiemético.
- Ansiolítico.
- Antipsicótico.

Características principales:

- Vida media de más de 16 horas, por lo que se puede dar normalmente una vez al día.
- Más de 5 mg diarios es sedante.
- Más de 5 mg diarios da lugar con frecuencia a reacciones extrapiramidales.
- En pacientes psicóticos, es el ansiolítico de elección.

Presentaciones:

- Gotas: 10 gotas = 1 mg de haloperidol.
- Comprimidos de 10 mg.
- Ampollas de 5 mg 1 por ml.

Dosificación:

- Es el antiemético de elección cuando el vómito está provocado por estímulo central. Se puede empezar por 1,5 mg (15 gotas) en dosis nocturnas. Si no es efectivo, se puede pasar a 3-3,5 mg (30-35 gotas) en dosis nocturnas. La dosis máxima sería de 5 a 20 mg repartidos en varias tomas al día.
- Si los vómitos son muy persistentes, se puede administrar inicialmente por vía subcutánea (1,5/2,5 mg por la noche).

Diferencias entre Clorpromacina y Haloperidol

El Haloperidol es:

- Más antiemético.
- Produce más reacciones extrapiramidales.
- Menos sedante.
- Menos efectos anticolinérgicos.
- Menos efectos cardiovasculares.

La clorpromacina como antiemético se utiliza en aquellos vómitos de causa central y es una alternativa al haloperidol cuando el paciente está muy ansioso o angustiado, debido a que tiene un mayor poder de sedación. En cuanto a la dosificación del Largactil como antiemético será según la edad del paciente y de lo sedado que lo queramos mantener.

Se puede empezar con 15 mg (15 gotas) en dosis nocturna.

B) Los que actúan a nivel periférico.

- Ortopramidas:
 - Metoclopramida.
 - Domperidone

Acciones:

- Aumentan la motilidad del esófago.
- Aumenta la presión del esfínter esofágico inferior.
- Favorece el vaciamiento gástrico.
- Aumenta la dilatación pilórica.
- Disminuye el tiempo de tránsito en el intestino delgado. Aumenta la frecuencia de las contracciones en el duodeno.

Metoclopramida

Nombre comercial:

- PRIMPERAN.

Presentaciones:

- Solución (10 ml = 10 mg).
- Comprimidos de 10 mg.
- Ampollas de 10 mg.

Efectos secundarios:

- Reacción extrapiramidal.
- Sedación.
- Somnolencia.
- Hipotensión postural

Domperidone*Nombre comercial:*

- MOTILIUM.

Presentaciones:

- Comprimidos 10 mg
- Suspensión (10 ml=10 mg).
- Supositorios 60 mg.

Efectos secundarios:

- La única ventaja que tiene sobre el anterior es que no atraviesa la barrera y por lo tanto, tiene menos posibilidades de dar reacciones extrapiramidales.

Dosificación:

- 10 mg cada 6 horas o un supositorio cada 8 horas.

C) Ondansetrón (ZOFRÁN): comprimidos de 4 y 8 mg.

Se dará un comprimido cada 12 ó 24 horas.

D) Consideraciones de los antieméticos.

- Dar profilácticamente en aquellos pacientes en los que se van a comenzar a utilizar los opioides y, sobre todo, en aquéllos que tengan antecedentes de náuseas y vómitos.
 - Como siempre, vía oral.
 - Vía parenteral:
 - Si vomita más de una vez cada 8 horas.
 - Vómitos postprandial.
 - En caso de obstrucción intestinal.

Candidiasis oral

Infección oral, producida la mayoría de las veces por el hongo *Cándida Albicans*.

Causas:

- Sequedad de la boca.
- Utilización de corticoides.
- Utilización de antibióticos.
- Tratamiento con radio y quimioterapia.
- Movilidad de la dentadura.

Formas clínicas:

- **Pseudomembranosa aguda:** placas blanquecinas, suaves y húmedas en los lados de la boca. Si se levantan, aparece la mucosa con erosiones y sangrante.
- **Hipertrófica aguda:** con las mismas características que la anterior, pero cubriendo el dorso de la lengua.

- **Atrofia aguda:** caracterizada por dolor en el dorso de la lengua, con quemor. Mucosa bucal seca y roja. Sin placas blanquecinas.

Tratamiento:

- Cuidados de la boca (véase el apartado correspondiente). (Betadine® Bucal).
- Nistatina (MYCOSTATIN): se le dará una cucharada de 10 ml de suspensión cada 4 horas diciéndole al paciente que lo mantenga en la boca el mayor tiempo posible. Es muy útil congelar esta cantidad de medicamento en forma de cubitos de hielo, al que se le puede añadir cualquier aromatizante (tónica). Esto permite que el paciente chupe un helado y, además de que le refresca la boca (sequedad de boca), lo mantiene más tiempo, con lo que se consigue una mayor acción terapéutica.
- Ketoconazol (MICOTICUM, KETOISDIN).
- Es un antifúngico de acción sistémica cuya dosis es de 200 mg (un comprimido) diario. Tiene el inconveniente de que es bastante hepatotóxico y produce alteraciones hormonales.
- Fluconazol (DIFLUCAN 50, 100 y 200 mg).

Es un antifúngico de acción sistémica cuya dosis es de 100 a 200 mg. diarios, según la intensidad de la infección. Es muy poco hepatotóxico y no produce alteraciones hormonales. Por ello es de elección en el tratamiento sistémico de la candidiasis.

Diarrea

Es un síntoma que puede aparecer aproximadamente en un 10% de los pacientes con cáncer avanzado.

Causas:

De todas las causas que pueden producir este síntoma en los enfermos con cáncer avanzado, el 90% de las veces se produce por:

- Desajuste en la utilización de los laxantes.
- Impactación fecal con sobreflujo (pseudodiarrea).
- Obstrucción intestinal incompleta.

Los fármacos que con más frecuencia producen diarrea en este tipo de pacientes son los laxantes, los antiácidos y antibióticos (aunque estos últimos no se usan mucho). La impactación fecal con sobreflujo se produce, sobre todo, por la utilización de los opioides, anticolinérgicos y el hidróxido de aluminio.

Tratamiento:

Antidiarreicos inespecíficos

- Absorbentes:
 - Pectina.
 - Agentes hidrófilos del bolo fecal.
- Adsorbentes:
 - Carbón activado (diarrea tóxica).
- Inhibidores de las prostaglandinas:
 - Aspirina y Naproxeno (efectivos en la diarrea producida por la radioterapia)
- Opioides:
 - Codeína.
 - Morfina.
 - Loperamida (FORTASEC) es el opioide de elección como antidiarreico. Se presenta en forma de comprimidos de 2 mg y gotas.

Por vía oral, no tiene efecto sobre el SNC. Tiene muy pocos efectos secundarios (2% fatiga y 6% cólico abdominal). Como antidiarreico es 60 veces más potente que la codeína.

Antidiarreicos específicos

- Esteatorrea:
 - Se utilizan las enzimas pancreáticas (PANKREON).

El paciente tomará de 3 a 5 tabletas en cada comida dependiendo de la rebeldía del cuadro.

- Diarrea biliar:
 - Se utiliza la colesteramina (LISMOL sobres).

Es una resina que liga los ácidos biliares en el colon. Se dosificará de 3 a 6 sobres al día.

Obstrucción intestinal

Es un cuadro que se produce con relativa frecuencia en los pacientes con cáncer avanzado. Se produce una dificultad del tránsito intestinal.

Causas:

- Debidas al cáncer:
 - Crecimiento del tumor.
 - Linitis plástica.
 - Neuropatía retroperitoneal.
- Debidas a la debilidad:
 - Fecaloma (impactación fecal).
- Debidas al tratamiento:
 - Post-quirúrgicas (adherencias).
 - Post-radioterapia (fibrosis).

- Fármacos (opioides, corticoides, antihistamínicos, anticoagulantes, etc.).

Tratamiento:

- Quirúrgico:
 - Cuando las condiciones del paciente lo permitan y las perspectivas sean de buen resultado. Asimismo, cuando la causa sea fácilmente reversible.
- Médico:
 - Corticoides: Dexametasona a dosis altas. Se puede comenzar con 24 mg diarios e ir disminuyendo la dosis según respuesta del paciente.
 - Espasmolíticos (hioscina). Se dosificará un inyectable cada 8 horas en infusión SC o IV continua.
 - Morfina. Va a disminuir el peristaltismo intestinal. La dosis dependerá de si el paciente tomaba ya Morfina para controlar el dolor previamente.
 - Antieméticos: Haloperidol subcutáneo (2,5 mg S.C./12-24 h).
 - Enema de limpieza por si la causa es un fecaloma.

Síndrome de aplastamiento gástrico

Es un cuadro que se produce por el crecimiento de una masa que comprime el estómago. La mayoría de las veces se origina por una hepatomegalia.

- Características clínicas:
 - El paciente se sacia rápidamente.
 - Dolor o disconfort epigástrico.
 - Sensación de plenitud.
 - Náuseas y vómitos.
 - Acidez e hipo.

- Tratamiento:
 - Control de la dieta: indicar al paciente que coma poca cantidad, muchas veces al día.
 - Metoctopramida (analgésica en este síndrome).
 - Antiácidos (ranitidina o hidróxido de aluminio).
 - Morfina.

3. Síntomas urinarios

Morfina y tracto urinario

La morfina produce sobre la vejiga una disminución de la sensación de plenitud de la misma con un aumento del tono del esfínter. Asimismo, produce un aumento del tono músculo detrusor y un aumento del tono y de la amplitud del uréter.

De todas maneras, lo importante que se debe recordar es que la morfina no ejerce efectos detectables sobre la función del aparato urinario.

Incontinencia

Es la incapacidad del paciente para retener la orina. Casi siempre está precedida de la urgencia, es decir, que el paciente presenta un deseo continuo de orinar. En la incontinencia se produce un retraso de la micción en relación con el deseo de orinar. Dicho retraso puede estar causado por la debilidad del enfermo, alteraciones psicológicas (depresión, confusión, desaliento, etc.) y la somnolencia.

Con respecto a la incontinencia, hay que hacer un diagnóstico diferencial con la incontinencia genuina por stress (múltipara, al reirse), con la retención con rebasamiento, con la fístula urinaria y con la flacidez del esfínter.

Tratamiento:

- Tratar la causa reversible:
 - Disminuir la dosis del diurético.
 - Tratar cistitis.
 - Modificar la sedación.

- Medidas generales:
 - Proximidad al baño.
 - Fácil disponibilidad del "chato".
 - Respuesta rápida de Enfermeras y Auxiliares.
- Tratamiento farmacológico:
 - Amitriptilina, sobre todo en la inestabilidad del detrusor.
 - AINES (NAPROXYN), 500 mg cada 12 horas.

Espasmo de la vejiga

Es un cuadro que se caracteriza por la aparición de un dolor intenso a nivel suprapúbico de carácter discontinuo y que va a estar relacionado con un espasmo del músculo detrusor de la vejiga.

Causas:

- Debidas al cáncer:
 - Crecimiento tumoral intravesical.
 - Crecimiento tumoral extravesical.
 - Alteraciones psicológicas (ansiedad).
- Debidas al tratamiento:
 - Post-radiación.
 - Por la utilización de la sonda vesical.
 - Infeccioso.
- Causas concurrentes:
 - Infección (cistitis).

Tratamiento:

- Tratar la causa reversible:
 - Tratar el estreñimiento.

- Antisépticos en la cistitis.
- Cambiar la sonda o disminuir el volumen del balón.
- Analgésicos:
 - Amitriptilina (TRYPTIZOL).
 - Hioscina (BUSCAPINA o ESCOPOLAMINA).
- Disminuir la sensibilidad del músculo detrusor:
 - AINES (NAPROXYN 500 cada 12 horas).
 - Disminuyen la sensibilidad del músculo detrusor al inhibir las prostaglandinas.

Tenesmo urinario

Son los deseos constantes de orinar y que siempre lo hace en forma de goteo.

Causas:

- Debidas al cáncer:
 - Hipertrofia maligna de la próstata. Infiltración del cuello de la vejiga.
 - Plexopatía presacra.
 - Compresión medular.
- Debidas al tratamiento:
 - Bloqueos nerviosos.
 - Fármacos (fenotiacinas, haloperidol, etc.).
- Debidas a la debilidad:
 - Estreñimiento.
 - Dificultad para iniciar la micción.
 - Infección.
 - Debilidad generalizada.

Tratamiento:

- Tratar la causa reversible:
 - Modificar el régimen de los fármacos.
 - Asistencia al paciente.
- Fármacos:
 - Bloqueantes alfa adrenérgicos: Prazosin (MINIPRES),
 - Alfuzosina (ALFETIM, BENESTAN).
 - Anticolinesterásicos: Piridostigmina (MESTINON). Estimula la transmisión de la corriente nerviosa.

4. Síntomas neuropsicológicos

El insomnio

Es la incapacidad del paciente para dormir normalmente de noche. Es un síntoma que aparece en la mayoría de los pacientes con cáncer avanzado debido a que estos pacientes tienen MIEDO A LA NOCHE. Como se dijo al analizar los principios generales del uso de los analgésicos, el primer objetivo es el de "una noche sin dolor". **El insomnio debe ser tratado enérgicamente.** Es un problema que no sólo va a afectar al paciente, sino también de manera importante a su familia y cuidadores.

Causas:

- Fisiológicas:
 - Exceso de luz o ruido, nicturia, dormir durante el día, etc.
- Psicológicas:
 - Todos los síntomas que influyen en el estado anímico (ansiedad, depresión).
- Tratamiento incorrecto de otros síntomas:
 - Dolor, disnea, vómitos, diarrea, incontinencia, etc.
- Medicación coadyuvante:
 - Pueden producir estimulación (diuréticos, corticoides, cafeína, simpaticomiméticos, etc.

Actitud ante el paciente con Insomnio:

Conocer la causa, porque de ello va a depender muchas veces la actitud terapéutica posterior. Tratar la causa reversible (ansiedad, dolor, disnea, etc.).

- Medidas generales:
 - Aumentar la actividad diaria (terapia ocupacional).
 - Disminución de ruidos nocturnos. Luz indirecta.
 - Ambiente y música agradable.
 - Tratamiento del miedo con terapia de relajación, compañía, explicación y dar seguridad al enfermo.

Tratamiento farmacológico:

Se utilizan las BENZODIACEPINAS. Reducen la ansiedad, favorecen el sueño y disminuyen la tensión muscular. Se clasifican en benzodiacepinas de acción corta, intermedia y prolongada.

- Acción corta:
 - Midazolam (DORMICUM).
 - Zolpidem (CEDROL).
- Acción intermedia:
 - Alprazolam (TRANKIMAZIN).
 - Flunitrazepam (ROHIPNOL).
 - Lorazepam (ORFIDAL).
 - Brotizolam (SINTONAL).
 - Lormetazepam (LORAMET).
- Acción prolongada:
 - Clorazepato dipotásico (TRANXILIUM).
 - Clordiazepóxido (HUBBERPLEX).
 - Diazepam (DIAZEPAN, VALIUM, STESOLID).
 - Flurazepam (DORMODOR).

Estado confusional agudo

Es un cuadro que se produce como consecuencia de la claudicación mental del paciente. Esta claudicación va a dar lugar en el paciente a una alteración de la comprensión y una pobre concentración.

El estado confusional agudo y el delirio representan la misma entidad clínica en la actualidad.

Clínicamente, el cuadro se caracteriza por una pobre concentración del paciente con una pérdida de memoria y desorientación temporo espacial. El paciente percibe de manera incorrecta lo que se le dice. Es importante reseñar el comportamiento agresivo con que reaccionan muchos de estos pacientes, incluso con sus cuidadores o familiares más cercanos, lo que hace que provoque un gran desconcierto en los mismos. En este sentido, reseñar la explicación a los familiares para que comprendan la sintomatología del enfermo. Otros síntomas que diferencia este cuadro de la demencia es la aparición de alucinaciones con una gran agitación del paciente.

Causas:

- **Debidas al cáncer:**
 - Degeneración cerebral.
 - Efecto sistémico del tumor
 - Infección.
- **Problemas en el cuidado del paciente:**
 - Excesiva dedicación al paciente.
 - Pobre dedicación al paciente.
 - Cambio de personalidad (por ejemplo, por la caquexia).
 - Ansiedad y depresión (síntomas constantes).
- **Utilización de fármacos, sedantes o estimulantes:**
 - Antiparkinsonianos.
 - Cimetidina.
 - Digoxina.

- **Déficit vitamínico.**
- **Deprivación alcohólica.**
- **Reducción brusca de la medicación.**
- **Alteraciones bioquímicas:**
 - Hipercalcemia (la más frecuente).
 - Hiponatremia.
 - Hiperglucemia.
 - Hipoglucemia.
- **Anoxia cerebral:**
 - Anemia.
 - Insuficiencia cardiaca.

Posibilidades de tratamiento:

Generalmente, el estado confusional agudo presenta un origen multifactorial en el que se pueden corregir pocas situaciones. Su tratamiento debe ser precoz con fármacos neurolépticos.

- Si la causa es farmacológica, suprimir o disminuir la dosis del fármaco.
- Si es por hipoxia o cianosis, oxígeno.
- Si se debe a agitación, diazepam.
- Si aparecen alucinaciones o síntomas psicóticos, haloperidol.

Una alternativa al anterior en pacientes agitados o angustiados, debido a su mayor poder de sedación, es la clorpromacina.

- Si es necesario la sedación, midazolam (DORMICUM).

5. Síndromes urgentes en Medicina Paliativa

Son una serie de síndromes que se producen secundariamente al crecimiento del tumor o también por metástasis a distancia del tumor primario. Es necesario su conocimiento porque, de la rapidez de actuación, va a depender la calidad de vida del paciente.

Hipercalcemia

Se puede definir como la elevación del calcio por encima de los *10,5 mg/dl*. Hay que tener en cuenta que si el paciente tiene una hipoalbuminemia significativa, la concentración total del calcio en plasma puede dar la falsa impresión de normalidad.

Se produce en un 10 a 20% de pacientes con cáncer. La mayor frecuencia se da entre los cánceres con afectación ósea (pulmón, próstata, mama y mieloma múltiple).

Mecanismos que influyen en su aparición:

- Metástasis.
- Aumento de las prostaglandinas.
- Activación de osteoclastos.
- Después del tratamiento con hormonoterapia.
- Producción del tumor de una PTH-like (sobre todo, cáncer de pulmón).

Manifestaciones clínicas:

- Aumento moderado del calcio:
 - Fatiga.
 - Letargia.
 - Debilidad.
 - Anorexia.

- Aumento importante del calcio:
 - Náuseas y vómitos.
 - Parálisis intestinal.
 - Estado contusional.
 - Exacerbación del dolor.

Tratamiento:

Cuando el calcio sérico está por encima de 13 mg/dl, es necesario el ingreso del paciente en el hospital.

Posibilidades terapéuticas:

- Hidratación + furosemida (SEGURIL) cada 6-8 horas + potasio parenteral en caso de hipocalcemia.
- Corticoides.
- Clodronato (MEBONAT), que es un bifosfonato. Se utiliza en los casos de hipercalcemia por destrucción ósea. Inicialmente, se da por vía IV, una ampolla diaria diluida en 500 ml de suero fisiológico, en infusión durante 2 horas y previo control analítico de la calcemia, hasta que las cifras estén dentro de límites normales. Luego se pasará a la vía oral (2 comprimidos cada 12 horas), para evitar la recidiva.
- Mitramicina IV.

Nota: en los casos de hipercalcemia grave, debemos preguntarnos si está justificado la corrección de una complicación, potencialmente fatal, en un paciente moribundo.

- ZOMETA (ácido zeledrónico) 4 mg. Poner IV diluido en 100 ml. de suero fisiológico a pasar en 15 minutos. Es el tratamiento actualmente elegido pero con unos controles previos de la situación de la cavidad oral del paciente, ya que pueden aparecer necrosis mandibulares secundarias al tratamiento. Se recomienda visita al estomatólogo u odontólogo previo al inicio del tratamiento para corregir posibles alteraciones.

Síndrome de compresión medular

Es la principal urgencia en oncología, ya que de la rapidez con que se instaure el tratamiento dependerá la calidad de vida del paciente.

Se produce en el 5% de los pacientes con cáncer. Se da sobre todo en los tumores de mama, pulmón y próstata (son los que más metastatizan a nivel óseo).

El nivel de la compresión es:

- Torácico (80% de los casos).
- Cervical (3%).
- Lumbar (2%).
- Mixta (1,5%).

Clínica:

- Dolor (puede preceder a las manifestaciones neurológicas).
- Paraplejía.
- Alteraciones sensitivas.
- Incontinencia de esfínteres.

Diagnóstico:

- Historia.
- Hallazgos clínicos.
- RX que demuestre lesión metastásica vertebral o colapso en el nivel correspondiente en el 80% de los casos.
- El scanner óseo a menudo no ofrece información adicional.
- Mielograma si existen dudas y si es necesario para planificar el tratamiento

- El TAC evita el disconfort del mielograma, pero puede resultar negativo, incluso con bloqueo completo. Se puede usar si el paciente rechaza el mielograma.
- La RNM es la técnica de elección.

Actitud terapéutica:

Ante la más mínima sospecha, se instaura el tratamiento con dexametasona a dosis altas y se remite al enfermo urgentemente al hospital. El hecho de que dejen pasar 8-10 horas puede ser decisivo para que el cuadro sea o no reversible.

Guías terapéuticas:

- Dexametasona:
 - a) 12 mg VO al inicio y continuar con 6 mg cuatro veces al día.
 - b) 100 mg IV al empezar y 24 mg VO cuatro veces diarias durante tres días. Luego reducir rápidamente a 4 mg cuatro veces al día.
- Terapia radiante:
 - Simultáneamente.
- Laminectomía descompresiva, considerarla si:
 - Los síntomas y signos (otros que no sean el dolor) empeoran progresivamente a pesar de la radioterapia y altas dosis de dexametasona.
 - Hay recidiva después de dar la dosis máxima de radiación.
 - Si hay una metástasis solitaria a nivel vertebral.
 - Si el diagnóstico es dudoso.
- Los pacientes con un bloqueo incompleto son los más beneficiados.

- La recuperación es más probable en las lesiones parciales de la zona cauda equina.
- La pérdida de la función esfinteriana es un signo de mal pronóstico.

Síndrome de compresión de la vena cava superior

Es un conjunto de síntomas y signos derivados de la oclusión parcial o total de la luz de la vena cava.

Clínica:

Se puede manifestar por la triada clásica:

- Edema en esclavina (cara, cuello y ambas regiones supraclaviculares).
- Cianosis en cara y extremidades superiores.
- Circulación colateral tóraco braquial.

También puede presentar:

- Somnolencia.
- Cefalea.
- Vértigo.
- Acúfenos.
- Crisis convulsivas.

Tratamiento:

- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Corticoides a altas dosis.

6. Síntomas respiratorios

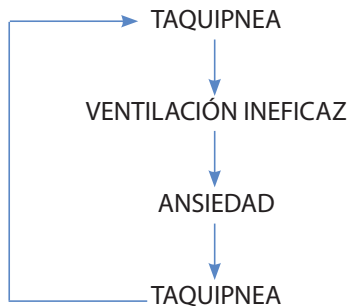
La disnea

Es la dificultad del paciente para respirar normalmente. La situación puede ser tan trágica que, a nuestro juicio, es la principal urgencia en Medicina Paliativa.

Su incidencia es de un 50% de todos los pacientes con cáncer avanzado. En los tumores broncopulmonares, se produce en un 70%. Estos porcentajes van aumentando a medida que la enfermedad progresa.

Ataque de pánico respiratorio

Es una situación en la cual el enfermo está convencido de que va a morir inmediatamente.



Con lo cual se cierra un círculo vicioso que hay que romper.

Causas de la Disnea:

- Debidas al cáncer:
 - Obstrucción.
 - Sustitución del tejido pulmonar, por tejido canceroso.
 - Síndrome de obstrucción de la vena cava superior.
 - Ascitis masiva.
 - Distensión abdominal.
- Debidas al tratamiento:
 - Neumectomía.
 - Radioterapia.
 - Quimioterapia.
- Debidas a la debilidad:
 - Atelectasias.
 - Embolia pulmonar.
 - Anoxia.

Tratamiento:

No abandonar nunca al enfermo.

- DIAZEPAM O MIDAZOLAM
 - De 5 a 10 mg cada 8 ó 12 horas, según respuesta del enfermo.
 - El mecanismo de acción del diazepam consiste en disminuir la ansiedad del enfermo, que es una de las causas que tienden a perpetuar el círculo vicioso de la etiopatogenia de la disnea terminal.
- MORFINA:
 - Si el paciente ya estaba tomando morfina se le aumentará la dosis en un 50%.

- Si no estaba tomando morfina, se puede comenzar por 5 mg cada 4 horas e ir aumentando un 50% hasta obtener la respuesta deseada.
- El mecanismo de acción de la morfina consiste en una disminución de la frecuencia respiratoria, disminuyendo la sensibilidad del centro respiratorio a la hipercapnia.

La tos

Es otro de los síntomas respiratorios que se produce con frecuencia en estos enfermos. Su incidencia es de un 50% en los pacientes con cáncer avanzado. En el cáncer broncopulmonar, se produce en el 80%.

Causas:

- Debidas al cáncer:
 - Por un proceso de irritación traqueal, bronquial, pleural, pericárdico y/o del diafragma.
- Debidas al tratamiento:
 - Fibrosis post radioterapia.
- Debilidad:
 - Infecciones.
- Concurrentes:
 - Cigarrillos.
 - Asma.
 - EPOC.

Tipos de Tos:

- Húmeda + paciente capaz de expectorar (productiva).
- Húmeda + paciente demasiado débil para toser efectivamente (no productiva).

- Seca (no productiva).

Guía terapéutica:

El tratamiento dependerá de la causa y del objetivo que se persiga (en el paciente moribundo, el objetivo es el confort).

- TOS HÚMEDA + PACIENTE CAPAZ DE TOSER EFICAZMENTE:
 - Humidificación del aire inspirado.
 - Educación de cómo toser efectivamente.
 - Mucolíticos no irritantes (N-aceti-cisteína).
- TOS HÚMEDA + PACIENTE INCAPAZ DE TOSER EFICAZMENTE:
 - Antitusígenos: Codeína (30-60 mg/4 horas). Morfina (5-20 mg/4 horas o MST Continus (10 mg/12 horas). Hioscina (0,3-0,6 mg/4 horas IM o SC).
 - Limitar el uso de la aspiración (es muy traumático).
- TOS SECA:
 - Antitusígenos de acción central (codeína, morfina).

Nota: no se deben mezclar.

El hipo

Es un reflejo respiratorio patológico caracterizado por el espasmo del diafragma, que da lugar a una inspiración rápida asociada con un cierre de la glotis.

Causas:

- Distensión gástrica.
- Irritación diafragmática.
- Irritación del nervio frénico.

- Tumor cerebral.
- Infección.

Tratamiento:

- Tratar las causas reversibles:
 - Distensión gástrica: MAALOX (10 ml después de las comidas)
METOCLOPRAMIDA (10 ml/4-6 horas).
- Tumor cerebral:
 - Corticoides.
- Infección:
 - Antibióticos.
- Supresión central del reflejo del hipo:
 - CLORPROMACINA: 10-25 mg, 3 a 4 veces al día.
 - VALPROATO SÓDICO: 500-1.000 mg al acostarse (en caso de tumor cerebral).

Estertores premortem

Es un sonido estertóreo producido por la oscilación de las secreciones, principalmente en la hipofaringe, asociado a los movimientos respiratorios

Mientras no haya signos patognomónicos de muerte inminente, estos estertores sólo se ven en pacientes demasiados débiles para expectorar con eficacia.

Posibilidades de tratamiento:

- Hioscina:
 - Reduce la producción de secreciones (darla de forma precoz).
Efecto broncodilatador.

- Postura semiprono.
- Drenaje postural.
- Aspiración orofaríngea:

A la mayoría de los enfermos, les molesta la aspiración.

Se debe reservar para pacientes inconscientes y con fines cosméticos, ya que suele angustiar mucho a los familiares.

7. Otra medicación en Cuidados Paliativos

Benzodiazepinas

Ya hemos descrito en el tema del insomnio las que tenían una mayor capacidad hipnótica. Hay otras que se utilizan en Cuidados Paliativos por otras características y sobre todo porque tienen una mayor capacidad ansiolítica.

Diazepam:

Es una benzodiazepina de vida media larga, normalmente más de 25 horas. Al darla repetidamente, tiende a acumularse.

Usos:

- Ansiedad: se utiliza mucho como ansiolítico y como antiemético.
- Miorelajante: en espasmos musculares.
- En las reacciones extrapiramidales: como anticonvulsivante.
- En la disnea.
- En la mioclonía multifocal.
- En el insomnio: existen otras benzodiazepinas más específicas.

Presentación:

- VALIUM (comprimidos de 5 y 10 mg, ampollas de 10 mg).
- DIAZEPAM PRODES (comprimidos de 2,5,5,10 y 25 mg, gotas 1-2 mg, ampollas de 10 mg y supositorios de 5 y 10 mg).
- STESOLOID (microenemas de 5 y 10 mg).

Midazolam

Es una benzodiazepina de vida media corta, normalmente menos de 5 horas y que tiene una gran utilidad en Medicina Paliativa.

Usos:

- Sedante en procesos menores.
- Agitación terminal.
- Anticonvulsionante.

Moclobemida

Antidepresivo inhibidor selectivo y reversible de la MAO, tiene efecto estimulante.

Posología:

- 150 mg incrementado en 3 días la dosis a 450 mg/día.

Dosis máxima:

- 600 mg/día.

Nombre comercial:

- MANERIX.

Características del Midazolam que le diferencia del Diacepam y hacen que sea de gran utilidad en Cuidados Paliativos:

El Midazolam es dos veces más potente como sedante que el Diacepam. A nivel anticonvulsionante tienen la misma potencia.

El Diacepam es liposoluble, es decir, precipita cuando se usa conjuntamente con otros medicamentos y no se puede utilizar por vía subcutánea porque produce una gran irritación. Sin embargo, el Midazolam es hidrosoluble, no precipita con otros medicamentos y se puede utilizar por vía subcutánea. Tiene una gran utilidad en las bombas de infusión continua, tanto por vía intravenosa como subcutánea.

Nota: la bomba de infusión continua es un aparato, generalmente muy sencillo, que libera la medicación que contiene en un tiempo predeterminado. Esto evita los pinchazos periódicos al paciente.

Pauta terapéutica:

- Sedación en procesos menores:
 - La dosis varía según la edad.
 - Puede ser de 2 a 10 mg.
 - En los viejos, 1 mg y luego 0,5 mg/minuto hasta sedarlo.
- Sedación en agitación terminal:
 - Comenzar con 5 mg SC o 1M.
 - Luego 30 mg/24 horas en infusión continua.
 - En sedación de emergencia, de 5 a 20 mg IV.
- Nombre comercial:
 - DORMICUM (Comprimidos de 7,5 mg y ampollas de 15 mg)

Hioscina

Es un alcaloide de la belladona, que va a tener una gran utilidad en Cuidados Paliativos. Su vida media es de 15 a 40 horas.

Usos:

- Antisecreto:
 - En la sialorrea, tos, estertores del moribundo y para secar secreciones.
- Antiespasmódico:
 - En el cólico intestinal, espasmo de vejiga y en el tenesmo rectal.
- Antiemético:
 - Sobre todo en los vómitos ocasionados por las alteraciones vestibulares.
- Ansiolítico sedativo.

De todos estos usos, los más importantes son los de secar las secreciones del moribundo y su efecto sedativo.

Efectos adversos:

- Efectos anticolinérgicos.
- Somnolencia.
- Tendencia a la acumulación.
- Puede exacerbar la demencia.

Presentaciones:

- ESCOPOLAMINA, ampollas de 0,5 mg de Hioscina (uso Hospitalario)

Dosificación: 0,5 a 1 mg cada 4-6 horas.

- BUSCAPINA. n-butil bromuro de hioscina. Grageas y supositorios de 10 mg, ampollas de 20 mg.

Dosificación: 1-2 grageas cada 6 horas

Levomepromazina

Es una fenotiazina del grupo de la clorpromazina; tiene menos efecto antiemético y más efecto analgésico que ésta. Sin embargo, tiene más poder sedativo.

Presentación:

- SINOGAN, comprimidos de 25 y 100 mg, gotas (1 gota = 1 mg) y ampollas de 25 mg (1 ml).

Dosificación: la misma que la Clorpromazina (Largactil).

Tiene una ventaja sobre ésta y es que su volumen es de 1 ml (el Largactil son 5 ml) y por lo tanto es de fácil utilización en las bombas de infusión subcutánea.

En pacientes ambulatorios, provoca con mucha frecuencia hipotensión ortostática, que limita su uso.

8. Cuidados de la boca en el paciente moribundo

Objetivo

Mantener la boca de los pacientes moribundos libre de suciedad y con la humedad adecuada.

Material

- Un separador de boca.
- Un depresor de lengua.
- Cepillo de dientes.
- Bastoncillos de algodón.
- Torundas de esponja.
- Guantes.
- Gasas.
- 3 cazoletas.
- Un paño o toalla.
- Glicerina o solución antiséptica.
- Vaselina.

Soluciones

- Para desbridar:
 - Una parte de agua oxigenada.
 - Tres partes de bicarbonato.
- Para aclarar:
 - Agua.

Observaciones:

La limpieza de la boca en los pacientes moribundos se hará cada hora. Si el paciente respira por la boca, se limpiará y/o refrescará cada vez que sea necesario.

Preparación del paciente

Si el paciente *está* consciente, valorar su grado de conocimiento que tiene sobre el procedimiento que se le va a realizar.

Aunque el paciente no esté consciente, ir hablándole y explicándole las maniobras que realicemos durante el mismo.

Según sea la posición del paciente, colocar el paño o toalla para evitar que se ensucien las ropas de la cama.

Procedimiento

1. Poner el separador de boca o usar el depresor de lengua, según las condiciones del paciente.
2. Mojar el cepillo de dientes en la solución desbridante y proceder al cepillado de dientes, encías y lengua, procurando no provocar al paciente.
¡Usar los bastoncillos de algodón para limpiar aquellas partes a las que no se puede llegar con el cepillo!.
3. Realizar esta maniobra tantas veces como sea necesario.
¡Dejar actuar la solución desbridante durante 2 a 3 minutos!.
4. Usando las torundas de esponja, aclarar la boca convenientemente.
5. Pincelar la boca con una torunda de esponja impregnada en solución antiséptica o en glicerina.

¡Aunque la glicerina está en desuso, continúa siendo un buen humectante para la boca!.

6. Con una gasa, aplicar vaselina en los labios.

Tipos de enjuagues

Desbridante:

Usos:

- Desbridar.
- Quitar placas de detritus.
- Quitar costras.
- Ablandar la suciedad de la lengua.

Fórmulas:

- 3/4 partes de bicarbonato + 1/4 parte de agua oxigenada.
- 3/4 partes de suero fisiológico + 1/4 parte de agua oxigenada.
- Sidra más soda (al 50%).

Antiséptico:

Usos:

- Gingivitis.
- Estomatitis.
- Piorrea.
- Aftas.
- Micosis.
- Radioterapia y Quimioterapia.

Principio activo:

- Hexetidina.
- Clorhexidina.
- Povidona yodada (BETADINE® BUCAL).

Anestésico:

Usos:

- Afecciones dolorosas de boca, esófago y estómago.

Principio activo:

- Tepilta.
- Lidocaina viscosa al 2%.
- Se pueden tragar después del enjuague.

Antibiótico:

Usos:

- Infecciones orales.

El antibiótico que prescriba el médico (valorar la posibilidad de pautar enjuagues desbridantes antes de suministrar el antibiótico).

Boca seca

La sequedad de boca es un problema muy frecuente en los enfermos con cáncer avanzado. Sus causas son múltiples y puede ir acompañada de halitosis, disminución del sabor, dolor, quemor y dificultad para la masticación y deglución.

Recomendaciones:

- Higiene:
 - Hacer enjuagues desbridantes (según Protocolo) después de cada comida, reteniéndolo 5 ó 10 minutos.
 - Cepillarse los dientes después del enjuague, usando cepillos suaves y pastas dentífricas que no irriten.
- Para aumentar la salivación:
 - Chupar pastillas de vitamina C.
 - Chupar pastillas (sin azúcar) de limón o canela.
 - Masticar chicles sin azúcar.
 - Chupar trocitos *de* piña natural.
 - Chupar cubitos de hielo aromatizados (agua tónica, grosella, cereza).
- Para rehidratar:
 - Incrementar la ingesta de líquidos.
- Para refrescar:
 - Frecuentes buches de agua retenidos en la boca durante 5-10 minutos.
 - Saliva artificial (no comercializado en nuestro país).

Pauta recomendada:

La pauta recomendada para mantener la boca húmeda será el alternar soluciones de povidona yodada (BETADINE) más agua al 50%, con otras de agua oxigenada más agua al 50% cada 2 ó 3 horas, dependiendo del estado del enfermo. Lo más efectivo sería alternar las soluciones cada hora.

9. Cuidados de la piel

Piel seca

Los pacientes oncológicos, en el estadio terminal de su enfermedad y debido a su estado de desnutrición, caquexia y deshidratación, presentan algunos problemas dérmicos que nosotros debemos de evitar con nuestros cuidados. El más frecuente es el de la sequedad de la piel (que aparece rugosa y descamada). El agua se retiene en la capa lipídica. Cuando la piel se reseca, la queratina se descama quedando la dermis expuesta a agresiones, aumentando la pérdida de agua.

Recomendaciones:

- Baños:
 - Usar jabones de pH neutro, procurando no abusar de ellos. O mejor, algún producto no jabonoso, específico para pieles sensibles (EROSIL DERMOCOLÁGENO)
 - Secar con toallas suaves.
- Apósitos húmedos:
 - En las zonas donde haya descamación, aplicar compresas con agua durante 20 minutos.
- Cremas:
 - Aplicarlas después del baño y cada noche. Son aconsejables, según el grado sequedad de la piel:
 - *cremas suaves*, ricas en lanolina (crema para manos).
 - *cremas emolientes*, aceite de almendras, calamina oleosa, vaselina, etc. Tener en cuenta que cuanto mayor sea la concentración de grasa o aceite, más efectiva será la crema ya que tendrá mayor poder humectante. (LAKTIDERM o TIAGÉN superhidratante)

Piel húmeda

La piel húmeda se produce en zonas del cuerpo que están en contacto con el agua. Es más frecuente en pliegues cutáneos y región genital.

- Características:
 - Edema.
 - Enrojecimiento.
 - Maceración.
 - Ampollas.
 - Exudado.
- Precauciones:
 - Baños de corta duración.
 - Usar jabones de pH neutro.
 - Secar el cuerpo adecuadamente.
- Cuidados:
 - Limpiar la zona con suero fisiológico.
 - Dejarlo actuar un par de minutos y secar convenientemente.
 - Aplicar una capa fina de polvos de talco (TALKINTER polvo)
 - Favorecer que los pliegues cutáneos puedan oírse, poniendo al paciente en posturas que lo permitan y que a la vez se sientan cómodos.

Cura de la úlcera cancerosa

- Objetivo:
 - Curar periódicamente las lesiones neoplásicas externas con el fin de que no le provoquen dolor ni mal olor al enfermo que las padece.
- Material:
 - Guantes estériles.

- Campos estériles.
 - Gasas estériles (las necesarias).
 - 4 cazoletas pequeñas.
 - Agua oxigenada.
 - Suero fisiológico.
 - Betadine solución dérmica.
 - Apósito oclusivo.
 - Tijeras.
 - Lidocaina viscosa al 2%.
 - Antibiótico tópico, con poder germicida para los microorganismos anaeróbicos (prescrito por el Médico), si fuese necesario.
- Observaciones:
 - Disponer el material en un campo estéril, vertiendo en las cazoletas las soluciones arriba señaladas.
 - Este tipo de cura también es válido para los pacientes que presentan úlceras por decúbito y se encuentran en estadio de terminalidad.
- Preparación del paciente:
 - Valorar el grado de conocimientos del paciente sobre este tipo de curas.
 - Explicarle el procedimiento que se le va a realizar, de forma que sus necesidades individuales quedan cubiertas.
 - Colocar al paciente en una postura en la cual se sienta cómodo y nos permita a nosotros hacer la cura.
- Procedimiento:
 - 1º. Colocar campos estériles.
 - 2º. Limpiar la lesión con gasas impregnadas en agua oxigenada y dejarla actuar durante un par de minutos.
 - ¡Empleando una gasa para cada maniobra de limpieza!.

- 3º. Retirar restos con gasas secas.
- 4º. Lavar la lesión con suero fisiológico.
- 5º. Aplicar BETADINE® solución dérmica.
¡Dejándolo actuar durante 30-45 segundos!.
- 6º. Aplicar antibiótico tópico. ¡Si hubiese sido prescrito!.
- 7º. Ocluir la lesión con gasas impregnadas en lidocaina viscosa al 2%.
- 8º. Cubrir con gasas secas.
- 9º. Aplicar apósito oclusivo.

Úlceras por presión o por decúbito

Muchos de estos pacientes, debido a su estado general, son susceptibles a este tipo de úlceras y, a veces, es tal el deterioro que, a pesar del empeño de prevenirlas, aparece la úlcera; pero no por ello dejaremos de Prevenir y Cuidar.

- Actividades:
 - Mantener la piel húmeda y libre de factores predisponentes (orina, heces, sudor, etc.). Baños de corta duración, secado concienzudo con toallas suaves, inspeccionando las zonas de mayor riesgo.
 - Aplicar polvos (talco o harinas refinadas) o cremas para favorecer el endurecimiento de la piel.
 - Dejar airear la zona unos minutos.
 - Evitar arrugas o restos de comida en las sábanas.
 - Colchón antiescaras (si se puede conseguir).
 - Uso de almohadas y cojines para acolchar las zonas prominentes.

- Lubricar las zonas secas para evitar grietas.
- Dar masajes para favorecer la circulación.
- Realizar cambios posturales cada 2 horas.

Cuando las zonas aparezcan enrojecidas o ya ha aparecido la úlcera, procederemos a las curas periódicas, según la pauta que marque cada enfermo. Ahora bien, cuando la teminalidad es inminente, las curas serán paliativas y se realizarán del mismo modo que las malignas. Igualmente, ante una situación agónica, los cambios posturales se realizarán tan solo cuando bañemos al enfermo, cambiemos el pañal. etc., es decir, no se harán cada 2 horas.

10. Enema de limpieza

3-4 días sin defecar o fecaloma

- **Objetivo:**
 - Introducir una solución en el recto y porción inferior del colon, con el fin de extraer la materia fecal acumulada.
- **Material:**
 - Un termómetro de baño.
 - Un irrigador de 1-1,5 litros.
 - Una sonda rectal.
 - Un chato.
 - Una toalla.
 - Una almohadilla.
 - Dos pares de guantes.
 - Dos cánulas de lubricante anestésico hidrosoluble.
- **Solución para un enema de 1.000 ml:**
 - Agua templada (38-40° C).
 - 10% de DUPHALAC.
 - 10% de aceite de oliva.
 - 2 MICRALAX
- **Observaciones:**
 - Averiguar el hábito de defecación del paciente.
 - Averiguar cuándo fue la última defecación, así como la cantidad y consistencia de las heces.
 - Valorar el tipo de alimentación del paciente para adecuarlo a sus necesidades. Ingesta de líquidos, actividad, etc.
 - Valorar signos de una posible obstrucción intestinal (estreñimiento, vómitos, distensión abdominal).
 - Hacer tacto rectal previa administración de lubricante anestésico hidrosoluble para detectar la presencia de fecalomas.

- **Preparación del paciente:**
 - Valorar el grado de conocimiento del enfermo sobre el enema de limpieza. Explicarle el procedimiento que se le va a realizar, de forma que sus necesidades individuales queden cubiertas.
 - Explicarle que debe procurar mantener la solución durante 10 minutos.
 - Poner la toalla debajo del paciente.
 - Poner al paciente en decúbito lateral izquierdo, si no existe ninguna contraindicación.
 - Invitarle a que flexione ambas rodillas, la superior más flexionada que la inferior.
 - Poner la almohadilla debajo de las caderas para garantizar su comodidad.
 - Poner el chato.

- **Procedimiento:**
 - Lubricar los últimos 8 cms de la cánula.
 - Purgar el sistema de irrigación.
 - Separar las nalgas e introducir la cánula 10-12 cms.
 - Iniciar la irrigación, manteniendo el irrigador unos 60 cms por encima del paciente. Si el paciente se queja del cólico o siente ganas de defecar, suspender la irrigación. Al finalizar la irrigación, procurar que el paciente retenga la solución durante 10 minutos, cambiándole de posición si fuese preciso.
 - Poner al paciente a evacuar el enema.
 - Valorar la efectividad del enema.
 - Terminada la defecación, hacer tacto rectal asegurando la no existencia de fecalomas.
 - Si quedasen fecalomas, proceder a la extracción manual.

Enema de limpieza (2 días sin defecar)

En este caso, seguir el protocolo anteriormente expuesto introduciendo las siguientes variaciones:

- La cantidad de solución será de 250 ml.
- La preparación de la misma será:
 - Agua.
 - DUPHALAC 10%.
 - Aceite de oliva 10%.
 - Un MICRALAX.

Extracción manual de un fecaloma

- **Objetivo:**
 - Extraer manualmente masas fecales acumuladas y endurecidas que se encuentran en el tramo inferior del intestino y que el paciente no puede expulsar por sí mismo.
- **Material:**
 - Lubricante anestésico hidrosoluble.
 - Guantes.
 - Una toalla grande.
 - Una almohadilla.
 - Un chato.
 - Esponjas jabonosas.
 - Una palangana pequeña.
 - Una toalla pequeña.
- **Observaciones:**
 - La extracción manual de fecalomas se hará cuando haya fracasado el enema de limpieza de 1-1,5 litros.
 - Seguir las observaciones del protocolo de enema de limpieza.

- Sería aconsejable suministrar un sedante suave (por orden facultativa) 30 minutos antes de empezar el procedimiento.
- **Preparación del paciente:**
 - Valorar si el enfermo entiende lo que es la impactación fecal. Averiguar si lo ha padecido en otras ocasiones y si le han realizado extracciones manuales.
 - Explicarle el procedimiento que se le va a realizar de forma que sus necesidades individuales queden cubiertas.
 - Poner la toalla grande debajo del paciente. · Poner al paciente en decúbito lateral izquierdo (si no existen contraindicaciones).
 - Hacer que flexione ambas rodillas (la superior más flexionada que la inferior).
 - Poner la almohadilla debajo de las caderas del paciente para garantizar su comodidad (si hiciese falta).
 - Poner el chato cerca del paciente.
- **Procedimiento:**
 - Vaciar dos cánulas de lubricante anestésico hidrosoluble en la ampolla rectal y esperar a que actúe durante 10 minutos. La dilatación del esfínter anal y el malestar que produce el procedimiento son agotadores para el paciente. Si el fecaloma fuera muy grande, valorar la posibilidad de extraerlo en varias sesiones.
 - Impregnar el dedo índice en lubricante anestésico hidrosoluble.
 - Introducirlo suavemente en el recto con movimientos circulares. ¡Esto es incómodo para el paciente. Alentarlo y darle explicaciones durante el procedimiento!.
 - Romper la masa fecal en pedazos más pequeños e ir sacándolos.
 - Después de extraer el fecaloma, lavar la zona rectal.

¡El procedimiento causa stress y dolor. La recuperación variará según el paciente!.

11. Cuidados de confort

Son todos aquellos que cubren el bienestar físico y moral del paciente. Es decir, que si el paciente no tiene cubiertas unas necesidades básicas, poco se logrará respecto a su CALIDAD DE VIDA.

Si el paciente está en su domicilio, enseñaremos a la familia a llevar a cabo el plan de necesidades. Si está en el hospital, lo haremos nosotros conjuntamente con la familia.

Higiene

- **Actividades:**

- Encontrar el momento adecuado.
- Respetar la intimidad.
- Adecuar la temperatura del baño.
- Utilizar sus efectos personales.
- Ayudarle en los cuidados de la piel, cabello y uñas. Ayudarle a realizar la higiene bucal.
- Permitirle maquillarse y perfumarse.
- Elegir su ropa y complementos.

Todo ello se realizará con cuidado y sin prisa, dejando que el paciente haga la mayor parte del trabajo si puede.

Actividad física

Depende de la capacidad de movimiento del paciente.

- **Actividades:**

- Si es autónomo, animarle a que pasee y que haga aquellas actividades físicas que no impliquen riesgo.
- Si existe alguna incapacidad y con ayuda de aparatos mejora, debemos intentar proporcionárselos (por ejemplo silla de ruedas).
- Si necesita la ayuda de una segunda persona, intentar dársela con suavidad, despacio y transmitiendo ganas de

ayudar. Si está inmovilizado, buscar una posición adecuada en la cama.

- Evitar pliegues y arrugas en la sábana.
- Utilizar almohadas.
- Dar los cambios postura les pertinentes.
- Disponer la cama en el lugar que desee.
- Dejar a mano sus efectos personales.

Reposo y sueño

La alteración del patrón del sueño es algo usual, siendo la causa, generalmente, de tipo emocional.

• Actividades:

- Entorno cómodo y relajado: evitar ruidos, habitación con luz, aire y temperatura adecuada.
- Administración correcta de la medicación.
- Alimentación adecuada, sin sobrecarga.
- Evitar que el paciente se sienta solo: sentarse a su lado, cogerle la mano, charlar, transmitirle cariño y confianza.
- Incitar a la familia a que le acompañe de forma continua.

Ocupación del tiempo libre

Siempre que el paciente esté en condiciones, procurar que haga aquello que más le apetezca.

• Actividades:

- Tomar el sol.
- Salir a pasear.
- Leer y escribir.
- Ver televisión.
- Oír música.
- Incorporarse a tareas del hogar.
- Recibir visitas.
- Tomar una copa, fumar un cigarro.

12. La alimentación

El aspecto nutricional de los pacientes en general y en este tipo de pacientes en particular se ha tenido muy poco en cuenta en la elaboración del proceso de cuidados. No obstante, nunca se obligará a comer si el enfermo no quiere o no puede. Nuestra norma es la siguiente: *LO QUE QUIERA, CUANTO QUIERA Y CUANDO QUIERA*.

La anorexia o falta anormal del apetito puede estar provocada por múltiples causas: dolor, fatiga, inapetencia, mecánica (prótesis, etc.), tratamientos, estado de la boca, estreñimiento, ansiedad, etc. Debemos analizar los factores que provocan estas causas y realizar actividades para evitarlas.

- **Actividades:**

- **Boca:**
(ver capítulo de cuidados de la boca).
- **Comida:**
 - **Presentación y cantidad:** presentaciones que apetezcan, separar cada plato, no presentar uno sin haber retirado el anterior, recoger sin prisa. Servir en cantidades muy pequeñas, en platos pequeños, repartiéndola más veces durante el día. Mejor es que repita a que repudie la comida antes de empezar.
 - **Frecuencia:** invitar, no obligar, esperar a que nos lo pida.
 - **Características:** temperatura adecuada, poco olorosa, poco sabrosa, sin picantes, textura adecuada (normal, molida, líquida, pastosa) para facilitar la deglución. Y, sobre todo, adaptarnos a su gusto.
 - **Posición:** mejor en el comedor con la familia. Si no puede, en su cama, incorporado, pero mejor acompañado. Sólo le daremos de comer si para él es imposible hacerlo.

- **Dieta:** mientras el enfermo está en buenas condiciones, procuraremos que sea equilibrada. Cuando empeore sólo atenderemos a sus peticiones.
- **Líquidos:**
 - Ofrecer bebidas constantemente
- **Medicación:**
 - Administrar correctamente.
 - Destramatizar:
No hacer de su inapetencia un drama; el enfermo se siente incapaz de comer, acoplémonos a sus deseos.

EL OBJETIVO no debe ser el de suministrar una nutrición óptima para recuperar el tiempo perdido, sino el de **proporcionar placer al enfermo.**

13. Vías de administración de fármacos

Según la O.M.S., el enfermo con cáncer presenta un promedio de 10 síntomas a la vez, lo que significa que deberá utilizar un elevado número de fármacos para el control de los síntomas durante el tiempo que dure su enfermedad.

¿Qué debemos de tener en cuenta a la hora de elegir la vía de administración de los fármacos?

- Que sea autónoma.
- De fácil utilización.
- Lo menos agresiva posible. Pocos efectos secundarios.

Vías de administración de fármacos

La vía de administración por excelencia es la vía oral, ya que es cómoda y práctica. Es la que más autonomía proporciona al paciente.

Existen otras vías de administración como la sublingual y la rectal que no solemos utilizar debido a que hay pocas presentaciones farmacéuticas para estas vías. Las vías endovenosa e IM son más dolorosas y proporcionan menos autonomía al paciente. Hay vías en estudio como la nasal y transdérmica.

Hay circunstancias en las que la vía oral es impracticable: · Náuseas y vómitos.

- Disfagia.
- Intolerancia a los fármacos por vía oral.
- Mala absorción.
- Debilidad extrema, inconsciencia o coma.

En estos casos, la vía de elección es con diferencia la vía subcutánea.

- **Ventajas de la vía subcutánea:**
 - Técnica poco agresiva.
 - No precisa hospitalización.
 - Autonomía del paciente. Fácil utilización.
 - Menos efectos secundarios
- **Desventajas de la vía subcutánea:**
 - Infección de la zona de punción, muy poco frecuente.
 - Salida accidental de la palomita, que lo resuelve la propia familia.
 - Reacción adversa a la medicación, que es igual para todas las vías.
 - Reacción adversa al material (reacciones locales).
- **Formas de administración por vía subcutánea:**
 - En bolos cuyo efecto es en picos, es decir, que el efecto irá aumentando hasta alcanzar su máxima eficacia a partir de la cual empezaría a disminuir. Los bolos pueden ser puntuales o periódicos y se administrarán a través de una inyección.
 - Infusión continua cuyo efecto es constante. Se administrará la medicación a través de unos aparatos llamados bombas de infusión. Existen varios tipos de bombas que se diferencian por el mecanismo que utilizan para liberar la medicación.

- **Bombas de infusión continúa:**

La que más usamos por su sencillez es el infusor de PALEX.

Este infusor está formado por un depósito en forma de globo de silicona que está protegido por una envoltura hecha de material rígido.

Este depósito es de dos vías. Una vía por la que se inyecta la medicación en el depósito. La segunda vía va conectada a un

tubo de prolongación que garantiza el flujo constante durante la inyección y que termina en una llave de tres pasos que permite administrar dosis extras sin necesidad de pinchar al paciente.

Existen varios modelos dependiendo de la velocidad de liberación de la medicación, pues la capacidad del depósito es siempre la misma, 80 ml. Los que más utilizamos son los de velocidad:

- 0,5 ml/h, cuya duración es de 160 horas. - 2 ml/h, cuya duración es de 40 horas.
- 2,8 ml/h, cuya duración es de 28,57 horas.

Estos infusores son los que más utilizamos porque proporcionan mejores prestaciones a estos enfermos.

- **Zona de punción:**

- Cualquier parte del organismo es válida aunque las más utilizadas son los brazos y el abdomen.

- **Medicación más utilizada:**

- Cloruro mórfico (fotosensible).
- Midazolam (DORMICUM).
- Hioscina (ESCOPOLAMINA).
- N-B. Bromuro de Hioscina (BUSCAPINA).
- Haloperidol.
- Levomepromacina (SINOGAN).

- **Medicación ocasionalmente utilizada:**

- Metoclopramida (PRIMPERAN).
- Dexametasona (FORTECORTIN).

- **Medicación no utilizada:**

- Diazepam (VALIUM).
- Clorpromazina (LARGACTIL).

- **Material necesario para colocar un infusor:**
 - Infusor.
 - Funda de tela para el infusor.
 - Jeringa de 60 ml, cono luer-lok (de rosca).
 - Medicación a utilizar.
 - Suero fisiológico.
 - Palomita calibre 23 GX 3/4".
 - Steri-strip.
 - Tegaderm.
- **Procedimiento de enfermería:**
 - Explicar la técnica al paciente y a la familia.
 - Explicar la medicación.
 - Cargar la medicación en la jeringa de cono luer-lok de 60 ml. .
Insertar la medicación en la bomba.
 - Puncionar la palomita ya purgada.
 - Conectar la palomita a la bomba.
 - Explicar los cuidados de la vía.

La utilización de la vía subcutánea en pacientes con cáncer en fase terminal nos permite que el paciente que lo desee pueda morir en su casa, en su cama y rodeado de toda su familia.

Anexos

I - Cómo prescribir la morfina

Afortunadamente se ha publicado en nuestro país una Orden Ministerial que facilita la prescripción de opioides con una nueva receta en la cual se puede ordenar el tratamiento de un mes y facilita el acceso a los talonarios, entre otras mejoras (Boletín Oficial del Estado del día 3 de Mayo de 1994).

Para conseguir este objetivo básico y su consiguiente aumento de calidad asistencial, ahora disponemos de un mecanismo de prescripción y dispensación más sencillo y cómodo para los pacientes, sin perder el control de la utilización. Este mecanismo queda reflejado en la "Orden Ministerial de 25 de Abril de 1994".

A partir del desarrollo de la citada Orden Ministerial, la prescripción de estupefacientes, sin la necesidad de la utilización del carnet de extradosis y si la dispensación se realiza en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, será necesario presentar y entregar en la oficina de farmacia, además, la receta oficial de la entidad sanitaria correspondiente.

Básicamente, las características de la nueva receta oficial son las siguientes: distribución gratuita por la entidad sanitaria correspondiente, prescripción de tratamiento de hasta 30 días con un máximo de 4 envases, volante de instrucciones para el enfermo.

Como en todas las recetas, se harán constar los datos del médico y del paciente, así como la fecha a partir de la cual el enfermo dispone de 10 días para retirar el medicamento. El médico habrá de cumplimentar los datos anteriormente citados y proceder a la prescripción, que será de

una especialidad farmacéutica o fórmula magistral por receta. Se ha de prescribir el medicamento con el nombre completo o con la fórmula detallada refiriendo la posología, si se trata de una prescripción aislada o reiterada en aquel enfermo y el número de envases que se habrán de dispensar para cubrir hasta 30 días de tratamiento o 4 envases como máximo; el número de envases se ha de escribir en letra. Si es necesario, se cumplimentará el volante de instrucciones al paciente.

Cada talonario consta de 30 recetas y una hoja final donde el médico apuntará el nombre del enfermo y la prescripción; se trata de una hoja de control que posteriormente cada entidad distribuidora remitirá a los servicios sanitarios correspondientes.

De esta manera, la prescripción para un enfermo que debe recibir 20 mg de morfina por vía subcutánea cada 4 horas, a parte de los datos de filiación, quedaría de la siguiente forma:

Morfina clorhidrato 2% 1 ml 20 mg. cada 4 horas
Caja de 10 ampollas. Cuatro cajas.

Para un paciente que toma 20 mg de morfina en solución oral cada 4 horas, hemos de recordar que no está comercializada la solución oral y que se habrá de prescribir como fórmula magistral:

Solución acuosa de morfina 20 mg/5 ml csp 250 ml.
5 ml cada 4 horas. Tres frascos

Sí que está comercializada la morfina de liberación inmediata en forma de comprimidos: Sevredol. En el caso anterior la receta podría ser también esta otra:

Sevredol 20 mg 1 comprimido cada 4 horas
Caja de 20 comprimidos. 4 cajas

Si el enfermo ha de tomar 30 mg cada 12 horas de morfina de liberación retardada por vía oral:

MST Continus 30 mg 1 comprimido cada 12 horas
Caja de 60 comprimidos. Una caja

A efectos prácticos hemos de recordar que en una receta solamente se puede prescribir una especialidad y que para prescribir 40 mg de MST Continus cada 12 horas, hacen falta dos recetas:

1.- MST Continus 30 mg 1 Comprimido cada 12 horas
Caja de 60 comprimidos. Una caja

2.- MST Continus 10 mg 1 comprimido cada 12 horas
Caja de 60 comprimidos. Una caja

y por ejemplo, utilizar el volante de instrucciones para el paciente para explicarle cómo ha de tomar el medicamento y no olvidar cumplimentar el resumen de prescripciones incluido en el talonario.

Desde el punto de vista de la dispensación, el farmacéutico de oficina ha de comprobar que la receta está correctamente cumplimentada y proceder a la dispensación y/o elaboración del medicamento anotándolo en el libro recetario oficial de estupefacientes y proceder a los libramientos de recetas oficiales y de resúmenes de movimientos trimestrales y semestrales respectivamente. Todo ello sin olvidar la información y consejos al paciente: no triturar los comprimidos de liberación retardada, mezclar la solución con zumos y frutas en el momento de la administración para mejorar el sabor y otros que puedan preocupar al paciente o a la familia.

Son estas las normas básicas con las que un pequeño esfuerzo por parte de todos conseguiremos mejorar la calidad asistencial y de vida de este tipo de pacientes, en los que el tratamiento de su dolor es básico y muy importante.

II. Recepción del paciente y familia

Primera entrevista

- **Objetivos:**
 - Recogida de información completa sobre el paciente y familia. Detectar las demandas expresadas u ocultas.
 - Facilitar la participación en la planificación de cuidados.
 - Identificación del cuidador principal.
 - Creación de un clima de confianza y empatía para el apoyo psicoemocional.

- **Recursos:**
 - Espacio adecuado (despacho y mobiliario).
 - Tiempo suficiente (30 a 45 minutos).
 - Información previa (Historia Clínica).
 - Entrenamiento profesional.

- **Criterios a observar:**
 - Evitar inundación informativa.
 - Facilitar expresión de sentimientos.
 - Observación del lenguaje no verbal.
 - Observación dinámica del grupo.

- **Técnica:**
 - Auto presentación.
 - Tratamiento respetuoso.
 - Facilitar la presentación y relación de los miembros del grupo.
 - Orientar la entrevista hacia temas concretos.
 - Respetar las pausas, comentarios y silencios.
 - Mantener la objetividad: ¡no juzgar!.
 - Proporcionar los compromisos.

- **Procedimiento:**
 - Datos demográficos (edad, sexo, profesión, situación laboral).
 - Valoración nivel cognitivo (orientación, percepción de sí mismo y estatus socio familiar).
 - Experiencia personal, historia subjetiva del proceso.
 - Síntomas referidos: dolor, tipo, escala, expresión, valoración.
 - Exploración física (próximo-caudal).
 - Expresión facial.
 - Exploración de la boca-cuello.
 - Valoración cuidados e higiene.
 - Valoración estado nutricional e hidratación.
 - Valoración A. respiratorio (disnea-tos-dolor).
 - Valoración A. digestivo (ingesta-eliminación).
 - Alergias-diabetes-H.TA-dietas.
 - Exploración de la piel: edemas, lesiones, higiene.
 - Exploración actividad y ocio.
 - Exploración relación social y familiar.
 - Proyectos y objetivos terapéuticos anteriores.

- **Información profesional hacia el paciente y familia:**
 - Información sobre cuidados puntuales.
 - Información sobre el funcionamiento del equipo y los profesionales que lo componen.
 - Información sobre aspectos burocráticos.
 - Derivación a otros profesionales (enfermería, trabajador social, psicólogo, médico, administrativo, etc.).
 - Resumir por escrito la entrevista, destacar aspectos concretos y establecer prioridades a corto plazo.

- Preguntar si queda alguna cuestión de interés.
- Dejar abierta la posibilidad de otro encuentro.
- Ayudarse en la dinámica de la entrevista con: taza de café, infusión, agua, caramelos, etc.
- Mantener un breve intercambio de información con el siguiente miembro del equipo que recibe.
- Acompañar y presentar al paciente y familia al profesional del equipo al que se deriva.

III. Cuidados en la agonía

La agonía es la fase más dura y delicada de todo el proceso de la enfermedad, pues significa que está muy próximo ese acontecimiento inevitable y doloroso para todos que es la muerte.

La fase agónica se reconoce por una pérdida de la actividad y funciones del paciente: aumenta el tiempo de sueño, disminuye la actividad intestinal, deja de orinar, aparece descoordinación temporoespacial, cambia la coloración de piel, etc.

En esta fase debemos proporcionar cuidados al paciente para que el proceso en el que pasa de la vida a la muerte suceda de la forma más serena posible con dignidad y sin sufrimiento.

Mientras tanto, la familia va a percibir un sentimiento de impotencia muy intenso pues no puede evitar la muerte y tiene que esperar la llegada de la misma sin hacer lo que habitualmente se está acostumbrado: luchar hasta el final con todos los medios disponibles para mantener la vida aún a expensas de la dignidad del paciente.

Por lo tanto, los cuidados que vamos a proporcionar al enfermo son:

- **Cuidados físicos:**
 - Evitar los cambios posturales frecuentes pues nuestro objetivo es que el paciente esté cómodo.
 - Proporcionar los cuidados de confort necesarios: aseo del paciente, ventilación de la habitación, posición de la cama, etc.
 - Administración de medicación exclusivamente necesaria para el control de síntomas, utilizando la vía Se. No es necesaria la sueroterapia ni el sondaje nasogástrico.

- **Cuidados psicológicos:**
 - Proporcionar el máximo soporte posible mediante nuestra presencia reconfortante, cariño y respuesta sincera a sus preguntas.
 - Facilitar e incluso, a veces, servir de intermediario para que el paciente se pueda despedir de sus familiares y amigos.
- **Cuidados espirituales:**
 - Facilitar, si el paciente lo pide, la presencia de un sacerdote.
 - Si el paciente está inconsciente, recordar a los familiares la posibilidad de cumplir con sus obligaciones (creencias religiosas).
 - Facilitar, en caso de que el paciente esté ingresado, los rituales según la religión que profese.

Los cuidados que se dispensarán a la familia son los siguientes:

- Apoyo psicológico respondiendo a todas las dudas como puedan ser: ¿cómo sabré que ha muerto?, ¿ocurrirá de forma tranquila o se agitará?, ¿qué debo hacer una vez que haya fallecido?, etc.
- Explicarles los cuidados que deben proporcionar al paciente.
- Detectar a familiares con riesgo de desarrollar un duelo patológico para su posterior control.
- Explicar que nos pueden llamar para aclarar las dudas que puedan surgir una vez que nos hayamos ido.

Una vez que haya fallecido el paciente, nos debemos poner en contacto con la familia para expresarles nuestro sentimiento por la pérdida de su familiar, reforzarles positivamente su labor en el cuidado que prestaron al paciente evitando así sentimientos de culpabilidad, expresarles el significado de la ayuda que le hemos prestado y transmitiéndoles que nos tienen a su disposición para lo que necesiten. El contacto se hará por medio de una carta, del teléfono y, en la medida de lo posible, con una visita a la familia (asistencia domiciliaria).

IV. Duelo

Concepto

Es un síndrome desencadenado por la pérdida de un ser querido.

Fases

- **Entumecimiento o protesta:**
 - Caracterizada por angustia, miedo e ira.
- **Anhelo y búsqueda de la figura perdida:**
 - Caracterizada por la preocupación por la persona perdida, inquietud física, llanto e ira.
- **Desorganización y desesperación:**
 - Desasosiego y falta de objetivos. Aumento de las preocupaciones somáticas.
Reiterada reviviscencia de recuerdos.
- **Reorganización:**
 - Con el establecimiento de nuevos patrones, objetos y objetivos, el pesar cede y en su lugar surgen recuerdos apreciados.

Factores determinantes

Es importante detectar y abordar los mismos para prevenir el duelo patológico.

- **Antecedentes:**
 - Siendo joven, mujer y casada con quien ha muerto se incrementa la probabilidad de aparición de problemas después del

duelo. Otros factores son la falta de capacidad para expresar emociones y un estatus socioeconómico bajo.

- **Subsiguientes:**

- La presencia de fe religiosa, la ausencia de tensiones secundarias durante el desarrollo de nuevas oportunidades de vida en el trabajo y en las relaciones interpersonales.

- **Manifestaciones:**

- **Físicas:**

Anorexia, pérdida de peso, insomnio, disminución del interés sexual, aumento de la morbilidad y mortalidad.

- **Psicológicas:**

Ansiedad, tristeza, dificultades en la atención y concentración, apatía y desinterés.

- **Sociales:**

Rechazo a los demás, tendencia al aislamiento, hiperactividad.

- **Tipos:**

- **Duelo anticipado:**

Ayuda a tomar conciencia de cuanto está sucediendo, a liberar los propios estados de ánimo y a programar el tiempo en vista de la inevitable muerte.

- **Duelo retardado:**

Se manifiesta en aquellas personas que parecen mantener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento.

- **Duelo crónico:**

El superviviente es absorbido por constantes recuerdos y es incapaz de reinsertarse en la sociedad.

- **Duelo patológico:**

La persona se ve superada por la gravedad de la pérdida y los equilibrios físicos y psíquicos se rompen.

¿Cuándo se puede considerar superado el duelo?

Dos signos concretos indican que la persona está recuperándose de un duelo:

- La capacidad de recordar y de hablar de la persona perdida sin llorar ni desconcertarse.
- La capacidad de establecer nuevas relaciones y de aceptar los retos de la vida.

- **Complicaciones:**

- A todas las edades, las personas en duelo experimentan un mayor riesgo de muerte que las personas casadas del mismo sexo y edad. El incremento de riesgo es mayor para hombres que para mujeres y, para ambos sexos, el incremento es mayor en los de menor edad.
- Las causas predominantes de la muerte son: trombosis coronarias y otras enfermedades del corazón, arterioescleróticas o degenerativas.

- **Resumen:**

- El duelo es una reacción natural ante la pérdida de un ser querido. Incluye manifestaciones físicas, psicológicas y sociales.
- La intensidad y duración es proporcional a la dimensión y significado de la pérdida.
- En principio, no requiere del uso de psicofármacos para su resolución. No debe privarse a la persona de la oportunidad de experimentar un proceso que puede tener un efecto recompensante y que fomenta la maduración.

- Hay que alentar la expresión de los sentimientos en vez de narcotizarles.

V. La familia y el paciente

La familia es una parte esencial dentro de la Medicina Paliativa. Contribuye a los cuidados del enfermo y tiene que recibir la atención e instrucción necesarias por parte del equipo de cuidados para no influir negativamente en la evolución del paciente.

Para la Medicina Paliativa, la familia constituye un foco principal de atención. Debe fomentarse la entrevista y el intercambio de información entre ella y el equipo y hay que dar todas las facilidades posibles para ello.

En una situación límite como la enfermedad maligna terminal, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente sobre la persona afecta. Es función del equipo evitar en lo posible las situaciones de tensión en el seno de la familia y ayudar a su resolución en el caso de que dicha situación exista.

La familia puede colaborar eficaz y activamente en el cuidado del enfermo si se la instruye de una forma adecuada en el control de los síntomas, los cambios posturales y la higiene personal. Necesita una información veraz y continuada, un apoyo constante, la seguridad de una asistencia completa durante todo el proceso, descargar tensiones generales y la disponibilidad permanente del equipo de cuidados.

La enfermedad terminal altera la unidad social, los familiares y los amigos, y afloran los conflictos internos preexistentes. La información inadecuada, los mitos, la presencia más o menos explícita de la muerte y la idea de un sufrimiento inevitable crean una intensa atmósfera de angustia.

Si no se modifican estas ideas, a través de una información creíble y continuada, repercuten negativamente en el paciente y bloquean los cuidados del equipo. La cantidad de tiempo y desgaste que conlleva la asistencia a la familia es recuperada con creces al conseguir que no

interfieran negativamente en la buena marcha del proceso individual e intransferible de la propia muerte de la persona.

Cuando la familia se entera del diagnóstico de la enfermedad maligna de uno de sus miembros, inicia un recorrido emocional similar al del paciente que enfrenta la proximidad de su muerte, descrito por Kübler-Ross. La familia sufre una seria alteración psicológica y pasa por un período de crisis emocional, pues debe afrontar no sólo la enfermedad y la muerte, sino múltiples cambios en la estructura y funcionamiento familiar, en el sistema de vida de cada uno de sus miembros y anticipar el dolor que se presentará tras la pérdida del ser querido.

Miedos

Desde el mismo momento en que la familia toma conciencia de que uno de sus componentes va a morir en un plazo más o menos breve, surge una serie de miedos.

- Al sufrimiento del paciente y, especialmente, a que tenga una agonía dolorosa.
- A que el paciente sea abandonado y no reciba la atención adecuada en el momento necesario.
- A hablar con el paciente.
- A que el paciente comprenda su condición física por las manifestaciones o actitudes de la familia.
- A estar solo con el paciente en el momento de su muerte, ya que éste es un momento desconocido y muy temido.
- A estar ausente cuando la persona fallezca, a separarse de ella por un rato, lo cual entorpece las necesidades de descanso y de realizar actividades propias de la vida cotidiana.

Tareas

Los familiares de un paciente con enfermedad terminal no sólo deben enfrentarse a la idea de la muerte en sí y de la ausencia definitiva del ser querido, sino tomar una serie de decisiones, adaptarse a diferentes exigencias, cumplir con una serie de tareas que pueden resultar contradictorias y enfrentarse a reacciones emocionales, ambivalentes y perturbadoras, tanto para la familia como para el individuo.

- Debe encontrar el equilibrio entre actuar con naturalidad, en una forma que niegue la proximidad de la muerte del paciente y puede hacerle sentir abandonado o no tomadas en cuenta sus necesidades, o exagerar los cuidados, las expresiones amorosas, la sobreprotección y la condescendencia, lo cual resiente al paciente, pues lo convierte en un niño, lo anula y disminuye su autoestima.
- Debe redistribuir las funciones y tareas que el paciente asumía, pero a la vez siente que lo están desplazando y anulando y que deberían posponer el desempeño de tales funciones, para no producirle a él una mayor sensación de pérdida y de inutilidad o de enfrentamiento a la muerte.
- Tiene que aceptar que el paciente pueda necesitar una persona ajena para su cuidado.
- Despedirse del paciente y darle el permiso para morir.

Necesidades

El soporte que el equipo de cuidados suministra a la familia implica el conocimiento e identificación de las múltiples necesidades que ésta puede tener a lo largo del proceso.

- De información clara, concisa y realista.
- De saber que se está haciendo algo por el paciente, que no se le ha abandonado médicamente y que se procurará su alivio.
- De contar con la disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de cuidados.
- De tiempo para permanecer con el enfermo.
- De privacidad e intimidad para el contacto físico y emocional.
- De participar en los cuidados.
- De comunicar los sentimientos y reparar la relación, de poder explicarse y perdonarse.
- De compañía y apoyo emocional.
- De expresar las emociones, de expresar la tristeza, el desconsuelo, la rabia y los temores.
- De conservar la esperanza.
- De apoyo espiritual

Claudicación emocional

En el transcurso de la evolución pueden aparecer crisis de descompensación del enfermo y/o de sus familiares, en las que se acentúan los problemas o su impacto. Se trata de un desajuste de la adaptación, originado por una situación nueva o por la reaparición de problemas que es importante saber reconocer porque dan lugar a muchas demandas de intervención médica o técnica, siendo de hecho la primera causa de ingreso hospitalario.

Las causas más frecuentes de estas descompensaciones son:

- Síntomas mal controlados o aparición de nuevos (especialmente dolor, disnea, hemorragia y vómitos).

- Sentimientos de pérdida, miedos, temores o incertidumbre.
- Depresión, ansiedad, soledad.
- Dudas sobre el tratamiento previo o la evolución.

La respuesta terapéutica es la siguiente:

- Instaurar medidas de control de síntomas.
- Mostrar disponibilidad (sentarse en lugar tranquilo, sin prisa).
- Revisar los últimos acontecimientos, esclarecer dudas sobre la evolución y el tratamiento.
- Volver a recordar los objetivos terapéuticos.
- Dar sugerencias sobre cómo comunicarse y estar con el enfermo.

No debe sorprendernos el que tengamos que repetir las mismas cosas en situaciones parecidas varias veces durante la evolución de la enfermedad.

VI. Los derechos del enfermo terminal

- Tengo el derecho de ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- Tengo el derecho de mantener una esperanza, cualquiera que sea ésta.
- Tengo el derecho de expresar a mi manera mis sentimientos y mis emociones por lo que respecta al acercamiento de mi muerte.
- Tengo el derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
- Tengo el derecho de no morir solo.
- Tengo el derecho de ser liberado del dolor.
- Tengo el derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea mi pregunta.
- Tengo el derecho de no ser engañado.
- Tengo el derecho de recibir ayuda de mi familia y para mi familia en la aceptación de mi muerte.
- Tengo el derecho de morir en paz y con dignidad.
- Tengo el derecho de conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
- Tengo el derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes, que van a intentar comprender mis necesidades y que

serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome a enfrentarme con la muerte.

- Tengo el derecho de que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte.

VII. Ética de la sedación en la agonía

Comisión Central de Deontología Organización Médica Colegial

Introducción:

1. En Medicina se entiende por sedación la administración de fármacos para disminuir la ansiedad, la angustia y, eventualmente, la conciencia del enfermo.

En Medicina Paliativa se entiende por sedación la administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo ante la presencia de un síntoma refractario a los tratamientos disponibles.

2. Los pacientes que padecen una enfermedad en fase terminal¹, oncológica o no, presentan, a veces, en sus momentos finales algún síntoma que provoca un sufrimiento insoportable, que puede ser difícil o, en ocasiones, imposible de controlar.
3. La frontera entre lo que es una sedación en la agonía y la eutanasia activa se encuentra en los fines primarios de una y otra. En la sedación se busca conseguir, con la dosis mínima necesaria de fármacos, un nivel de conciencia en el que el paciente no sufra, ni física, ni emocionalmente, aunque de forma indirecta pudiera acortar la vida. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte inmediata. La diferencia es clara si se observa desde la Ética y la Deontología Médica.

¹ Fase terminal es aquella en la que la enfermedad avanzada se encuentra en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

4. La sedación en la agonía se ha de considerar hoy como un tratamiento adecuado para aquellos enfermos que, en los pocos días u horas que preceden a su muerte, son presa de sufrimientos intolerables que no han respondido a los tratamientos adecuados.
5. La necesidad de disminuir la conciencia de un enfermo en las horas anteriores de su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Además, quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa, pueden confundirla con una forma encubierta de eutanasia.
6. La Comisión Central de Deontología estima oportuno ofrecer criterios sobre los aspectos éticos de la sedación en la agonía, a fin de mostrar que si está bien indicada, bien realizada y autorizada por el enfermo o en su defecto por la familia, constituye una buena práctica médica en el adecuado contexto asistencial.

El respeto médico a la vida del enfermo en fase terminal:

7. La Ética y la Deontología Médica establecen como deberes fundamentales respetar la vida y la dignidad de todos los enfermos, así como poseer los conocimientos y la competencia debidos para prestarles una asistencia de calidad profesional y humana. Estos deberes cobran una particular relevancia en la atención a los enfermos en fase terminal, a quienes se les debe ofrecer el tratamiento paliativo que mejor contribuya a aliviar el sufrimiento, manteniendo su dignidad, lo que incluye la renuncia a tratamientos inútiles o desproporcionados de los que sólo puede esperarse un alargamiento penoso de sus vidas.
8. Respetar la vida y la dignidad de los enfermos implica atender su voluntad, expresada verbalmente o por escrito, que deberá constar siempre en la historia clínica, mitigar su dolor y otros síntomas con

la prudencia y energía necesarias, sabiendo que se está actuando sobre un organismo particularmente vulnerable cuando su curación ya no es posible.

9. En la situación de enfermedad terminal, la ética médica impone también la obligación de acompañar y consolar, que no son tareas delegables o de menor importancia, sino actos médicos de gran relevancia para la calidad asistencial. No tiene cabida hoy, en una medicina verdaderamente humana, la incompetencia terapéutica ante el sufrimiento terminal, ya tome la forma de tratamientos inadecuados por dosis insuficientes o excesivas, ya la del abandono.

Valor ético y humano de la sedación en la fase de agonía²

10. Tiempo atrás, cuando no se había desarrollado la medicina paliativa, la sedación en la agonía pudo haber sido ignorada u objeto de abuso. Hoy, una correcta asistencia implica que se recurra a ella sólo cuando está adecuadamente indicada, es decir, tras haber fracasado todos los tratamientos disponibles para el alivio de los síntomas.

La sedación en la agonía representa el último recurso aplicable al enfermo para hacer frente a síntomas biológicos, emocionales o existenciales cuando otros recursos terapéuticos hayan demostrado su ineficacia.

11. La sedación, en sí misma, es un recurso terapéutico más y por tanto éticamente neutro; lo que puede hacer a la sedación éticamente aceptable o reprochable es el fin que busca y las circunstancias en que se aplica. Los equipos que atienden a enfermos en fase terminal necesitan una probada competencia en los aspectos clínicos y

² Fase de agonía es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días.

éticos de la medicina paliativa, a fin de que la sedación sea indicada y aplicada adecuadamente. No se la podrá convertir en un recurso que, en vez de servir a los mejores intereses del enfermo, sirva para reducir el esfuerzo del médico. La sedación en la fase de agonía es un recurso final: será aceptable éticamente, cuando exista una indicación médica correcta y se hayan agotado los demás recursos terapéuticos.

- 12.** La sedación implica, para el enfermo, una decisión de profundo significado antropológico: la de renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. Tiene también para su familia importantes efectos psicológicos y afectivos. Tal decisión no puede tomarse a la ligera por el equipo asistencial, sino que ha de ser resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida acerca de la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica.

Las indicaciones de la sedación en la fase de agonía:

- 13.** En la actualidad, la necesidad de sedar a un enfermo en fase terminal obliga al médico a evaluar los tratamientos que hasta entonces ha recibido el enfermo. No es legítima la sedación ante síntomas difíciles³ de controlar, pero que no han demostrado su condición de refractarios.⁴

- 14.** Las indicaciones más frecuentes de sedación en la fase de agonía son las situaciones extremas de delirio, disnea, dolor, hemorragia

³ El término DIFÍCIL puede aplicarse a un síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico.

⁴ El término REFRACTARIO puede aplicarse a un síntoma cuando éste no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la conciencia del enfermo.

masiva y ansiedad o pánico, que no han respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente.

La sedación no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden.

- 15.** Es necesario transmitir a la familia que el enfermo adecuadamente sedado no sufre.
- 16.** Como en cualquier otro tratamiento se debe realizar una evaluación continua del nivel de sedación en el que se encuentra y necesita el enfermo⁵. En la historia clínica y en las hojas de evolución deberán registrarse con el detalle necesario los datos relativos al ajuste de las dosis de los fármacos utilizados, a la evolución clínica de la sedación en la agonía y a los cuidados básicos administrados.
- 17.** Para evaluar, desde un contexto ético-profesional, si está justificada la indicación de la sedación en un enfermo agónico, es preciso considerar los siguientes criterios:
 - 17.1. La aplicación de sedación en la agonía exige, del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:
 - a) Que existe una sintomatología intensa y refractaria al tratamiento.
 - b) Que los datos clínicos indican una situación de muerte inminente o muy próxima.
 - c) Que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación en la agonía.⁶

⁵ Esta evaluación sistemática del nivel de sedación se puede realizar empleando la escala de Ramsay: Nivel I (Agitado, angustiado), Nivel II (tranquilo, orientado y colaborador), Nivel III (Respuesta a estímulos verbales), Nivel IV (Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos), Nivel V (Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos), Nivel VI (no respuesta).

⁶ Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente. Art.9.3a

- d) Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

Si tuviera dudas de la citada indicación, el médico responsable deberá solicitar el parecer de un colega experimentado en el control de síntomas. Además 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 (fármacos, dosis y recursos materiales y humanos utilizados) e informará de sus decisiones a los otros miembros del equipo asistencial.

- 17.2. Es un deber deontológico abordar con decisión la sedación en la agonía, incluso cuando de ese tratamiento se pudiera derivar, como efecto secundario, una anticipación de la muerte.⁷
- 17.3. El inicio de la sedación en la agonía no descarga al médico de su deber de continuidad de los cuidados. Aunque esta sedación pueda durar más de lo previsto, no pueden suspenderse los cuidados básicos e higiénicos exigidos por la dignidad del moribundo, por el cuidado y el aseo de su cuerpo.
- 18.** La sedación en la agonía no es un tratamiento excepcional; el incremento de personas que precisan cuidados paliativos constituye actualmente un paradigma que debe estar presente en la enseñanza de las Facultades de Medicina y en los Programas de Formación Continuada y en la conciencia de todos los médicos.

Madrid, 23 de febrero de 2009

⁷ Art. 27.1 del Código de Ética y Deontología Médica.

4. Bibliografía general recomendada

GÓMEZ SANCHO M.

"Cómo dar las malas noticias en Medicina"
(3 ed.) Madrid: Arán, 2006.

GONZÁLEZ BARÓN M, et al.

"Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte
en el enfermo con cáncer" (2ª ed.)
Madrid: Panamericana, 2007.

GÓMEZ SANCHO M.

"Medicina Paliativa en la Cultura Latina"
Madrid: Arán, 1999

GÓMEZ SANCHO M.

"La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto". (2ª edición).
Madrid: Arán, 2007.

GÓMEZ SANCHO M.

"Morir con Dignidad"
Madrid: Arán, 2005.

GÓMEZ SANCHO M., GRAU ABALO J.

"Dolor y Sufrimiento al final de la vida"
Madrid: Arán, 2006.

BENÍTEZ DEL ROSARIO M^a, SALINAS MARTÍN A.

"Cuidados Paliativos y Atención Primaria"
Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 2000.

COBO MEDINA C.

"El valor de vivir"
Madrid: Ediciones Libertarias, 1999.

COBO MEDINA C.

"Los tópicos de la muerte. La gran negación"
Madrid: Ediciones Libertarias, 2000.

COBO MEDINA C.

"Ars Moriendi. Vivir hasta el final"

Madrid: Díaz de Santos, 2001.

GÓMEZ SANCHO M.

"Avances en Cuidados Paliativos"

(Curso de Formación a Distancia) www.gafos.com

GÓMEZ SANCHO M.

"Cuidados Paliativos en niños"

(Curso de Formación a Distancia) www.gafos.com

Lectura

LEÓN TOLSTOI.

"La muerte de Ivan Illich"

Madrid: Alianza Editorial, 1996.

NORBERT EIIAS.

"La soledad de los moribundos"

Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1990.

PETER NOLL.

"Palabras sobre el morir"

Barcelona: Destino, 1990.

KÜBLER ROSS E.

"Sobre la muerte y los moribundos"

Barcelona: Grijalbo, 1972.

GARRIDO C.

"Te lo contaré en un viaje"

Barcelona: Ares y Mares, 2002.

MARGARIT J.

"Joana"

Madrid: Hiperión, 2002

