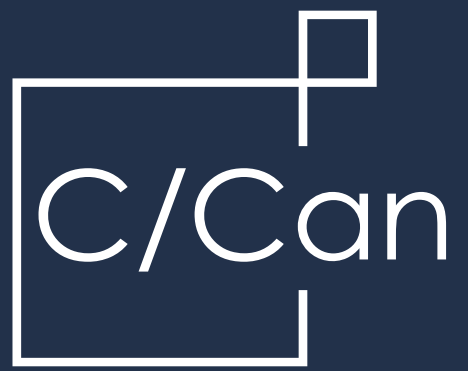


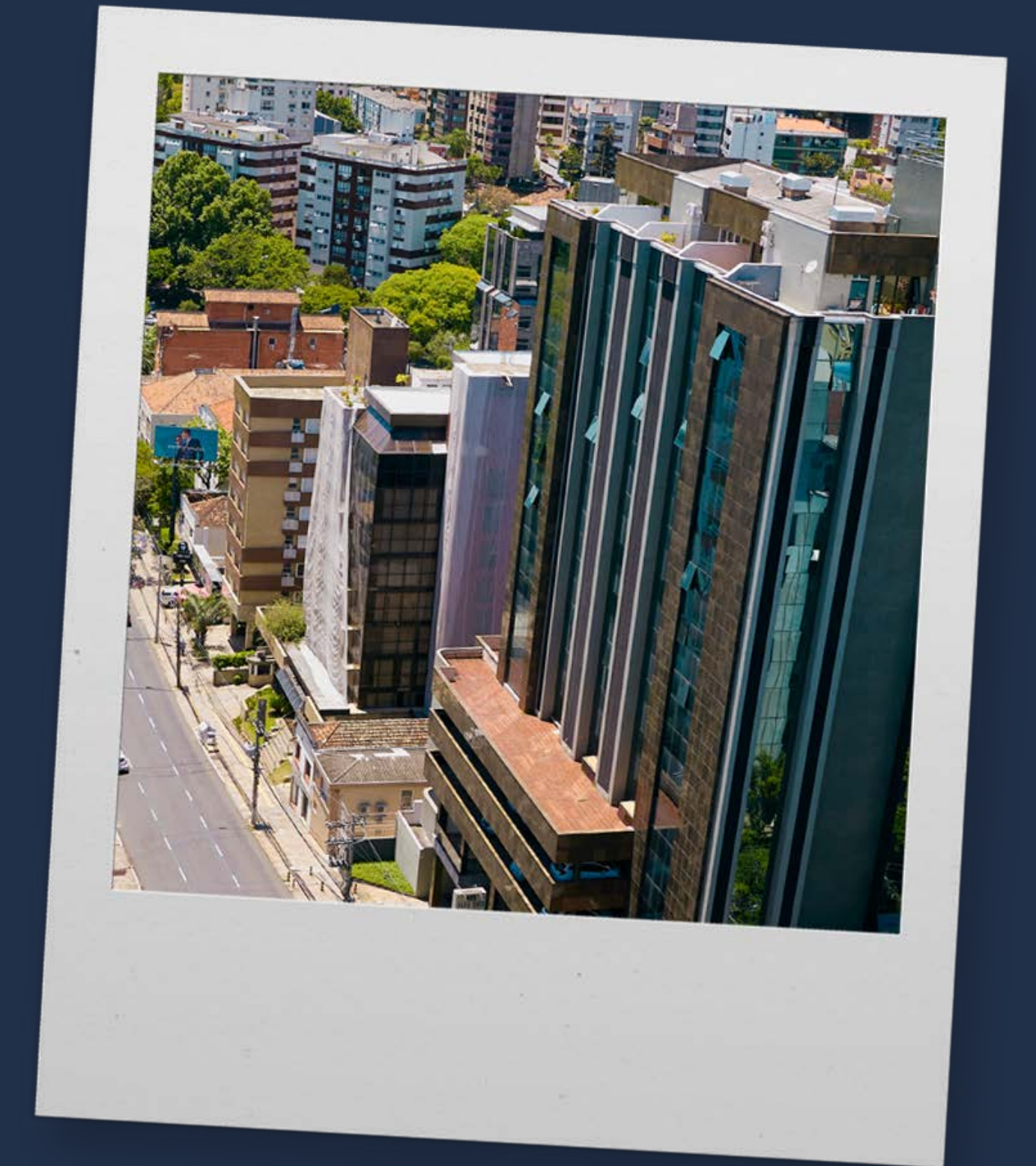


ecancer.org

Con el aval de
ALCP | ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA
DE CUIDADOS PALIATIVOS

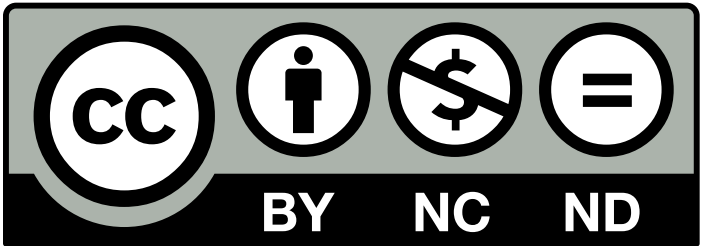
Curso básico de cuidados paliativos para Latinoamérica

Sofía Bunge | Leticia Viana | Julián Agudelo | Tania Pastrana





Este documento está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. Se exige reconocimient de la autoría y que se referencie la obra adecuadamente Se prohíbe su uso con fines comerciales, así como difundir cualquier obra que derive de la original.



Revisores

Marcela Specos

Directora y Coordinadora Pedagógica.
Buenos Aires, Argentina

Paola Andrea Díaz Zuluaga

C. S. TIII. Dr. David Fragoso Lizalde. JS. Tlalpan.
Secretaría de Salud. CDMX, México

Alberto Meléndez Gracia

Médico de Familia. Máster en Medicina Paliativa.
Médico de la Unidad de Medicina Paliativa OSI Araba.
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Vicepresidente
de SECPAL.

Curso básico de cuidados paliativos para Latinoamérica
Primera edición 2021
Copyright © 2021 City Cancer Challenge

Todos los derechos reservados
Ninguna parte de este libro puede ser copiada, reproducida o transmitida con fines comerciales. City Cancer Challenge permite el uso de la información presentada en los reportes con fines científicos y educativos. Debe citarse de la siguiente manera:
Citar: Bunge S, Viana L, Agudelo J, y Pastrana T (2021) Curso básico de cuidados paliativos para Latinoamérica. City, Press.

Prefacio

Este curso surgió en el marco de City Cancer Challenge (C/Can) para dar respuesta a la necesidad de formación y entrenamiento en cuidados paliativos en el primer nivel de atención. Esta necesidad fue identificada como prioridad en el diagnóstico situacional realizado con el modelo de C/Can en Asunción (Paraguay) y Cali (Colombia).

El “Curso básico de cuidados paliativos para Latinoamérica” tiene como meta mejorar la calidad de la atención de los pacientes con patología oncológica. Mediante la capacitación de profesionales del primer nivel de atención busca ofrecer cuidados paliativos, alivio del dolor y el fortalecimiento de las redes de cuidado entre especialistas y profesionales de atención primaria, articulando diferentes niveles de atención y optimizando así los recursos.

Con este curso básico muy práctico queremos apoyar al personal de salud de primer nivel de atención en temas centrales de los cuidados paliativos y hacer una invitación a profundizar con la literatura sugerida. Los temas fueron elegidos en consenso con líderes de las ciudades y el grupo de trabajo considerando: las prácticas esenciales en cuidados paliativos, la relevancia para pacientes con cáncer avanzado y las necesidades locales en atención primaria. Somos conscientes que muchos temas quedaron por fuera de esta edición. Los principios aquí descritos pueden aplicarse a personas con necesidad de cuidados paliativos no oncológicos.

La enseñanza en cuidados paliativos es un trabajo complejo y desafiante. Adaptarla a cada región o localidad lo es aún mas. A medida que mas profesionales se suman a la tarea de enseñar y de aprender sobre cuidados paliativos en su localidad, iremos recibiendo feedback sobre frases/palabras que consideren que pueden prestarse a confusión.

En cada nueva edición, el lector avezado podrá notar leves diferencias en algunos términos, siempre con el interés de reducir al máximo la ambigüedad de cada palabra elegida. Agradecemos sus comentarios para seguir puliendo cada edición en forma dinámica: latinamerica@citycancerchallenge.org

Los autores

Contenido

I. Principios básicos de cuidados paliativos

II. Evaluación del paciente y su familia

III. Comunicación

IV. Dolor

V. Síntomas respiratorios

VI. Náuseas y vómito

VII. Estreñimiento

VIII. Síndrome anorexia caquexia

IX. Delirium

X. Urgencias

XI. Vía subcutánea

XII. Cuidados al final de la vida

XIII. Consideraciones bioéticas/clínicas

XIV. Apéndice



Principios básicos de cuidados paliativos

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE	6
¿QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?	6
¿QUIÉN DEBE PROVEERLOS?	7
¿CUÁNDO INICIARLOS?	8
¿PARA QUIÉN?	8
¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS PERVALENTES EN PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS?	9
MENSAJES CLAVE / RECUERDE	9
SI QUIERE SABER MÁS...	9
APLIQUE LO APRENDIDO	10

Objetivos de aprendizaje

Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Definir qué son los cuidados paliativos.
- Describir las principales características de los cuidados paliativos.
- Reconocer los cinco síntomas más frecuentes en pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

“Importas porque eres tú, hasta el último momento de tu vida.

Cicely Saunders

¿Qué son los cuidados paliativos?

Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es **mejorar la calidad de vida** de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.¹

¹ Radbruch L, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. J Pain Symptom Manage. 2020;60(4):754-64. Definición en español: <https://hospicecare.com/uploads/2018/12/Palliative%20care%20definition%20-%20Spanish.pdf>

¿Qué son los cuidados paliativos? (OMS)

Modificada de Organización Mundial de la Salud. 2016. Mejora del acceso a los cuidados paliativos. Disponible en: https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic_palliative_care_SP_final.pdf?ua=1

Atención a pacientes con enfermedades severas y aquellos quienes están cerca del final de la vida

Pueden prestarse en casa, en centros de salud, hospitales, hospices y otras instituciones

Mejoran la calidad de vida

Son beneficiosos para los sistemas de salud porque reducen las hospitalizaciones innecesarias

Alivian el sufrimiento físico, psicosocial y espiritual

Pueden ser prestados por muchos tipos de profesionales sanitarios y voluntarios

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV

🏠

¿Quién debe proveerlos?

Personal de salud (médicos generales, médicos de familia, personal de enfermería, entre otros) con el entrenamiento adecuado puede ofrecer un primer nivel de atención (**cuidados paliativos básicos**) que cubre las necesidades de gran parte de la población que los requiere.

Hay un segundo nivel de atención, **los cuidados paliativos generales**, que lo pueden brindar los profesionales que atienden frecuentemente a estos pacientes: **internistas, pediatras, geriatras, oncólogos, cirujanos**, para lo cual requieren formación básica pero específica (intermedia) al respecto.

Un **tercer nivel**, el nivel especializado, lo **ofrecen equipos con especialistas** con dedicación exclusiva a cuidados paliativos; estos equipos son los apropiados para manejar pacientes de alta complejidad.

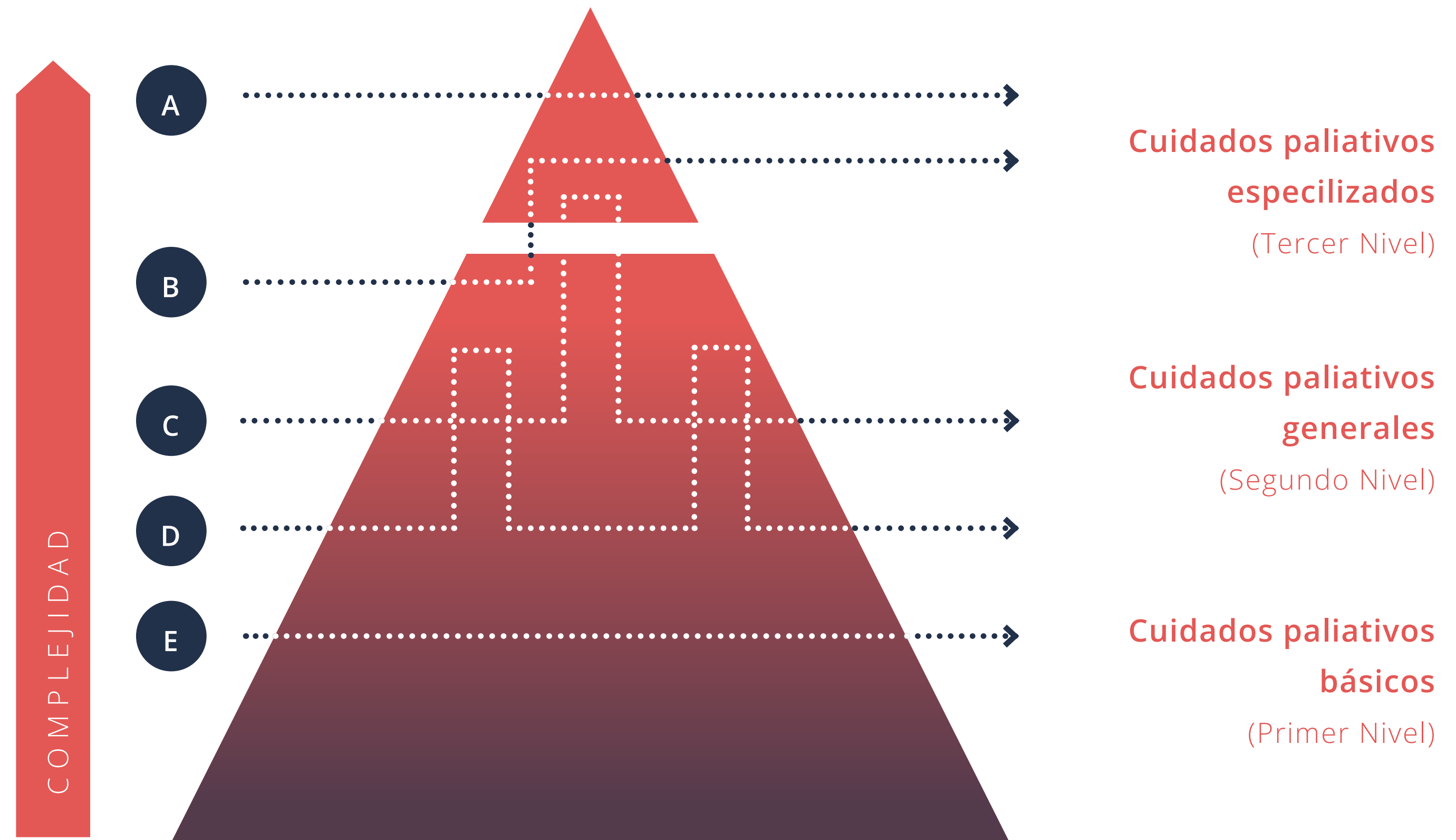
Se requiere un sistema de referencia y contrarreferencia para ofrecer un cuidado integrado y continuo.

Provisión de cuidados paliativos por nivel de complejidad

Modificada de Palliative Care Australia (PCA) Palliative Care Service Development Guidelines A population based approach. 2005.

Disponible en: <https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/05/A-guide-to-palliative-care-service-development-a-population-based-approach.pdf>

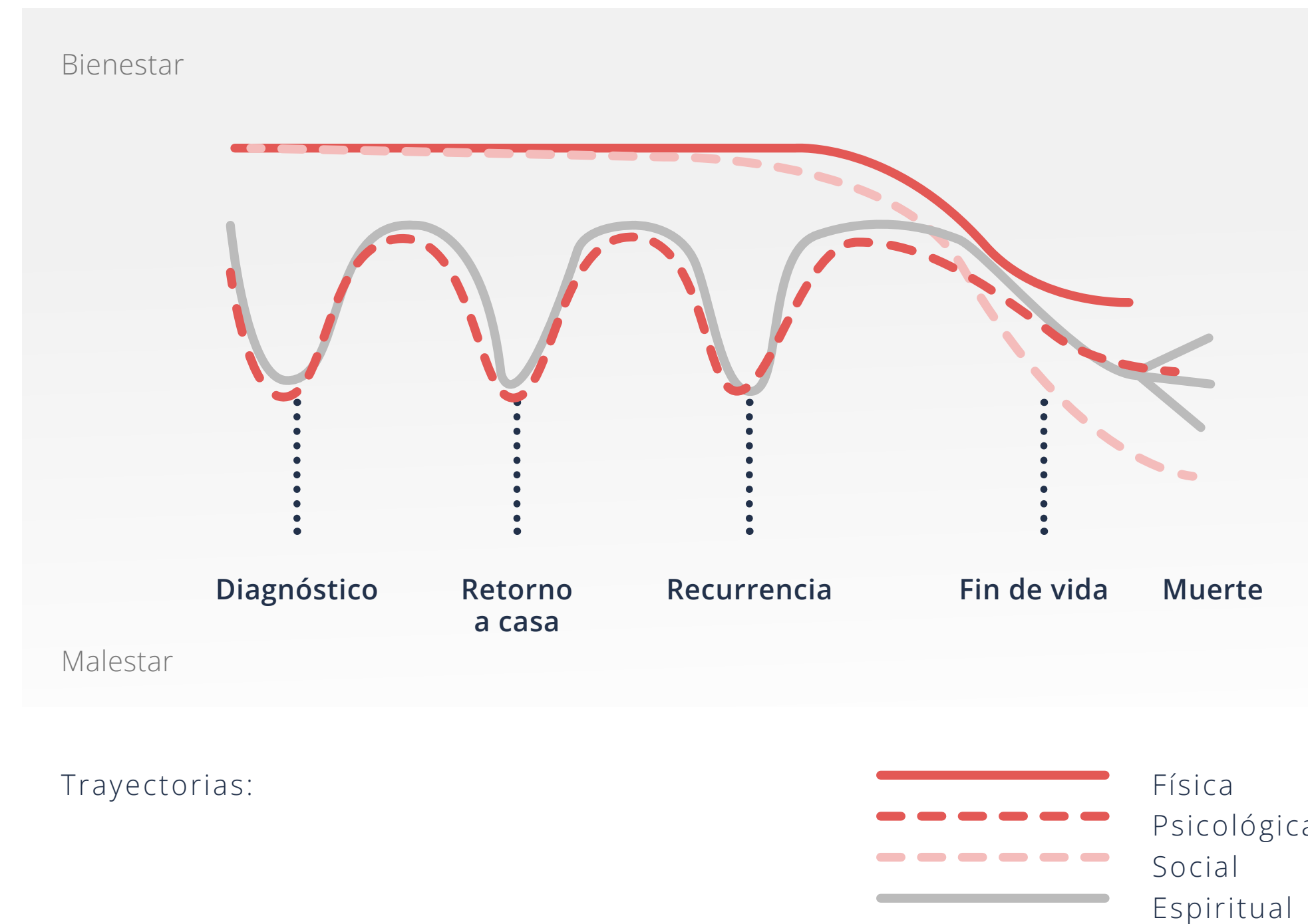
A, B, C, D y E son posibles trayectorias de los pacientes dentro de los diferentes niveles de complejidad.



¿Cuándo iniciarlos?

Los cuidados paliativos deben comenzar desde el inicio de la enfermedad, con el diagnóstico (*integración temprana*) o durante el seguimiento de enfermedades de mal pronóstico. Su importancia y participación aumenta a medida que se acerca al final de la vida y continúa aún después de la muerte del paciente con el apoyo al duelo de las personas que conforman el entorno afectivo.

Trayectoria de la enfermedad incluyendo aspecto físico, psicológico, social y espiritual⁴

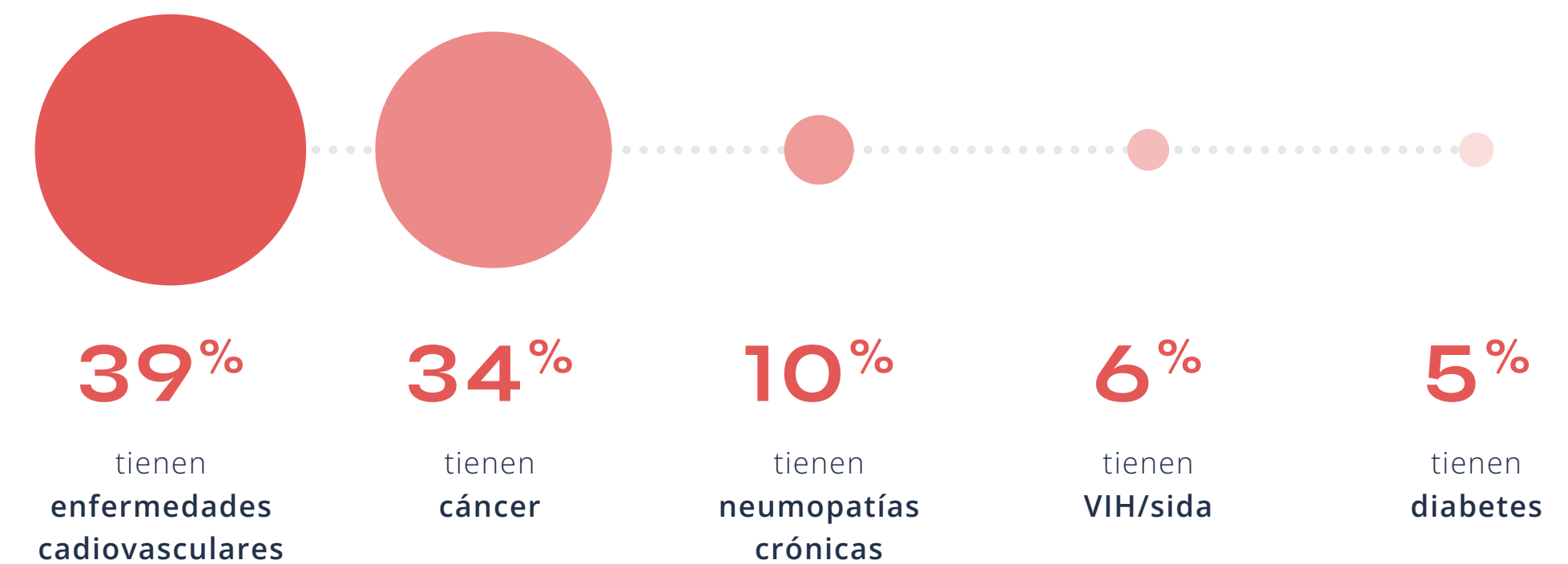


¿Para quién?

Los cuidados paliativos son beneficiosos para personas que sufren debido a una enfermedad o condición grave o que amenaza la vida: crónicas (infecciosas y no infecciosas) avanzadas, pero también agudas que amenazan la vida, como COVID-19 o sepsis.⁵ Existen herramientas que ayudan a identificar las personas que podrían beneficiarse como SPICT y NECPAL.

Requerimientos de cuidados paliativos según patología

Modificada de Organización Mundial de la Salud. 2016. Mejora del acceso a los cuidados paliativos. Disponible en: https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic_palliative_care_SP_final.pdf?ua=1



⁴ Murray SA, et al. Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer: secondary analysis of serial qualitative interviews. BMJ. 2010;340:c2581.

⁵ Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. J Palliat Med. 2011;14(1):17-23.

¿Cuáles son los síntomas prevalentes en pacientes con necesidades paliativas?

Los pacientes con enfermedad oncológica avanzada experimentan un promedio de 5 síntomas (rango entre 0 a 17)⁶. **Los síntomas más frecuentes son fatiga, dolor, anorexia, caquexia y disnea** y en la mayoría de los casos son de naturaleza multicausal, resultado del progreso de la enfermedad, tratamiento antineoplásico, comorbilidades y estresores psicosociales.

Estos síntomas causan deterioro de la calidad de vida y sufrimiento. Hay que buscarlos activamente ya que muchas veces el paciente o su familia no los mencionan.

⁶ Feyer, et al. Frequency of side effects in outpatient cancer care and their influence on patient satisfaction- a prospective survey using the PASQOC questionnaire. Support Care Cancer. 2008, 16(6), 567-575.

⁷ Moens K, Higginson IJ, Harding R, Brearley S, Caraceni A, Cohen J, et al. Are There Differences in the Prevalence of Palliative Care-Related Problems in People Living With Advanced Cancer and Eight Non-Cancer Conditions? A Systematic Review. J Pain Symptom Manage. 2014;48(4):660-77.

Prevalencia de síntomas en pacientes con enfermedad oncológica avanzada⁷

Dominio	Síntoma	Porcentaje
Físico	Fatiga	23-100%
	Anorexia	76-95%
	Dolor	30-94%
	Náusea y vómito	2-78%
	Disnea	16-77%
	Insomnio	3-67%
	Confusión y delirium	2-68%
	Constipación	4-64%
	Diarrea	1-25%
Psicológico	Depresión	4-80%
	Ansiedad	3-74%
	Preocupación	3-71%
Espiritual	Sensación de bienestar	91%
	Dolor espiritual	44%
Social	Soporte	49%

Mensajes clave | Recuerde

- Los cuidados paliativos previenen y alivian el sufrimiento causado por síntomas físicos, emocionales, sociales, espirituales relacionados con la enfermedad y buscan mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias.
- Usted podría brindar cuidados paliativos en su entorno con una formación básica -y en colaboración con los otros niveles de atención- cubriendo gran parte de las necesidades de personas que lo requieren.
- Los cuidados paliativos ayudan a vivir activamente hasta el último momento de la vida y acompañan a la familia en el duelo.

Si quiere saber más...

- Radbruch L et al. (2020). Redefining Palliative Care - a New Consensus-based Definition. J Pain Symptom Manage. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
- Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Ginebra: WHO; 2018.
- Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre los cuidados paliativos 2017. En: <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos- Datos y cifras. 2020. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. New England Journal of Medicine. 2015;373(8):747-55.

Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Desde hace 7 meses María José (30 años) se queja de dolor abdominal inespecífico y malestar digestivo que le impide continuar con sus actividades normales. Está muy cansada y no puede concentrarse en su trabajo. María José vive con su esposo, no tienen hijos y trabaja como secretaria de una empresa mediana. Ha ido repetidamente a la consulta de ginecología y en la última cita le diagnosticaron cáncer de ovario en estado avanzado con infiltración peritoneal y metástasis pulmonares (IV). Le sugirieron hacer quimioterapia. Su estado anímico actual es depresivo, continúa con mucho dolor (7/10) y cansancio (6/10), motivo por el cual acude a su consulta:

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

1. ¿Qué piensa sobre la situación de María José?

- ☐ A. Qué debe pedir cita con oncología y ellos se deben encargar de ella.
- ☐ B. Qué su pronóstico es malo y se beneficiaría mucho de los cuidados paliativos.
- ☐ C. Qué con un tratamiento va a mejorar, ya que es muy joven.
- ☐ D. Que se beneficiaría de un tratamiento multidisciplinar (médico tratante, oncólogo y equipo de paliativos).

2. ¿Cómo le hablaría de los cuidados paliativos? ¿Qué le diría?

- ☐ A. Que como ya no hay nada que hacer, debe recibir cuidados paliativos.
- ☐ B. Que está muy joven tiene que continuar su tratamiento oncológico y que no hace falta pensar en cuidados paliativos en este momento.
- ☐ C. Que tiene una enfermedad grave y se beneficiaría mucho de cuidados paliativos.
- ☐ D. Que los cuidados paliativos son para el final de su vida. Todavía no son necesarios.

3. ¿Además de los síntomas que ya presenta (dolor, cansancio, ánimo depresivo), qué otros síntomas esperaría que María José tenga durante el transcurso de su enfermedad?

(marque 3 más probables)

- ☐ A. Náuseas y vómito
- ☐ B. Estreñimiento
- ☐ C. Fiebre
- ☐ D. Disnea

RESPUESTAS

1. ¿Qué piensa sobre la situación de María José?

B y D son correctas.

El pronóstico de María José es malo y se beneficiaría con el seguimiento conjunto de usted (médico tratante de primer nivel de atención), en red con el oncólogo/a, y el equipo de cuidados paliativos.

2. ¿Cómo le hablaría de los cuidados paliativos? ¿Qué le diría?

C es correcto.

María José presenta una enfermedad grave y que le amenaza la vida y se beneficiará mucho con los cuidados paliativos, podrá mejorar su calidad de vida tanto para ella como para su familia/cuidadores, a través del control del dolor y otros síntomas durante toda la trayectoria de su enfermedad.

3. ¿Además de los síntomas que ya presenta (dolor, cansancio, ánimo depresivo), qué otros síntomas esperaría que María José tenga durante el transcurso de su enfermedad?

(marque 3 más probables)

A, B, D son correctas.

Los pacientes en estados avanzados de la enfermedad suelen presentar muchos síntomas. Los más frecuentes son náusea y vómito, disnea, dolor, estreñimiento y fatiga. Es importante pensar en ellos y anticipar para informar a la María José y su familia/cuidadores.



Evaluación integral del paciente y su familia

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE	13
¿CÓMO SÉ SI UN PACIENTE REQUIERE CUIDADOS PALIATIVOS?	13
¿PARA QUÉ SIRVE Y EN QUÉ CONSISTE LA EVALUACIÓN INTEGRAL?	14
¿QUÉ INSTRUMENTOS EXISTEN PARA LA EVALUACIÓN?	16
MENSAJES CLAVE / RECUERDE	17
SI QUIERE SABER MÁS...	17
APLIQUE LO APRENDIDO	18

Objetivos de aprendizaje

Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Reconocer la importancia de una evaluación integral.
- Identificar cuáles son los principales aspectos a evaluar.
- Conocer 2 instrumentos claves para una mejor evaluación integral.

“El síntoma es un constructo multidimensional, y la interrelación de todas sus dimensiones influye en cómo se expresa cada vez

Eduardo Bruera

¿Cómo sé si un paciente requiere cuidados paliativos?

Muchas personas se benefician del acceso a los cuidados paliativos en etapas tempranas de su enfermedad, no solo cuando tienen un diagnóstico de cáncer, sino también con otros problemas médicos complejos como insuficiencia cardíaca, enfermedad renal o diabetes, entre otras. Estas enfermedades graves con frecuencia ocasionan problemas emocionales, espirituales y sociales que requieren atención integral paliativa.

Una estrategia sencilla para identificar si una persona requiere cuidados paliativos, es hacerse frente a esta persona la siguiente pregunta:

¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?

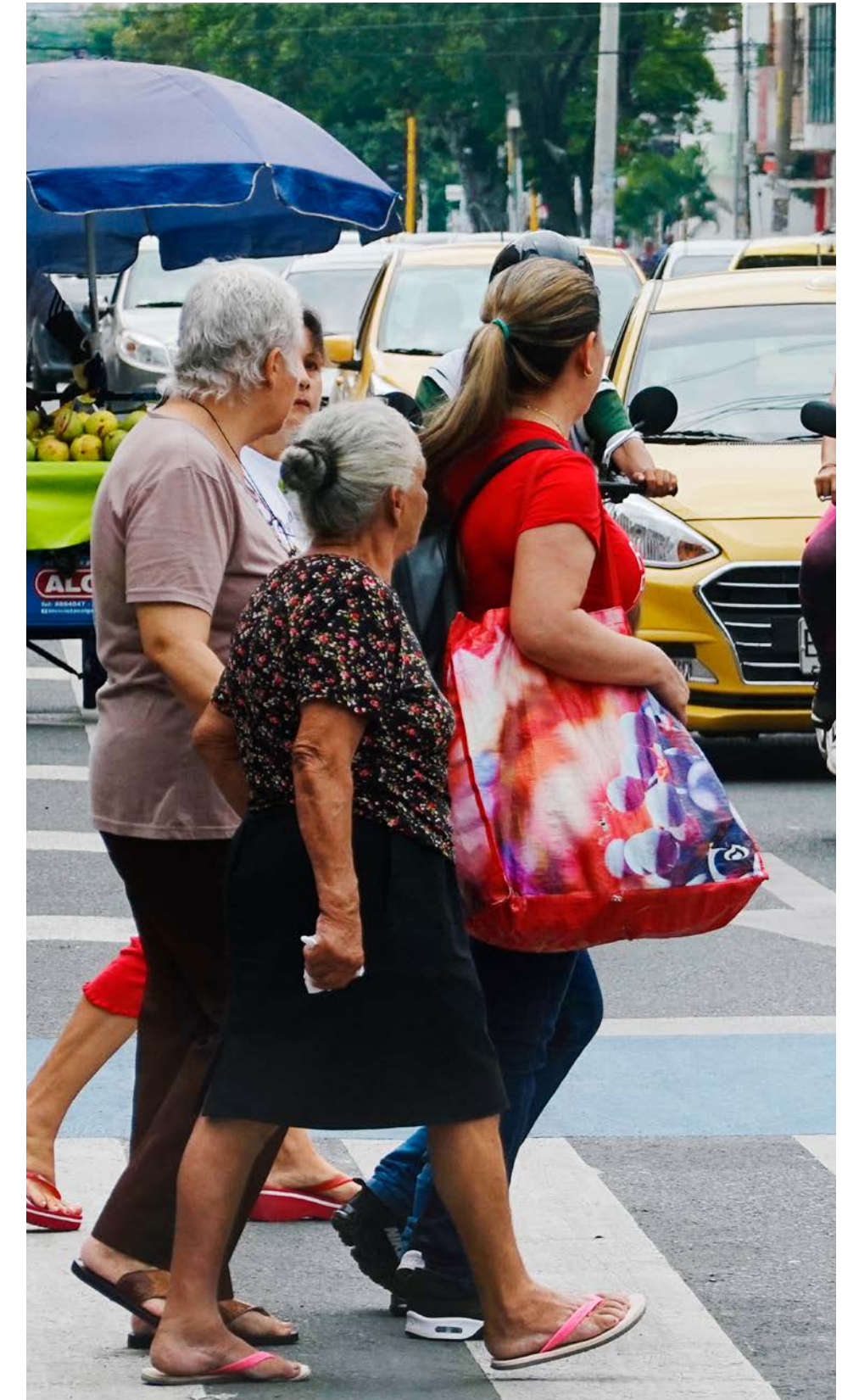
Si la respuesta es **no** – “**no me sorprendería que muriese en los próximos 12 meses**” –, indica que esa persona podría beneficiarse de los cuidados paliativos.

Se han desarrollado varios instrumentos sencillos que parten de esta pregunta inicial. Le invitamos a que los consulte y los tenga a mano (versión impresa o en su móvil) en formato de guía de bolsillo. Puede descargarlos en estos enlaces: [SPICT](http://www.spict.org.uk/the-spict/%20spict-es/spict-es-download/)⁸ o [NECPAL](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/INSTRUMENTO-NECPAL-3.1-2017-ESP_Completo-Final.pdf)⁹.

⁸ <http://www.spict.org.uk/the-spict/%20spict-es/spict-es-download/>

⁹ http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/INSTRUMENTO-NECPAL-3.1-2017-ESP_Completo-Final.pdf

II. Evaluación del paciente y su familia





Una vez pregunté a un hombre que estaba a punto de morir qué era lo que necesitaba de las personas que lo cuidaban.

Él dijo: “alguien que me mire como si tratara de entenderme”.

En efecto, es imposible entender totalmente a otra persona, pero nunca olvidé que él no pidió el éxito, tan solo que alguien intentara preocuparse lo suficiente.

Cicely Saunders

¿Para qué sirve y en qué consiste la evaluación integral?

Los cuidados paliativos se centran en la persona antes que en la enfermedad y procuran atender los problemas de mayor preocupación para cada paciente.

La evaluación integral es fundamental para el buen manejo de los síntomas en cuidados paliativos. Es la forma de indagar las necesidades del paciente y la familia. En el acercamiento holístico se evalúan todos los aspectos de la persona: físicos, psicológicos, sociales y espirituales/existenciales.

— Antecedentes patológicos (enfermedad de base y comorbilidad)

— Tratamiento medicamentoso

— Anamnesis sintomática:

¿Qué características tiene el síntoma?

¿Cómo se comporta con el tiempo?

¿Qué intensidad tiene? Severidad: ESAS (1-3= leve, 4-6=moderado, 7-10 = severo) (Tabla adjunta)

¿Qué lo mejora o calma?

¿Qué empeoran o lo aumenta?

El síntoma es el producto de una gran cantidad de aspectos que surgen en diferentes proporciones y que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico y el plan de tratamiento. Una adecuada valoración integral implica **tomarse el tiempo para realizar preguntas claves** en cada esfera de necesidades, realizando una historia clínica completa, que incluya:

— Evaluación del estado funcional: ECOG, Karnofsky (importante para la expectativa de vida, calidad de vida, medidas terapéuticas) (Tabla adjunta)

— Evaluación de la función cognitiva: Mini mental de Folstein (MMSE), Confusion Assessment Method (CAM), MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale), Test de Pfeiffer

— Buscar si hay riesgo de uso inadecuado de sustancias: CAGE-AID¹⁰ o SOAPP¹¹

— **¡Examen físico!**

— Pruebas complementarias solo para confirmar una sospecha diagnóstica que definirá una conducta terapéutica que beneficie al paciente y compense los esfuerzos

¹⁰ <https://www.tmc.org/assets/documents/painclinic/cage-english-espanol.pdf>

¹¹ <https://emedmultispecialtygroup.com/wp-content/uploads/2020/06/Opioid-questionnaire-SOAPP-R-SPANISH.pdf>

Comprensión y valores de síntomas

- ¿Qué cree que está causando este síntoma?
- ¿Cómo le afecta a usted o a su familia?
- ¿Qué es lo que más le preocupa?
- ¿Qué objetivos generales debemos tener en cuenta para manejar el síntoma con usted?
- ¿Qué nivel de control considera usted aceptable en una escala de 0 – 10?
- ¿Hay algo sobre este síntoma que me quiera comentar porque es importante para usted y su familia?



Valoración psicosocial

- ¿Cómo se ha adaptado a otros procesos de enfermedad, fracaso, duelo?
- ¿Cómo es la reacción de adaptación a la enfermedad (paciente y familia)?
- ¿Cuál es el grado de información que presenta desea el paciente?
- ¿Hay presencia de psicopatología (paciente y familia)?
- ¿Ha identificado al cuidador principal, estructura familiar (genograma) o familiograma?
- ¿Cuál es el grado de sobrecarga física y psíquica?
- ¿Hay factores de riesgo para un trastorno de duelo prolongado?
- ¿Cómo es el patrón de comunicación?

Valoración espiritual¹²

- ¿Qué es lo que más le preocupa?
- ¿Qué es lo que más le molesta?
- ¿Qué es lo que más le ayuda?
- ¿En qué o en quién se apoya en situaciones de crisis?
- ¿Qué le hace sentir seguro, a salvo?
- ¿Qué es lo que la gente valora más de usted?

¹² Galiana et al. (2014). Recursos en evaluación y acompañamiento espiritual- Revisión de medidas y presentación del cuestionario GES. En: Benito et al. (Eds.) Espiritualidad en clínica (pp. 131-145). Madrid: SECPAL.

¿Qué instrumentos existen para la evaluación?

A continuación presentamos el ESAS¹³ (evaluación de síntomas) y ECOG¹⁴ (estado funcional).

Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton, versión revisada EASA-r es

Por favor, marque el número que describa mejor cómo se siente AHORA

Nada de dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El peor dolor que pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Lo peor posible
Otro problema (p. ej., sequedad de boca)		

¹³ Carvajal A, et al. Versión española del Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. Medicina Paliativa. 2013;20(4):143-9.



ECOG (OMS)¹⁴

- 0** Actividad completa, puede cumplir con todos sus quehaceres al igual que antes de la enfermedad, sin ninguna restricción.
- 1** Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio y capaz de llevar a cabo trabajos ligeros o sedentarios.
- 2** Ambulatorio y capaz de cuidarse, pero no de llevar a cabo cualquier trabajo. Tiene que quedarse en cama < 50 % de las horas de vigilia.
- 3** Solo puede cuidarse en parte, en cama ≥50 % de las horas de vigilia.
- 4** Totalmente inactivo e incapaz de cuidarse, en cama por completo.
- 5** Muerto.

¹⁴ Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG PS) adoptado por la Organización Mundial de la Salud. Oken et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5(6):649-55.

Mensajes clave | Recuerde

- La evaluación integral es la base para un buen manejo de los pacientes que requieren cuidados paliativos.
- Pregunte por los síntomas, cuál le afecta más a su calidad de vida, y crea al paciente.
- Es importante no **adjudicar todos los síntomas a la patología oncológica de base**. El paciente es mucho más que el cáncer.
- Piense siempre en evaluar las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. El síntoma es la expresión de todas estas dimensiones.
- Cualquier estudio o procedimiento debe ser considerado de acuerdo al pronóstico del paciente, objetivo terapéutico y esfuerzo relativo del paciente con el beneficio asociado a la intervención.

Si quiere saber más...

- 📄 Daud M. Principios generales del control de síntomas. In: Jacob & Sánchez (eds.). Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. Buenos Aires: Instituto Nacional de Cáncer; 2014. p. 85-98.
- 📄 Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, Martín Ortega JJ, Martínez del Castillo LP. La valoración multidimensional del paciente y de la familia. Aten Primaria. 2002;29(4):237-40.
- 📄 Garzón Rodríguez C, Martínez Losada E, Julia Torras J, González Barboteo J, Maté Méndez J, Ochoa Arnedo, et al. Herramientas para la evaluación multidimensional de uso para médicos de Cuidados Paliativos: Proyecto ICO-Tool Kit. Medicina Paliativa. 2010;17(6):348-59.
- 📄 Emanuel L, Ferris F, von Gunten C, Von Roenn J. Comprehensive Assessment. 2005. In: EPEC-O: Education in Palliative and End-of-life Care for Oncology © The EPEC Project™ [Internet]. Chicago.
- 📄 Dalal S, Bruera E. Assessing cancer pain. Current pain and headache reports. 2012;16(4):314-24.

II. EVALUACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

I

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique lo aprendido

RETOMANDO EL CASO DE MARÍA JOSÉ

Desde hace 7 meses María José (30 años) se queja de dolor abdominal inespecífico y malestar digestivo que le impide continuar con sus actividades normales. Está muy cansada y no puede concentrarse en su trabajo. María José vive con Javier, no tienen hijos y trabaja como secretaria de una empresa mediana. Va repetidamente a consulta de ginecología y en la última consulta le diagnosticaron cáncer de ovario en estado avanzado con infiltración peritoneal y metástasis pulmonares (IVB). Le sugirieron someterse a quimioterapia. Su estado anímico actual es depresivo, continúa con mucho dolor (7/10) y cansancio (6/10), motivo por el cual acude a su consulta:

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

1. ¿Qué factores podrían estar afectando al dolor abdominal que sufre María José?
- ☐

 A. El daño en los tejidos por el crecimiento e infiltración tumoral
- ☐

 B. Su temor frente al diagnóstico y el pronóstico
- ☐

 C. La relación con Javier (su pareja), con el que tenía planes de tener hijos
- ☐

 D. Distensión abdominal y ascitis
- ☐

 E. Estreñimiento
2. ¿Qué preguntas le haría a María José para mejorar su evaluación integral?
- ☐

 A. Preguntas sobre la intensidad, curso, duración y factores alrededor del dolor
- ☐

 B. Indagaría sobre lo que entiende de su enfermedad y cómo se siente al respecto
- ☐

 C. Le preguntaría qué es lo que más le preocupa y qué le ayuda en situaciones de crisis
- ☐

 D. Cómo se siente en su familia, y si tiene asuntos por resolver
- ☐

 E. Indagaría sobre el hábito intestinal y otras molestias asociadas
3. ¿Qué exámenes/instrumentos usaría inicialmente para evaluar el dolor de María José?
- ☐

 A. ECOG
- ☐

 B. ESAS
- ☐

 C. Examen físico
- ☐

 D. Albúmina en sangre
- ☐

 E. Gastroscopia



RESPUESTAS

II. EVALUACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

1. ¿Qué factores podrían estar afectando al dolor abdominal que sufre María José?

Todas son correctas.

Todos estos factores podrían estar contribuyendo al dolor abdominal en María José. Para indagar el/los más relevantes es importante hacer una anamnesis y un examen físico para iniciar el tratamiento adecuado.

2. ¿Qué preguntas le haría a María José para mejorar su evaluación integral?

Todas son correctas.

Todas estas preguntas son adecuadas para explorar el origen del dolor y la situación en la que se encuentra María José. Un síntoma es la expresión de muchas dimensiones. Inicialmente es necesario explorar el dolor e identificar posibles causas físicas, que pueden estar o no directamente relacionadas con el cáncer. Por ejemplo estreñimiento. Adicionalmente, se debe explorar la dimensión psíquica (ánimo depresivo, miedos, problemas sin resolver...), espiritual (vulnerabilidad, relación con ella misma, su entorno y la trascendencia) y social (entorno afectivo).

3. ¿Qué instrumentos o exámenes usaría inicialmente para evaluar a María José?

A, B y C son correctas.

ECOG y ESAS pertenecen a la evaluación de rutina, así como una buena anamnesis y un buen examen físico que incluya palpación y auscultación abdominal.

La radiografía estaría indicada en caso de sospechar estreñimiento, aunque una ecografía de abdomen también podría utilizarse.

I

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV





Comunicación

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	21
¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?	21
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA COMUNICACIÓN?	22
¿QUÉ ES IMPORTANTE A LA HORA DE COMUNICAR CON EL PACIENTE O LA FAMILIA?	22
¿CÓMO GARANTIZAR UNA BUENA ENTREVISTA?	23
¿QUÉ SE ENTIENDE POR MALA NOTICIA Y COMUNICACIONES DIFÍCILES?	24
¿CÓMO COMUNICAR UNA MALA NOTICIA EN EL ÁMBITO DE SALUD?	24
¿QUÉ SITUACIONES EXIGEN UN ABORDAJE JUNTO A ESPECIALISTAS ANTES DE DAR UNA MALA NOTICIA?	27
¿QUÉ HACER CUANDO EL LENGUAJE ES UNA BARRERA?	27
MENSAJES CLAVE/RECUERDE	27
SI QUIERE SABER MÁS...	27
APLIQUE LO APRENDIDO	28

Objetivos de aprendizaje

Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Identificar la comunicación como una de las habilidades principales para los profesionales de la salud.
- Mencionar estrategias para optimizar la comunicación en el ámbito de la salud.
- Describir un protocolo de 6 pasos efectivo para comunicar las malas noticias.

“Cada persona es diferente, así que la única forma universal que hay de ayudar es escuchar.

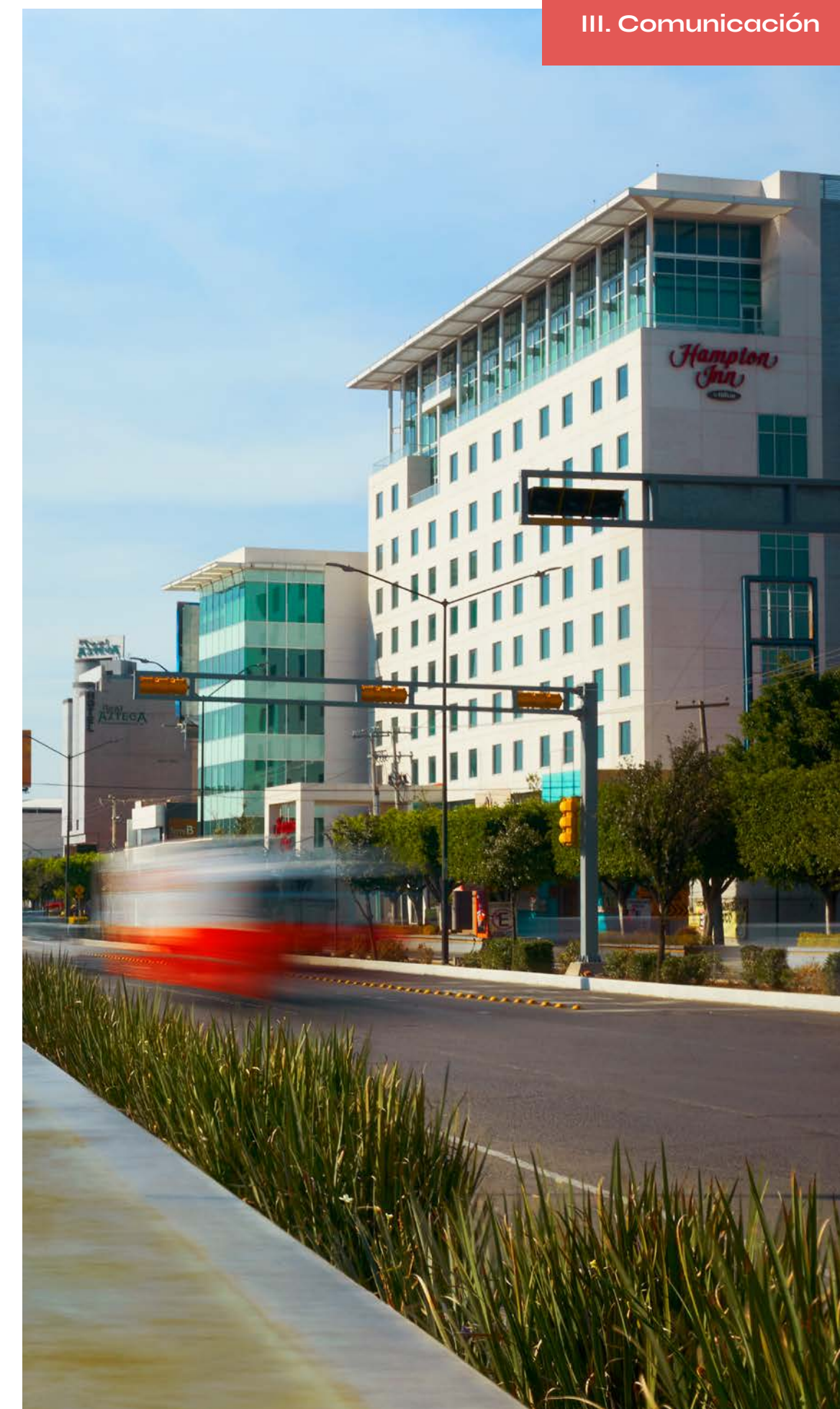
Ramón Bayés

¿Qué es la comunicación?¹⁵

- La comunicación es un **proceso de intercambio** de información bi/ multidireccional, de ideas y de emociones que implica escucha activa y comprensión de la situación.
- Es una de las **herramientas fundamentales** en cuidados paliativos para compartir información, realizar diálogos terapéuticos y facilitar la toma de decisiones¹⁶.
- La comunicación eficaz es una habilidad que puede ser enseñada y aprendida.

¹⁵ Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA. 2001;286(15):1897-902.

¹⁶ Ong LM, et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. Soc Sci Med. 1995;40(7):903-18. from the Center to Advance Palliative Care. J Palliat Med. 2011;14(1):17-23.



III. Comunicación

I

II

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

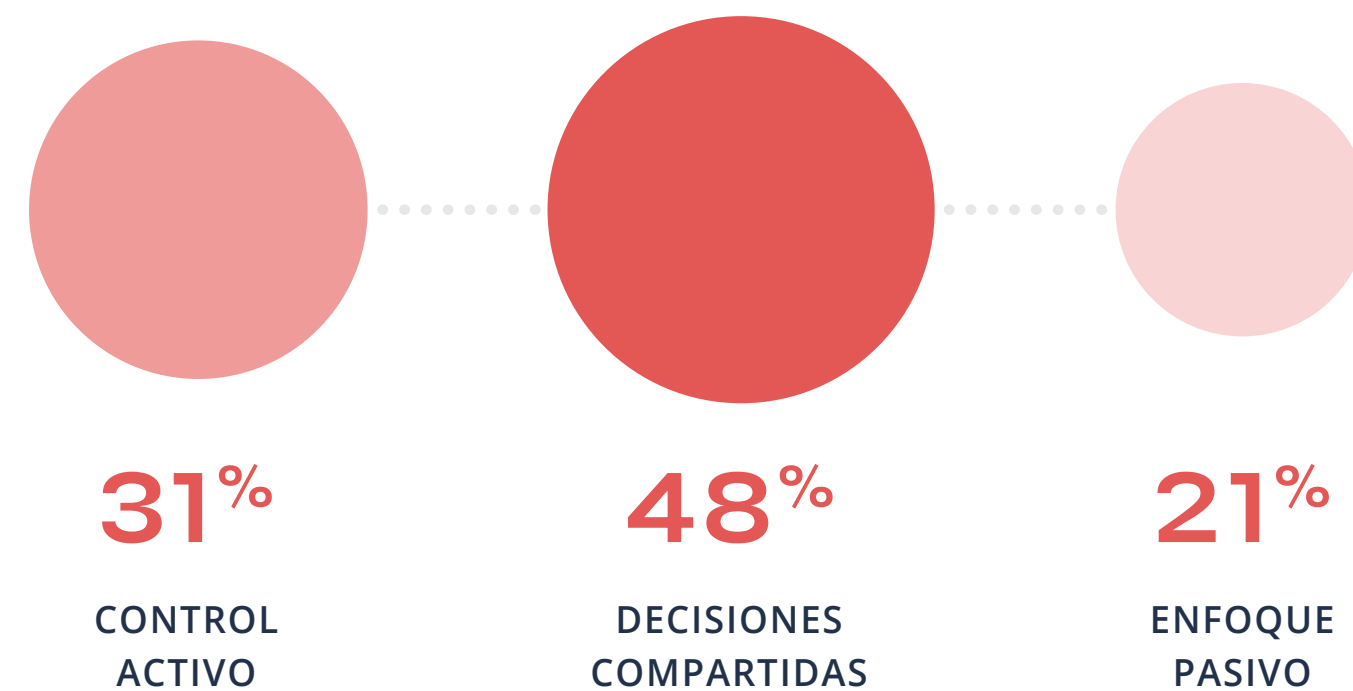
XIV

Home icon

¿Por qué es importante la comunicación?

- Es uno de los indicadores de calidad para los cuidados paliativos.
- Es esencial para la evaluación integral. En torno al 70-80% de la información necesaria para realizar un diagnóstico se obtiene con la anamnesis de la historia clínica.
- Fortalece la relación médico-paciente. Por el contrario, una mala comunicación se ha visto asociada a consultas bioéticas y demandas.
- La mayoría de las personas en Latinoamérica quieren conocer su diagnóstico/pronóstico y participar en la toma de decisiones¹⁷.

Preferencia en la toma de decisiones en Latinoamérica



- La comunicación permite conocer la percepción y el conocimiento que el paciente y su familia tienen sobre su situación actual.
- Permite que los pacientes y familiares planifiquen, se adapten y afronten mejor el proceso de salud enfermedad-atención-cuidados.

¿Qué es importante a la hora de comunicarse con el paciente o la familia?

III. Comunicación

- Utilice la escucha activa, permitiendo y sosteniendo los silencios del paciente y/o familia.
- Atienda al lenguaje verbal y no verbal (postura, gestos, contacto).
- Considere la comunicación como un baile en el que el ritmo lo lleva la otra persona. "El paciente/o su ser querido marca/n el camino y el ritmo".
- Individualice la manera de sostener conversaciones difíciles de acuerdo a las necesidades y los deseos de cada paciente.
- Recuerde que el paciente tiene el derecho a conocer toda la información sobre su salud, pero no la obligación. También tiene el derecho a que se respete su voluntad de no ser informado y a designar un subrogante a quién se le informe.
- Es fundamental conocer el sistema de creencias, valores, sentimientos, preocupaciones, percepciones, dificultades y recursos de los pacientes y sus familias para afrontar de manera funcional la situación de enfermedad y tratamientos. Si no contaran con los recursos para afrontarlos, se requerirán intervenciones psicosociales especializadas.

¹⁷ Noguera A, et al. Decisional control preferences, disclosure of information preferences, and satisfaction among Hispanic patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2014;47(5):896-905.

¿Cómo garantizar una buena entrevista?

Recomendaciones prácticas para realizar la entrevista:¹⁹

- ✓ Evite el uso de lenguaje médico codificado que impida al paciente y a su familia comprender.
- ✓ Brinde sólo información esencial y/o fraccíonela en distintas entrevistas. Si se da demasiada información en un solo momento, será difícil recordarla y puede generar confusión.
- ✓ Repita la información clave. Las reacciones emocionales disminuyen la capacidad de escucha y comprensión.
- ✓ Use diagramas, gráficos o cartillas para que el paciente se los lleve.
- ✓ Deje hablar sin interrumpir y permita una pausa antes de hablar. De lo contrario el paciente puede creer que su relato no es importante.
- ✓ Anime a expresarse con frases tales como *"está bien..."*, *"cuénteme más..."*, *"entiendo..."* y mantenga el contacto visual.
- ✓ Sostenga el silencio de manera contenida para facilitar una reacción emocional (llanto, enojo, etc.).
- ✓ Si los silencios se hacen demasiado largos, puede preguntar *"¿en qué está pensando?"*.
- ✓ Finalice la entrevista haciendo o pidiendo un breve resumen o reflexión, para evaluar lo comprendido

¹⁹ Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención Fascículo 1; 2019.

¿Qué se entiende por mala noticia y comunicaciones difíciles?

Una mala noticia es cualquier información que **afecte adversamente el presente o futuro de una persona**,¹⁹ como son los temas que amenazan la vida y/o su calidad. Tratar estos temas suele ser un desafío por el impacto emocional que pueden generar en el paciente, en su familia y también en los profesionales del equipo de salud.²⁰

Algunos temas difíciles son:

- Diagnóstico de una enfermedad grave, no curable o avanzada.
- Opciones de tratamientos con cargas y riesgos importantes (como quimioterapia, radioterapia, algunas cirugías o inicio de morfina u otro opioide).
- Información de progresión de la enfermedad o recaída después de una remisión.
- Complicaciones que afectan profundamente a la calidad de vida (compresión medular, síndrome de vena cava, hemorragias, etc.).
- Cercanía del final de la vida.
- Preferencias y decisiones sobre la asistencia en los últimos días de vida (interrupción de tratamientos fútiles, elección del ámbito de atención, no iniciar reanimación cardiopulmonar, no pasar a terapia intensiva, etc.).

III. Comunicación

²⁰ Barbero J, et al. Comunicación en Oncología Clínica. Madrid: Just in Time S.L.; 2005.

La forma en que se dan las malas noticias influye en la percepción que tiene el paciente de su enfermedad, en la relación médico-paciente y en la satisfacción de ambos, paciente médico.²¹ La mala noticia produce dolor, pero la incertidumbre y la incomunicación pueden ocasionar un sufrimiento mucho mayor.

Cuando los profesionales de la salud se sienten incómodos al entablar comunicaciones difíciles, suelen evitarlas. Conocer una estrategia para explorar la interpretación de la situación de salud de los pacientes, sus expectativas, valores y deseos de participar en la toma de decisiones, mejora la comunicación y ayuda a contener la angustia cuando se brindan las malas noticias. Además suele aumentar la confianza del profesional en esta tarea.

²¹ Epner D. Giving Bad News. In: Bruera E, Dalal S (eds). The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook. Houston: The University of Texas Health Science Center; 2015. p. 140-6.

¿Cómo comunicar una mala noticia en el ámbito de salud?

Existen varias herramientas y modelos para conversaciones difíciles. Estas técnicas también pueden ser utilizadas en conversaciones con la familia (conferencias familiares). Se trata de guías donde el protagonista es la persona y no los pasos del protocolo.

“La importancia de la comunicación y el apoyo emocional no es una cuestión retórica. De su calidad puede depender la aparición, intensificación o la prevención del sufrimiento

Pilar Arranz

Guía de 6 pasos (EPICEE / SPIKES),^{22,23}

La guía **EPICEE/SPIKES** es un acrónimo que corresponden a los 6 pasos para dar una mala noticia o tener una conversación difícil. No necesariamente van en ese orden.

S	Setting	E	Entorno
P	Perception	P	Percepción
I	Invitation	I	Invitación
K	Knowledge	C	Comunicación
E	Empathy	E	Empatía
S	Strategy/Summary	E	Estrategia/Resumen

²² Baile WF et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.

²³ Buckman R. How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992.

PASO 1: Entorno (Prepárese)

- Cree un ambiente adecuado para lograr la comunicación adecuada.
- Pregunte al paciente con anterioridad si quiere que alguien de su familia o persona cercana lo acompañe.
- Elija un lugar con privacidad, en el que solo estén presentes el paciente y/o la familia y los miembros del equipo asistencial necesarios. Evite comunicar la noticia en un lugar público, como en un pasillo.
- Idealmente deben estar todos sentados y establecer contacto visual y (si se desea) físico con el paciente y/o la familia.
- Tómese el tiempo suficiente para poder responder preguntas.
- Prevenga posibles interrupciones (p. ej., teléfono).
- Tenga y demuestre interés y respeto.
- Evite en lo posible comunicar las noticias por teléfono.

PASO 2: Percepción del paciente (Averigüe qué sabe el paciente)

- Establezca qué se conoce de la situación con preguntas como: *“Hasta el momento ¿Qué le han dicho que tiene?”*, *“¿Recuerda para que le hicimos esta prueba?”*. Esto permite corregir información errónea e identificar el nivel de comprensión, con el fin de personalizar la información.
- Esté atento/a al grado de comprensión de la situación médica, características culturales y contenidos emocionales de las palabras (tanto a nivel verbal como no verbal).

PASO 3: Invitación (Averigüe cuánto desea saber el paciente)

- El manejo de la información es individual. Cada persona tiene el derecho a recibir o a negarse a recibir información y puede designar a alguien que reciba las noticias en su lugar.
- Averigüe de qué manera y hasta dónde el paciente quiere recibir información, con preguntas como: *“Por favor digamos cómo prefiere recibir la información sobre su estado de salud y los tratamientos, ¿usted desea conocer todos los detalles de la situación médica?”*. *Si la enfermedad fuese más grave de lo esperado en un principio, ¿le interesaría que lo conversáramos con usted y con su familia?*
- Pida permiso para dar la información.

PASO 4: Comunicación (Comparta la información)

- Comunique la información de manera sensible y directa. Evite una franqueza brusca y un optimismo engañoso.
- Decida con anticipación qué información brindará (diagnóstico, plan de tratamiento, pronóstico o apoyo), pero sea flexible de acuerdo a las necesidades identificadas a lo largo de la entrevista.
- Utilice una frase anticipatoria como *“No tengo buenas noticias”*.
- La información que se da al paciente tiene que ser aquella que pueda admitir, tolerar o soportar sin crearle más problemas ni agravar los que ya padece: **“verdad tolerable”**.²⁴
- De la información de manera fraccionada y con palabras que puedan ser entendidas (evitando la jerga médica). Hable y luego deténgase y escuche.
- Tenga en cuenta que los profesionales de la salud hablan demasiado cuando están nerviosos o incómodos.

24 Rubiales et al. Información al enfermo oncológico: Los límites de la verdad tolerable. Cuadernos de Bioética. 1998;1:45-54.

III. Comunicación

I

II

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



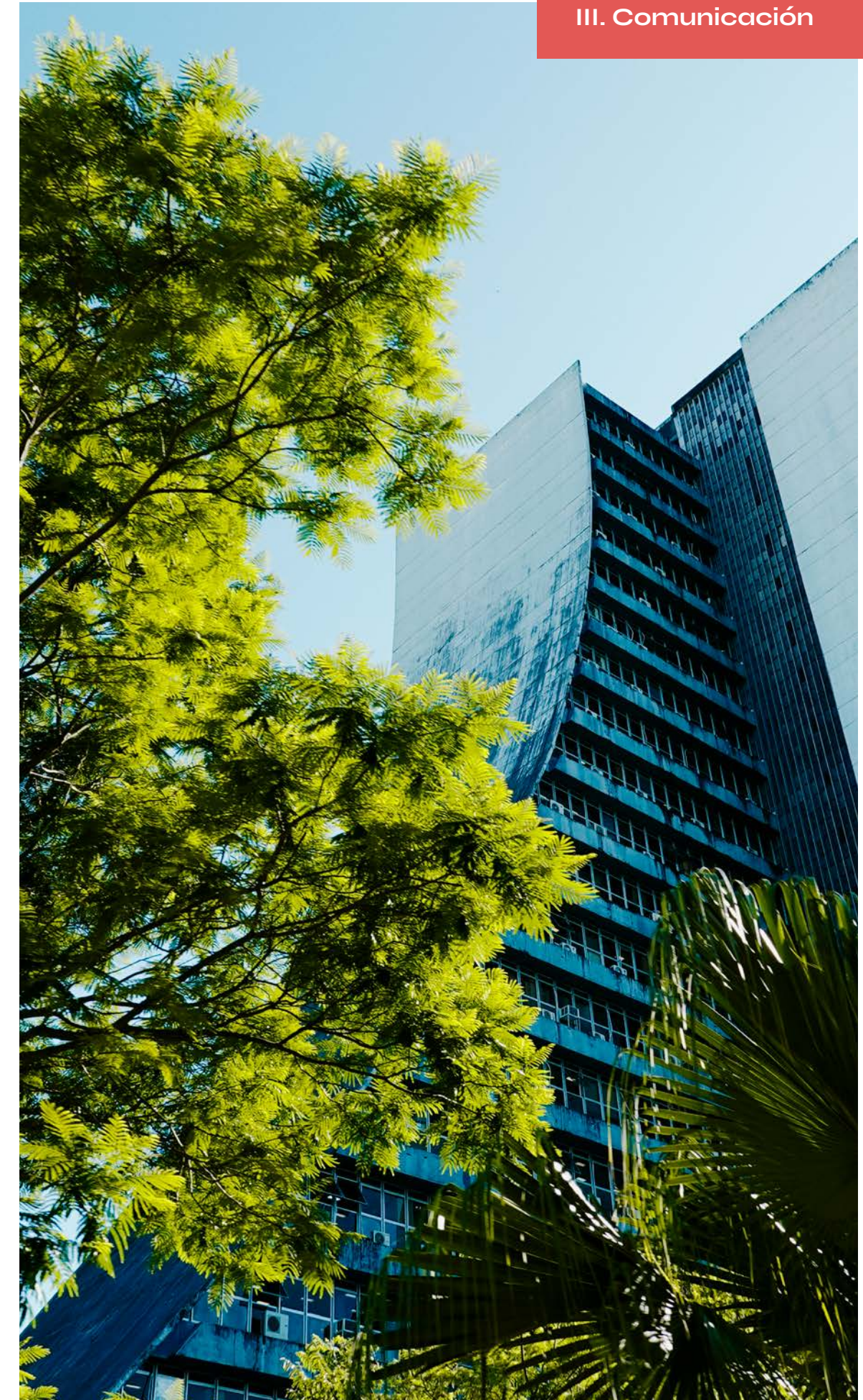
Paso 5: Empatía (Responda a los sentimientos del paciente y la familia)

- Empatía es la capacidad para compartir el estado emocional de otra persona y, como consecuencia, de comprenderlo²⁵.
- Es posible que haya manifestaciones de emociones fuertes como parte del proceso de divulgación de información. Para afrontar las emociones fuertes:
 - Favorezca la expresión emocional: *“¿qué sentimientos le provoca esta noticia?”*
 - Etiquete la emoción: *“así que le asusta...”*
 - Normalice: *“es normal tener ese tipo de sentimientos...”*
 - Muestre respeto: *“debe ser duro para usted...”*
 - Indague más: *“¿hay algo más que le preocupe?”*
 - Ofrezca apoyo: *“veamos qué podemos hacer...”*
- Permita los silencios y el llanto (tenga pañuelos desechables a mano).

Paso 6: Estrategia/Resumen (Planificación, seguimiento)

- Resuma lo que se ha hablado.
- Establezca un plan de tratamiento y seguimiento personalizado.
- Compruebe qué es lo que se ha comprendido.
- Formule un plan de trabajo y de seguimiento.
- Asegúrese de que el personal del equipo asistencial esté disponible para manejar síntomas, responder preguntas y abordar otras necesidades que puedan tener el paciente o la familia.

III. Comunicación



²⁵ Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. 2001. Barcelona. España. Ediciones Martinez Roca.

¿Qué situaciones deben tratarse junto a especialistas antes de dar una mala noticia?^{26,27}

- Pacientes con antecedentes de trastornos psiquiátricos no controlados.
- Paciente con demencia.
- Pacientes con síntomas psicológicos severos indicadores de mala adaptación, como enojo continuo e intenso, ansiedad generalizada, etc.
- Presencia de ideación suicida o antecedentes de intento de suicidio.

¿Qué hacer cuando el lenguaje es una barrera?²⁸

- Verifique que los intérpretes estén capacitados y se sientan cómodos para traducir las noticias que van a darse.
- De ser posible, evite que los familiares sean los intérpretes. Puede generar confusión en los roles y comprometer la calidad terapéutica de la entrevista, así como el deseo de confidencialidad de los pacientes.

Mensajes clave | Recuerde

- Una buena comunicación aumenta la confianza y disminuye la incertidumbre repercutiendo física y psíquicamente en el bienestar de la persona y del profesional.
- Las necesidades de información de una persona varían en el tiempo, por eso es necesaria la verificación permanente de necesidades y expectativas.
- Utilizar como guía los 6 pasos para la comunicación de malas noticias/noticias difíciles.
- El proceso de comunicación puede ser mejorado con capacitación, reflexión y experiencia clínica.

Si quiere saber más...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 1. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
- 📄 Arranz P, Barbero J, Bayés R, & Barreto P. Comunicación en Oncología Clínica. Madrid: Editorial Just in Time S.L; 2005.

²⁶ Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., Bayés, R. Comunicación en Oncología Clínica. Capítulo 3. No quiere saber, hasta adonde contarle? Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.

²⁷ Back L. and Arnold R M. Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. *Journal of Clinical Oncology*. Vol 24, N 25, Sep 1, 2006: 4214-417.

²⁸ Emanuel LL, Ferris FD, von Gunten CF, Von Roenn J. EPEC-O Educación en Cuidados Paliativos y Asistencia Tanatológica para Oncología © The EPEC Project,™ Chicago, IL, 2005 . ISBN: 0-9714180-9-8

III. Comunicación

I

II

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Juana tiene 43 años de edad, está casada con Jorge. Tienen 3 hijos, Luisa de 7 años, Mateo de 5 y Guadalupe de 3. Desde hace varios meses ha tenido molestias inespecíficas. Tras varias consultas y estudios se le diagnostica cáncer de colon.

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

1. En la primera consulta con usted, Juana le pregunta: “¿Qué tengo? Dígame todo”. ¿Qué estrategia inicial elige?

- ☐ A. Profundizar en la entrevista con Juana para detectar el nivel de información que ella desea recibir y que trae.
- ☐ B. Comunicar detalladamente a Juana su diagnóstico y el pronóstico.
- ☐ C. Explicar a Juana que su situación es delicada, y derivarla al psicólogo para prepararla para recibir el diagnóstico.

Juana recibió radioterapia y quimioterapia, pero la enfermedad continuó progresando localmente. Está en seguimiento conjunto con el departamento de oncología y usted, como su médico/a de cabecera, para el manejo de síntomas. Adicionalmente tiene consulta con psicología. Ella conoce su diagnóstico y su pronóstico aunque no habla de su futuro, ni acerca de sus deseos y preferencias en relación al cuidado futuro de sus hijos.

El estado general de Juana se deteriora, se queja de aumento del dolor y mayor astenia. Usted considera que debe tener una conversación con Juana sobre la progresión de su enfermedad y le sugiere una reunión con ella y su marido.

2. Una vez que están juntos, hablan sobre la enfermedad. Juana le pide que le explique por qué se siente tan cansada y con más dolor. ¿Cuál considera que es el modo de actuar más adecuado?

- ☐ A. Rápidamente comunicarle todo a Juana sobre su enfermedad y sus implicaciones, porque ella debe planificar su futuro inmediato.
- ☐ B. Brindar información básica (frase anticipatoria), esperar y escuchar a Juana antes de seguir hablando.
- ☐ C. Tener en cuenta que Juana no habla de su enfermedad ni de sus preferencias y evitar conversar al respecto.
- ☐ D. Conversar en privado con Jorge (su marido) protegiendo a Juana de confrontarse con las malas noticias y de la progresión de enfermedad.

III. Comunicación

I

II

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPUESTAS

1. ¿Qué estrategia inicial elige?

A es correcta.

Es importante conocer la percepción y conocimiento que el paciente y su familia tienen sobre su situación actual.

En el paso 2 de la guía EPICEE ("Percepción"), se recomienda indagar con preguntas abiertas qué conoce Juana de su situación.

2. ¿Cuál considera que es el modo de actuar más adecuado?

B es correcta.

Se debe preparar a Juana y a su marido para recibir una mala noticia. Utilice una frase anticipatoria como *"No tengo buenas noticias"*.

Comunique la información de manera sensible y directa. Evite una franqueza brusca y un optimismo engañoso.

La información que se da al paciente tiene que ser aquella que pueda admitir, tolerar o soportar sin crearle más problemas ni agravar los que ya padece, tanto psicológicos como somáticos: "verdad tolerable".

Traslade la información de manera fraccionada y con palabras que puedan ser entendidas (evitando la jerga médica). Hable y luego deténgase y escuche.

III. Comunicación

I

II

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



IV

Dolor

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	31
¿CÓMO SE DEFINE DOLOR?	31
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EVALUAR Y MANEJAR EL DOLOR?	31
¿QUÉ CAUSA DOLOR POR CÁNCER Y CUÁLES SON LOS MECANISMOS?	32
¿CÓMO EVALUAR EL DOLOR?	33
¿CÓMO MANEJAR A UN PACIENTE CON DOLOR?	34
¿CÓMO INICIO EL MANEJO CON OPIOIDES? (TITULACIÓN)	37
¿CÓMO CALCULO LA DOSIS SI TENGO QUE PASAR DE VÍA ORAL A SUBCUTÁNEA, O AL CONTRARIO?	39
¿CÓMO HACER EL MONITOREO?	39
CUÁNDO DERIVAR A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD	40
¿QUÉ CREENCIAS/MITOS HAY EN RELACIÓN AL USO DE OPIOIDES Y CÓMO ACLARARLOS?	40
MENSAJES CLAVE/RECUERDE	45
SI QUIERE SABER MÁS...	45
APLIQUE LO APRENDIDO	46

Objetivos de aprendizaje

Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Definir y evaluar el dolor en pacientes con cáncer.
- Proponer un esquema de manejo inicial farmacológico y no farmacológico para manejar el dolor y hacer un seguimiento.
- Identificar motivos de derivación.

“Los profesionales sanitarios tienen la obligación ética de aliviar el dolor y el sufrimiento, ya sea de orden físico, psicosocial o espiritual

Resolución 67.19 Asamblea Mundial de la Salud 2014

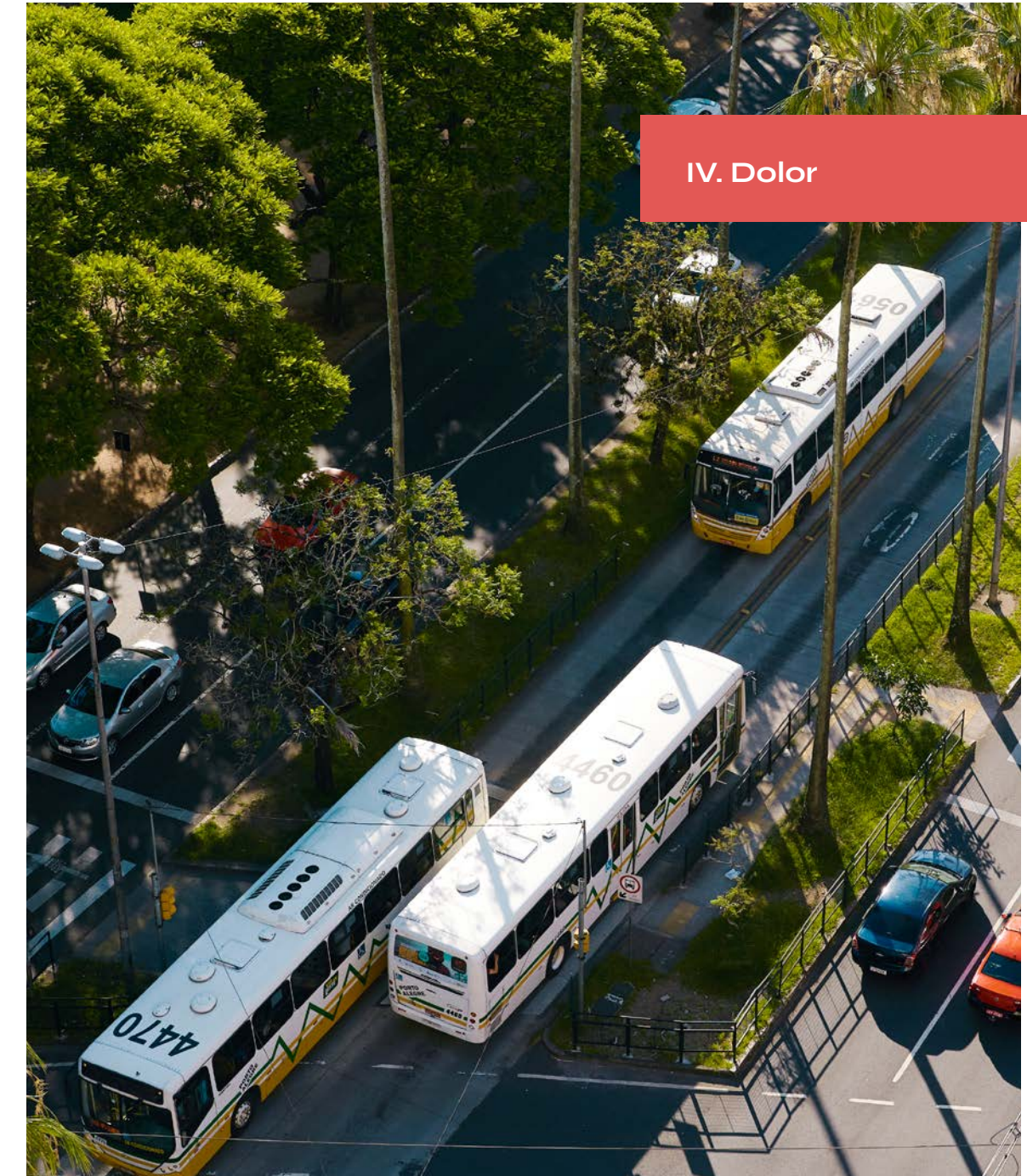
¿Cómo se define dolor?

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada con, daño tisular real o potencial".²⁹

“Dolor total” es el concepto usado para caracterizar la naturaleza multidimensional de la experiencia de dolor del paciente que incluye los dominios físico, psicológico, social y espiritual.³⁰

¿Por qué es importante evaluar y manejar el dolor?

- La prevalencia del dolor en el momento del diagnóstico del cáncer (primer síntoma) y en las primeras etapas de la enfermedad es aproximadamente del 50%, del 55% de pacientes en tratamiento, del 33% en sobrevivientes de cáncer y aumenta al 75% en las etapas avanzadas.
- Produce gran sufrimiento y frecuentemente pasa desapercibido porque no se pregunta activamente.
- Se asocia con otros síntomas como anorexia, náuseas, estreñimiento, disnea, delirium, ansiedad, insomnio.
- Afecta severamente a la calidad de vida y reduce el estatus funcional y la autonomía.



IV. Dolor

²⁹ Raja SN, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9).

³⁰ Saunders C. Introduction: history and challenge. In: Saunders C & Sykes N (eds). The Management of Terminal Malignant Disease. London: Hodder and Stoughton; 1993:1-14

¿Qué causa dolor por cáncer y cuáles son los mecanismos?

IV. Dolor

El dolor por cáncer puede ser multifactorial.

- Relacionado con el tumor (primario o metastásico) (70-75%): tumoral, presión, inflamación (interleuquinas, quininas, factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α), interferón- gama (INF-γ)).
- Relacionado con el tratamiento (20-25%): cirugía, post quimioterapia y radioterapia, hormonoterapia.
- No relacionado con el cáncer (5-10%): afecciones preexistentes y otra etiología (no oncológica) como infecciones, inmovilidad u osteoporosis.

Tipos de dolor

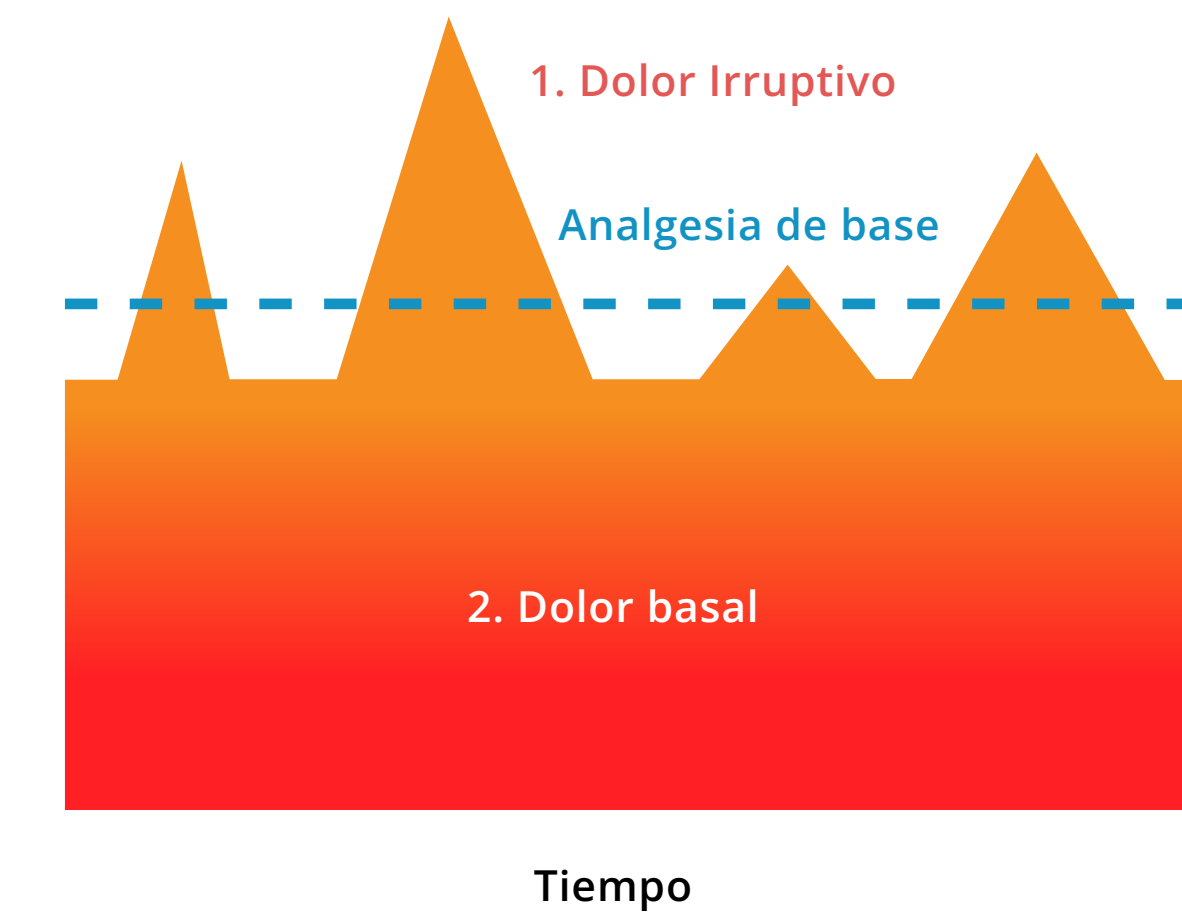
El dolor se clasifica según su mecanismo fisiopatológico en nociceptivo y neuropático. En la realidad es muy frecuente encontrar formas mixtas. Esta clasificación orienta su manejo.

No nociceptivo (Neuropático)	Lancinante, urente, punzante, ardor, hormigueo, piquetes, como descargas eléctricas, entumecimiento, irradiación en dermatoma Hiperalgesia y alodinia Puede haber déficit motor Distonías y espasticidad en lesiones del SNC o periférico (dolor evocado por estímulos no dolorosos) Paroxismo: exacerbaciones frecuentes e impredecibles Síntomas autonómicos: cambios de color, temperatura, edema, diaforesis.
Nociceptivo	Visceral: sordo, profundo o tipo cólico que aparece y desaparece, difícil de localizar Somático: localizado (locognosia), punzante, pulsátil
Mixto	Coexistencia del dolor neuropático y nociceptivo.

Según el comportamiento en el tiempo, el dolor puede ser:

- Constante, también llamado basal y que requiere manejarlo regularmente (según reloj).
- Dolor irruptivo oncológico (DIO), definido como la exacerbación transitoria, de alta intensidad y corta duración (< 30 minutos) que aparece sobre la base de un dolor estable y persistente, que ha sido reducido a un nivel tolerable. Requiere uso de rescates (dosis extra de medicamento). Si se requiere más de tres rescates diarios, evaluar con el especialista.

La presencia del dolor irruptivo no significa necesariamente la aparición de un nuevo síntoma o que la enfermedad haya empeorado.



Escala de dolor con caras



¿Cómo evaluar el dolor?³¹

✓ Anamnesis sintomática

A - Antecedentes, aparición o antigüedad: *¿desde cuándo le duele?*

L - Localización: *¿dónde le duele?*

I - Intensidad: *¿cómo de intenso es el dolor? En una escala de 0 a 10, ¿cuánto le duele?*

ESAS (1-3= leve, 4-6=moderado, 7-10 = severo)

C - Características: descriptores verbales de dolor: *¿es superficial? ¿Profundo? ¿Se acompaña de otros síntomas?*

Patrón temporal: *¿Cómo se comporta en el tiempo? ¿Es continuo o irruptivo?*

I - Irradiación: *¿hacia dónde se dirige el dolor?*

A - Atenuantes o agravantes: *¿qué lo modifica? ¿Qué lo mejora? ¿Qué lo empeora?*

¿Cómo afecta a su vida? (Produce cambios en la calidad de vida, del sueño...)

✓ Anamnesis del tratamiento

Tratamientos previos y actual (medicamentos, dosis, respuesta, efectos indeseables, vías de administración)

Administración fija o a demanda

Horario de los medicamentos

Desde hace cuánto tiempo lo toma

Apego a tratamiento

Motivo de suspensión

Opinión del enfermo acerca de su eficacia

³¹ Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención Fascículo 2

IV. Dolor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV

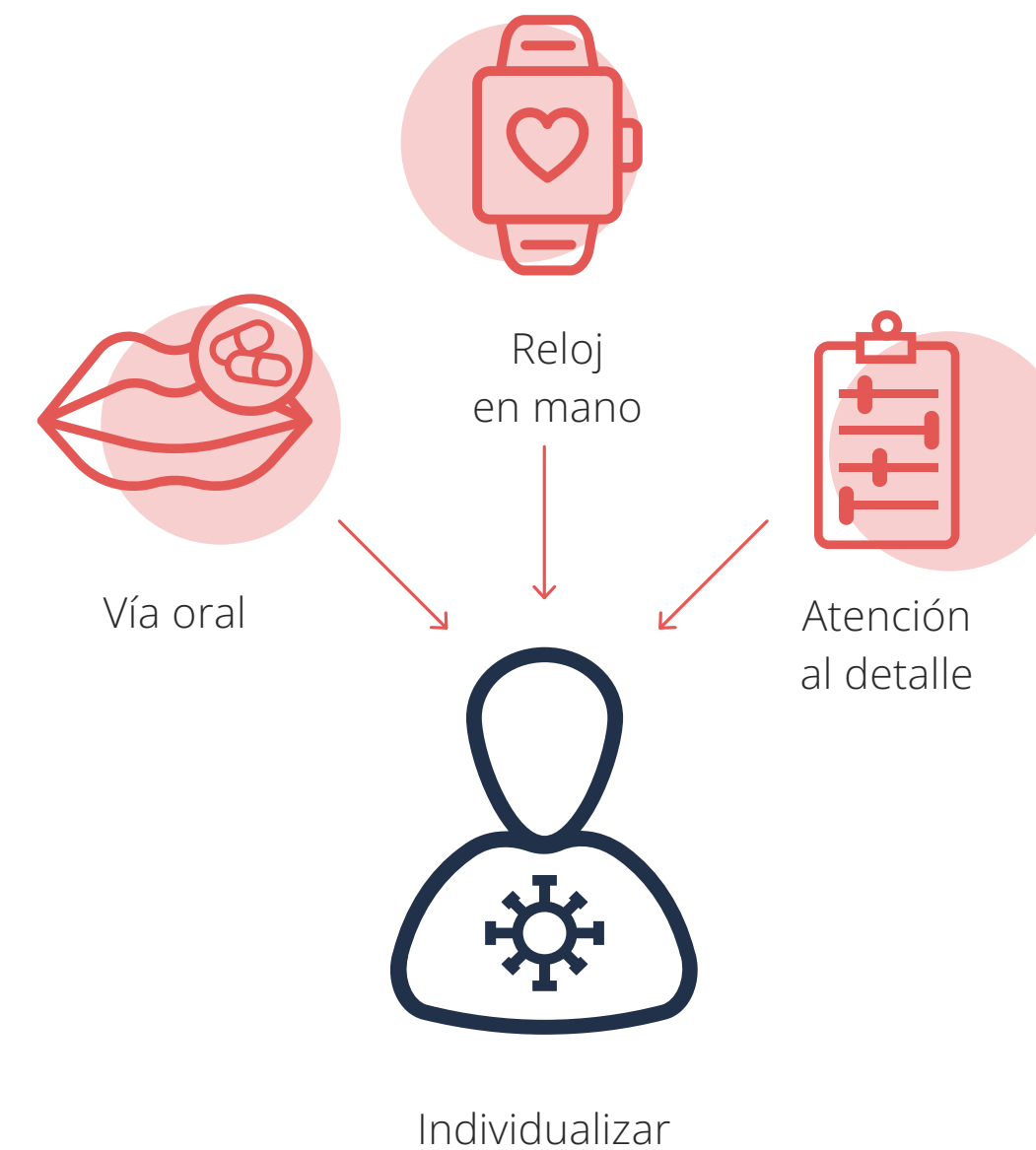


¿Cómo tratar a un paciente con dolor?^{32,33}

- El objetivo de manejar el dolor es controlar el síntoma a un nivel que permita una calidad de vida aceptable, minimizar efectos indeseables asociados al tratamiento y favorecer lucidez/ estado de alerta del paciente.
- Medidas de seguridad de uso de medicamentos que protejan a prescriptores, paciente, cuidadores y comunidad.
- Los pacientes con cáncer pueden presentar dolor y necesitar su alivio en todas las etapas de su enfermedad y no solo al final de la vida.
- Usar un enfoque adaptado a cada individuo junto con terapias que modifican la enfermedad.
- Principios
 - Adecuada identificación, clasificación e intensidad del dolor.
 - Priorizar medicación por vía oral - es más simple y cómoda.
 - Administrar tratamiento “reloj en mano”, con intervalos determinados, especialmente en dolor crónico. Adicionalmente, rescates para dolor episódico.
 - Tratamiento individualizado, monitorización, supervisión y seguimiento regular, ajustar dosis según respuesta analgésica, efectos adversos, adherencia terapéutica y funcionalidad de cada paciente (disminuyendo, aumentando, combinando o rotando medicamentos).
 - Tratamiento diseñado de manera integral y multimodal incluyendo, además del tratamiento farmacológico de tipo analgésico y coanalgésico, medidas preventivas y terapias no farmacológicas (fisioterapia, meditación, relajación).

Administración de analgésicos

<https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic-cancer-pain-lowres.pdf?ua=1>



IV. Dolor

³² World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Ginebra: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en/>

³³ Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.

Manejo farmacológico

La base del tratamiento analgésico recomendado es la farmacológica. La escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un esquema gradual de selección de medicamentos analgésicos en el tratamiento de pacientes con dolor por cáncer. Se inicia considerando la intensidad del síntoma del paciente y se basa en la combinación de diferentes medicamentos. Eficacia del 90% en pacientes adecuadamente tratados.

Al considerar un tratamiento, sopesa siempre la carga y el beneficio probable: ¿requiere el tratamiento costes adicionales para la familia?, ¿se requiere capacitación a la red de apoyo?, ¿se debe modificar el entorno?, ¿afecta a otros miembros de la familia?, ¿requiere transferencia a otro entorno de atención?

Escalera analgésica de la OMS modificada.³⁴

El tratamiento del dolor, debe comenzar en el escalón de la escalera correspondiente a la intensidad del dolor que un paciente sufre (ESAS).



³⁴ WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Ginebra: WHO; 2018.
Disponible en: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en/>

A tener en cuenta:

- El tratamiento del dolor se debe iniciar en el escalón correspondiente a la intensidad del dolor.
- En cada escalón, el analgésico puede combinarse con adyuvantes.
- Si hay dolor severo, administrar directamente un opioide fuerte (morfina).
- Comprobar interacciones o tolerancia a medicamentos.
- Evitar uso prolongado de AINES (siete días) por la toxicidad severa que pueden producir.
- Tener en cuenta dosis máximas diarias de medicamentos con efecto techo. Los agonistas puros (morfina, oxicodona, fentanilo) no tienen efecto techo.
- No mezclar opioides débiles entre sí (tienen techo analgésico), ni con opioides potentes.
- La metadona y el fentanilo se deben usar por el equipo especializado o en colaboración con el mismo.
- Siempre prescribir rescates (10% de dosis en 24 horas) para crisis de dolor (irruptivo).
- Siempre prescribir laxantes durante el tratamiento con opioides (**ver estreñimiento**) y antieméticos las primeras 72 horas (**ver náuseas y vómito**).
- Realizar evaluación cognitiva con instrumentos como: CAM, MMT, MDAS.

Manejo no farmacológico

- Medidas para resolver o aliviar los problemas psicológicos y sociales.
- Medios físicos, fisioterapia, meditación, técnicas de relajación.
- Educar a la familia para el reconocimiento de efectos neurotóxicos (mioclonías, delirium).

“El dolor es el señor de la humanidad, más terrible que incluso la muerte misma

Albert Schwetzer

IV. Dolor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



¿Cómo inicio el manejo con opioides? (Titulación)³⁵

Paciente con dolor moderado, sin tratamiento previo con opioides

1. Realizar evaluación integral.
2. Iniciar el tratamiento con una de estas alternativas:
 - **Codeína** 30-60 mg vo, c/ 4-6 h
 - **Tramadol** 50-100 mg vo cada 6-8 h
 - **Morfina de liberación inmediata** 2,5 mg c/ 4-6 h* (o su equivalente) + paracetamol 500 mg vo cada 4-6 h
3. Indicar dosis de rescate con medicamentos de liberación rápida (10-20% de la dosis total diaria c/ 60 min hasta 3 dosis / día). Reevaluar y ajustar la dosis. Si no hay mejoría, consultar a un experto.
4. Indicar laxantes. P. ej., **bisacodilo** vo 5-20 mg/d o **senósidos** (según disponibilidad en cuadros básicos).
5. Prescribir antieméticos en caso de que lo requiera:
 - **Metoclopramida** 10 mg vo c/ 4-6 h o
 - **Domperidona**: 10 mg cada 8-6 h (preferible en adulto mayor)
6. Monitorear la respuesta y los efectos adversos (como bradilalia, sedación).
7. Dar cita de control en 72 h y habilitar un contacto.

Paciente con dolor severo sin opioide o dolor persistente con opioides débiles

1. Realizar evaluación integral (evaluar vulnerabilidad; renal, hepática, respiratoria, arritmias, cognitiva y de salud mental).
2. Iniciar tratamiento con
 - **Morfina de liberación inmediata: 5 a 10 mg c/4 h vo (sc 2,5 a 5 mg c/4 h)** (o su equivalente)
3. Indicar dosis de rescate (10-20% de la dosis total diaria c/60 min vo y 20 min sc hasta 3 dosis).

Cálculo: 5 mg vo c/4 h de base equivalente a 30 mg/día
→ 10% es 3 mg.

Indicar que debe ponerse en contacto con el personal de salud si requiere más de 3 rescates al día.
4. Indicar adyuvantes de acuerdo al tipo de dolor (corticoides, antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes).
5. Indicar laxantes (p. ej., **bisacodilo vo** 5-20 mg/día).
6. Prescribir antieméticos (p. ej., metoclopramida 10 mg vo c/ 4-6h) en caso de necesidad.
7. Monitorear la respuesta y los efectos adversos.
8. Si es efectivo, mantener el régimen tanto como sea posible.

El paciente está recibiendo opioides fuertes

Recalcular de acuerdo al número de rescates o aumentar 30- 50%.

Si se requiere más de tres rescates diarios

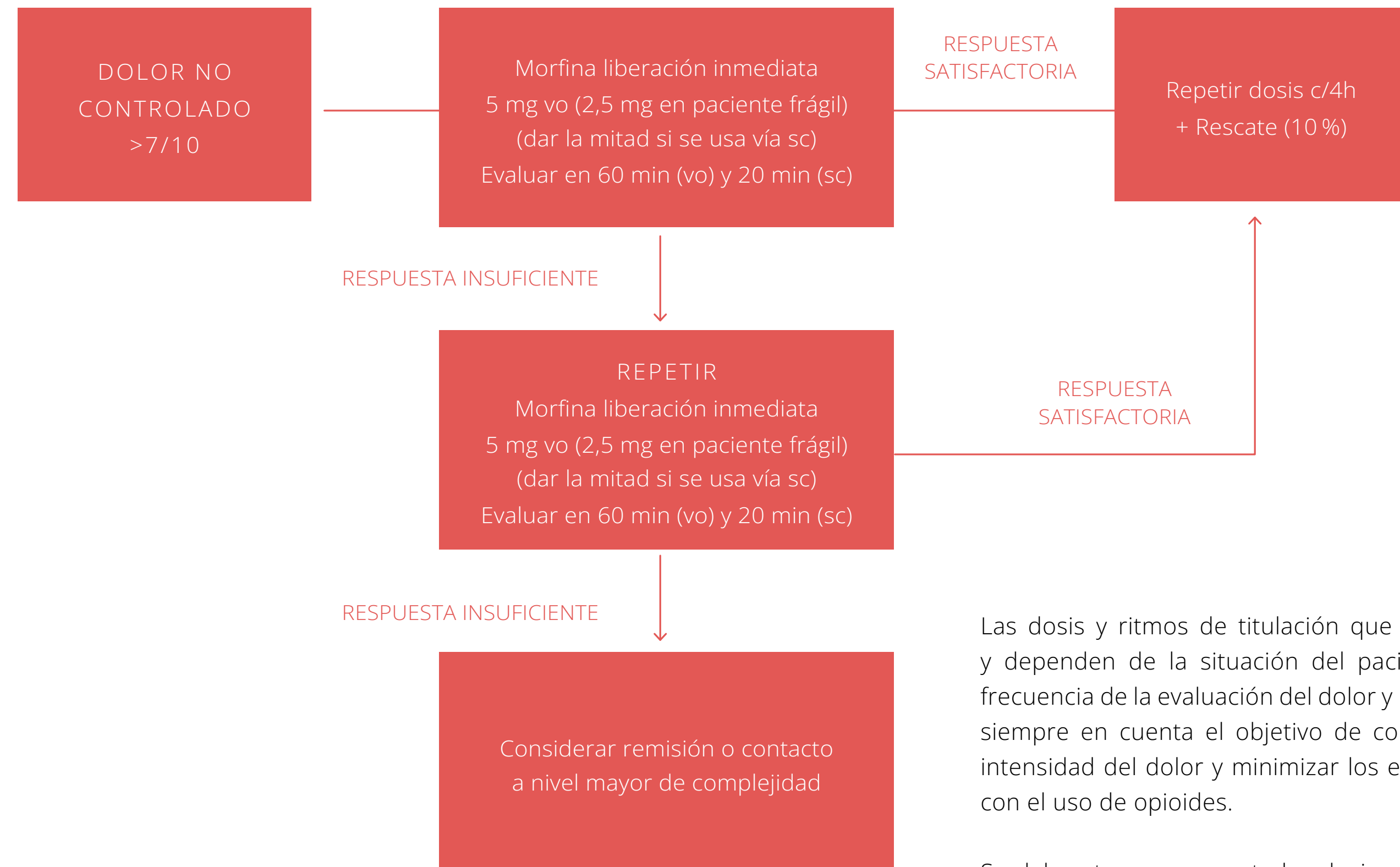
1. Revisar características de los rescates (dolor basal descontrolado, dolor incidental, compensación química, delirium, temores nocturnos)
2. Evaluar la situación (¿Dolor incidental predecible? ¿Final de dosis?).

Recalcular la dosis en caso de que considere que el manejo del dolor de base es insuficiente.

Ej. El paciente recibe 30 mg/día de base, y necesitó 4 rescates de 3 mg (12 mg)
 $30 \text{ mg} + 12 \text{ mg} = 42 \text{ mg/día}$ continuar con 7 mg c/4 h.

³⁵ Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.

Algoritmo de titulación en crisis de dolor



Las dosis y ritmos de titulación que se indican son aproximados y dependen de la situación del paciente. Se pueden adaptar la frecuencia de la evaluación del dolor y la dosis del fármaco, teniendo siempre en cuenta el objetivo de conseguir la disminución de la intensidad del dolor y minimizar los efectos adversos relacionados con el uso de opioides.

Se deben tener en cuenta las dosis pautadas y las de rescate que se han prescrito para calcular la dosis diaria total que el paciente requiere.

IV. Dolor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



¿Cómo calculo la dosis si tengo que pasar de vía oral a subcutánea, o al contrario?

La equivalencia para la morfina es

- 3:1 entre vía oral y endovenosa
- 2:1 entre vía oral y subcutánea

Esto significa que si el paciente está recibiendo 30 mg/día vía oral, al pasarlo a subcutánea recibirá la mitad (15 mg/día sc).

¿Cómo hacer el monitoreo?

La monitorización y valoración de respuesta se realiza según factores individuales de riesgo, fármaco administrado y la vía de administración.

Monitorizar	
Titulación	Analgesia, bradipsiquia, sedación, frecuencia respiratoria (Depresión respiratoria: < 9 por min)
Mantenimiento	Evaluar control/alivio de dolor(analgesia) Síntomas gastrointestinales: boca seca, náuseas y vómito, estreñimiento Síntomas neurológicos; mioclonias, sedación, hiperalgesia, delirium, alucinosis Cansancio/fatiga

- Evaluar respuesta al manejo (control/alivio del dolor)
- Monitorear adherencia al tratamiento
 - Dosis regular y rescates usados

- Monitoreo de efectos adversos. Es importante comunicar al paciente y a la familia los posibles efectos adversos, su prevalencia y su manejo.
 - Estreñimiento: Se observa en aproximadamente un 90% de los pacientes. Prescribir SIEMPRE laxantes. P. ej. iniciar con leche de magnesia (30 ml por la noche), bisacodilo (5 mg c/12 hrs vo), lactulosa, polietilenglicol, senna, docusato, enemas (pacientes que no toleran vo) (**véase Estreñimiento**).
 - Náuseas, vómito[?] 10-30%. Desaparece con el tiempo. (**véase Náuseas y vómito**). Profilaxis con metoclopramida (10-20 mg 3x/día) o haloperidol (1-2,5 mg/día).
 - Neurotoxicidad*: Alucinaciones (visuales, táctiles), hiperalgesia, mioclonías, convulsiones, delirium, somnolencia. Se puede presentar somnolencia al inicio de la terapia, pero no es indicación de disminución de medicamentos o rotación opioide.
 - Delirium*: Neurolépticos como haloperidol (0,5-2 mg c/8-12 hrs durante 3-5 días) (**véase Delirium**).
 - Boca seca, mareo, prurito, retención urinaria.
 - Síndrome serotoninérgico inducido por opioides: 0,23%. Reacción adversa farmacológica de súbito inicio de alteración del estado mental, hiperactividad autonómica y excitabilidad neuromuscular (0,23% de incidencia).
- Evaluar si es necesario remitir, o solicitar seguimiento por equipo especializado o en colaboración con el mismo especialmente en presencia de (*)

IV. Dolor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



¿Cuándo derivar a otro nivel de complejidad?

Se debe individualizar cada caso ya que el traslado produce sufrimiento adicional. Se debe evaluar:

- El estadio de la enfermedad y objetivos terapéuticos y de cuidado.
- La disponibilidad de recursos terapéuticos adecuados.
- Complicaciones clínicas detectadas o potenciales.

Es recomendable derivar a un segundo o tercer nivel de asistencia en casos de:

- Inadecuada respuesta al manejo: Dolor no controlado.
- Sospecha de neurotoxicidad inducida por opioides (NIO): trastornos cognitivos, somnolencia severa, alucinaciones, mioclonías, convulsiones, hiperalgesia.
- Se puede presentar somnolencia al inicio de la terapia, pero no es indicación de disminución de medicamentos o rotación opioide.
- Pacientes con síndromes dolorosos complejos, que pueden requerir intervenciones especializadas.
- Presencia de factores de riesgo de dolor de difícil manejo³⁷:
 - Uso inadecuado de sustancias controladas (CAGE-AID positivo)³⁶
 - Dolor con componente neuropático
 - Sufrimiento psicológico mayor

³⁶ Foong A-Let al. (2018): Demystifying serotonin syndrome (or serotonin toxicity). Canadian family physician Medecin de famille canadien, 64(10), 720-727.

³⁷ Fainsinger, et al. Edmonton Classification System for Cancer Pain (ECS-CP). Quick User Guide. 2019 (2014).

¿Qué creencias/mitos hay en relación al uso de opioides y cómo aclararlos?

Entendemos un mito como una creencia errónea que se apoya en experiencias personales, se transmite de generación en generación y se toma como cierto pero no lo es:

Disminuye la supervivencia	Dosis altas de morfina u otros opioides no disminuyen la supervivencia de pacientes con enfermedad oncológica avanzada.
Riesgo de uso inadecuado o “dependencia”	El riesgo de uso inadecuado es bajo cuando se usa para control sintomático, pero aumenta en pacientes con condiciones psiquiátricas.
Desarrolla tolerancia	Es cierto que la tolerancia es una característica de estos fármacos, pero al no tener techo terapéutico permite que sean útiles durante todo el proceso.
Depresión respiratoria	No ocurre si son titulados adecuadamente y existe adherencia terapéutica.
Efecto en el crecimiento tumoral	No se ha demostrado científicamente.



Tabla de medicamentos³⁸

Analgésicos no opioides

Medicamento	Dosis	Máx. /día	Comentarios
Metamizol	500-100 mg c/4 h, vo	4 g	EA: sudoración, náuseas, control hemático
Paracetamol/acetaminofén	500 mg -1 g c/4-6 h, vo	4000 mg	EA: función hepática
Ibuprofeno	300-600 mg c/6-8 h, vo	2400 mg	EA: efectos gastrointestinales
Diclofenaco	25-50 mg c/8-12 h, vo	150 mg	EA: insuficiencia renal, cardiaca
Celecoxib	200 - 400 mg c/12 - 24 h, vo	400 mg	EA: efectos cardiovasculares y gastrointestinales
Etoricoxib	60 mg c/12 - 24 h, vo	120 mg	EA: cardiovascular-gastrointestinal
Meloxicam	7,5 mg c/12 - 24 h, vo	15 mg	EA: cardiovascular-Hipertensión

³⁸ World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Ginebra: WHO; 2018.
Disponible en: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en/>

Adyuvantes

Medicamento	Dosis	Máx. /día	Comentarios
<i>Antidepresivo</i>			
Amitriptilina	10-25 mg/noche, vo Incrementar progresivamente	100 mg	EA: sequedad en la boca y estreñimiento, hipertensión, confusión
Doxepin	10 mg /noche, vo	75 mg	EA: arritmias, retención vesical
Mirtazapina	15 a 30 mg/noche, vo	45 mg	Anorexia, astenia, depresión, insomnio
Duloxetine	30-60 mg c/12 a 24 h, vo	60 mg	EA: náuseas, vómitos, diarrea
<i>Anticonvulsivante</i>			
Pregabalina	25-75 mg /día, vo Aumentar dosis cada 3 a 7 días	600 mg	Dolor neuropático EA: cansancio, sedación Riesgo de caída
Gabapentina	100-300 mg /día, vo Aumentar dosis cada 3 a 7 días	900 mg	Dolor neuropático EA: cansancio, sedación Riesgo de caída
Carbamacepina	100 mg c/12 h, vo	800 mg	Dolor neuropatico, EA: sedación, mareo, náuseas
Fenitoína	100 mg /día, vo	300 mg	EA: sedación, mareo, náuseas

IV. Dolor

I
II
III
IV. Dolor
V
VI
VII
VIII
IX
X
XI
XII
XIII
XIV

IV. Dolor

Medicamento	Dosis	Máx. /día	Comentarios
<i>Esteroides</i>			
Prednisona	20-60 mg/día, vo	60 mg	Anorexia, astenia, dolor óseo o neuropático 5-7 días y evaluar retirarlos si fueron menos de 3 días o disminuir.
Dexametasona	4-32 mg/día, vo	32 mg	
<i>Relajantes musculares</i>			
Ciclobenzaprina	10 mg -30 mg/día, vo	30 mg	EA: somnolencia, debilidad, confusión, alucinaciones, mareo, cefalea
<i>Espasmolíticos</i>			
Bromuro de hioscina	10 mg c/ 8 a 6 hs, vo	100 mg	Para dolor visceral
<i>Bisfosfonatos</i>			
Ácido zoledrónico*	4 mg /mes , iv	4 mg /mes	Para dolor óseo, prevención de fracturas patológicas, e hipercalcemia
Pamidromato	90 mg amp /mes, iv	90 mg	Solo en función renal normal

* Manejo por especialista o en colaboración con el mismo.

E.A.= Efecto adverso

Opioides

IV. Dolor

Medicamento	Dosis	Máx. /día	Comentarios
<i>Débiles</i>			
Tramadol	50-100 c/6-8 h, vo	400 mg	Atención en la titulación en el adulto mayor EA: sedación, mareo, náuseas, vómito, estreñimiento
Tilidin/naloxona	50-100 mg c/2-4 h, vo	600 mg	EA: sedación, náuseas, vómito, estreñimiento
Codeína	30-60 mg c/4-6h, vo	360 mg	Prodroga EA: sedación, náuseas, vómito, estreñimiento
<i>Potentes (incluidos en la lista de Medicamentos Esenciales de la OMS)</i>			
Morfina (oral, liberación inmediata)	5-10 mg (inicial) c/4-6h, VO	no tiene efecto techo/ toxicidad limitante	EA: sedación, náuseas, vómito, estreñimiento
Oxycodona (oral, liberación inmediata)	2,5 - 5 mg c/4-6h , VO	no tiene efecto techo/ toxicidad limitante	2 veces más fuerte que la morfina EA: sedación, náuseas, vómito, estreñimiento
Hidromorfona (oral, liberación inmediata)	1 mg c/4-6h, VO	no tiene efecto techo/ toxicidad limitante	5-7 veces más fuerte que la morfina EA: sedación, náuseas, vómito, estreñimiento
Fentanilo* (Parches transdermal)	12-25 µg/h c/72 h TD	no tiene efecto techo/ toxicidad limitante	70-100 veces más fuerte que la morfina EA: sedación, náuseas, vómito, estreñimiento
Metadona* (oral)	Manejo por especialista o en colaboración con el mismo.	no tiene efecto techo/ toxicidad limitante	La dosis equianalgésica depende de la dosis del opioide previo. 10 a 15 veces más potente que la morfina EA: sedación, náuseas, vómito, estreñimiento, cefalea, boca seca, dolor de estómago

* Manejo por especialista o en colaboración con el mismo.

E.A.= Efecto adverso

I
II
III
IV. Dolor
V
VI
VII
VIII
IX
X
XI
XII
XIII
XIV

Mensajes clave | Recuerde

- El dolor es multidimensional y multicausal.
- Haga siempre una buena evaluación.
- Créale al paciente, pero no prescriba analgésicos para el dolor no físico. ¡Evalúe siempre!
- Trate la causa cuando sea posible y seleccione los fármacos en relación con la causa. Utilice escala analgésica de la OMS.
- La administración de opioides debe ser según un horario y en lo posible vía oral.
- Prescriba dosis de rescate.
- Prescriba laxantes siempre que se formulen opioides. Inicialmente algunos pacientes pueden presentar náuseas o vómitos, prescriba antieméticos.
- Una de las razones para abandonar el tratamiento de dolor es la prescripción inadecuada y los efectos colaterales. Monitoree efectos deseados y no deseados (tenga en cuenta la función cognitiva).
- Titule las dosis según el balance entre la analgesia y los efectos adversos.
- Una de las razones para abandonar el tratamiento de dolor es la prescripción inadecuada y los efectos colaterales.
- Revise la tabla de equivalencia antes de cambiar la vía o de opioide.
- Informe, anticipe y trate de forma rápida y eficaz.
- Eduque al paciente y la familia sobre el uso de morfina (y otros opioides), efectos adversos, almacenamiento y aclarare falsas creencias.
- Los AINES no deben ser utilizados por largos periodos.

Si quiere saber más...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019. p. 15-31
- 📄 Mammana G, Bertolino M, Bunge S. Tratamiento de dolor por cáncer. In: Jacob & Sánchez (eds.). Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. Buenos Aires: Instituto Nacional de Cáncer; 2014. p. 99-125. Disponible en: <http://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-de-la-salud>
- 📄 World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Ginebra: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en/>
- 📄 Heung Y, Reddy A, Reddy S. Introduction to pain and Pain Management (Chapter 3 and 4) In: Bruera E, Dalal S, editors. The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook. Houston: The University of Texas Health Science Center; 2015. p. 11-37.
- 📄 Chapman EJ, Edwards Z, Boland JW, Maddocks M, Fettes L, Malia C, Mulvey MR, & Bennett MI. Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. Palliat Med. 2020; 34(4): 444-453. <https://doi.org/10.1177/0269216319896955>

IV. Dolor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Beatriz (50 años, separada de su esposo) tiene un diagnóstico de cáncer de cérvix IIIB y acude al centro de salud por un dolor intenso (7/10) en región lumbar, ECOG II. Estaba tomando morfina 20 mg vo c/6h. La cantidad de morfina que le dieron en el hospital se le acabó antes porque tuvo que utilizarla más veces por las crisis de dolor (8-9/10) que ha estado teniendo. No puede dormir por el dolor, su hábito intestinal está bien con el bisacodilo.

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

1. **¿Cuál es la intervención más apropiada?**
 - ☐ A. Hace una evaluación integral y examen físico para explorar posibles causas que le estén produciendo dolor.
 - ☐ B. Le sugiere a Beatriz consultar con su oncólogo para que le formule opioides fuertes para manejar el dolor.
 - ☐ C. Le añade tramadol 200 mg c/8 h.
 - ☐ E. Le añade gabapentina como adyuvante.
2. **En su evaluación sospecha aumento del dolor nociceptivo debido a infiltración tumoral. En la farmacia solo se dispone de ampollas de morfina y no hay opioide en comprimidos disponibles en este momento. ¿Qué dosis le corresponde?**
 - ☐ A. 1 ampolla 10 mg de morfina iv cada 8 horas.
 - ☐ B. 1 ampolla 10 mg de morfina sc cada 8 horas.
 - ☐ C. 1 ampolla 10 mg de morfina sc cada 6 horas.
 - ☐ D. 1 ampolla 10 mg de morfina iv cada 6 horas.

IV. Dolor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Beatriz (50 años, separada de su esposo) tiene un diagnóstico de cáncer de cérvix IIIB y acude al centro de salud por un dolor intenso (7/10) en región lumbar, ECOG II. Estaba tomando morfina 20 mg vo c/6h). La cantidad de morfina que le dieron en el hospital se le acabó antes porque tuvo que utilizarla más veces por las crisis de dolor (8-9/10) que ha estado teniendo. No puede dormir por el dolor, su hábito intestinal está bien con el bisacodilo.

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

3. ¿Cuál es el mejor tratamiento para el dolor por crisis de esta paciente?
 - ☐ A. Morfina
 - ☐ B. Tramadol
 - ☐ C. Corticoides
 - ☐ E. Ketorolac

4. En la entrevista Beatriz le comenta que está deprimida y enojada porque la despidieron del trabajo al conocer su diagnóstico. Le preocupa los costes generados a su familia por el cuidado. ¿Cómo puede afectar esta situación al curso de la enfermedad?:
 - ☐ A. Es irrelevante para el manejo terapéutico.
 - ☐ B. Es posible que afecte a la adherencia terapéutica.
 - ☐ C. Puede exacerbar el dolor.
 - ☐ E. Puede genera deseo de muerte anticipada.

IV. Dolor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPUESTAS

1. ¿Cuál es la intervención más apropiada?

A es correcta.

Una buena historia clínica y un examen físico completo son indispensables para una sospecha diagnóstica de las causas de dolor. En este caso se necesita más información sobre las posibles causas antes de tomar una decisión sobre la terapia o pedir exámenes. La historia clínica brinda más información que una química sanguínea.

2. En su evaluación sospecha aumento del dolor nociceptivo debido a infiltración tumoral. En la farmacia solo se dispone de ampollas de morfina y no hay opioide en comprimidos disponibles en este momento. ¿Qué dosis le corresponde?

C es correcta.

La conversión de morfina vía oral a sc es de 2:1 (a iv es de 3:1). Beatriz está recibiendo 80 mg oral /día. A subcutánea serían 40 mg/día, dividido en 4 (cada 6 h) corresponde a 1 ampolla de 10 mg morfina sc cada 6 h.

3. ¿Cuál es el mejor tratamiento para el dolor por crisis de esta paciente?

A es correcta.

El mejor tratamiento para dolor por crisis es con el mismo opioide que viene recibiendo. En este caso morfina.

En algunos casos especiales es posible usar otros opioides.

IV. Dolor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPUESTAS

4. En la entrevista Beatriz le comenta que está deprimida y enojada porque la despidieron del trabajo al conocer su diagnóstico. Le preocupa los costes generados a su familia por el cuidado. ¿Cómo puede afectar esta situación al curso de la enfermedad?:

B, C y D son correctas.

Los costes generados por el cuidado puede interferir con la adherencia terapéutica. El aspecto social y emocional puede exacerbar la expresión de dolor y puede desear morir pronto para no ser una carga para su familia.

IV. Dolor

I

II

III

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV





Síntomas respiratorios

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	51
¿QUÉ ES LA DISNEA?	51
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EVALUAR Y MANEJAR LA DISNEA?	51
¿QUÉ CAUSA LA DISNEA?	52
¿CÓMO EVALUAR?	53
¿CÓMO MANEJAR LA DISNEA?	53
¿CUÁNDO REMITO A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD?	54
¿QUÉ ES HEMOPTISIS?	55
¿CUÁLES SON LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE HEMOPTISIS EN CUIDADOS PALIATIVOS?	55
¿QUÉ HAGO FRENTE A UN PACIENTE CON HEMOPTISIS?	55
¿QUÉ ES LA RESPIRACIÓN ESTERTOROSA?	56
¿QUÉ HAGO FRENTE A UN PACIENTE CON ESTERTORES?	56
MENSAJES CLAVE/RECUERDE	57
SI QUIERE SABER MÁS...	57
APLIQUE LO APRENDIDO	58

Objetivos de aprendizaje

Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Identificar los síntomas y evaluar características clínicas de la disnea, hemoptisis y respiración estertorosa.
- Proponer un esquema de manejo farmacológico y no farmacológico de los síntomas respiratorios.
- Identificar criterios de referencia para manejo de disnea o hemoptisis.

“No es el cuerpo el que sufre, sino el individuo entero

Cicely Saunders

¿Qué es la disnea?

Es la experiencia **subjetiva** de malestar al respirar o falta de aire. El diagnóstico se basa en el relato del paciente.

- Puede ser continua en un 20%, intermitente (episódica) en un 60% o mixta.
- Los episodios pueden ser desencadenados por esfuerzos, emociones, medio ambiente o comorbilidad.
- No se correlaciona con presencia de cianosis o alteraciones en saturación de oxígeno.

Como otros síntomas, la disnea tiene carácter multidimensional afectando a las dimensiones física, emocional, social y espiritual.

¿Por qué es importante evaluar y manejar la disnea?

- La disnea se presenta en el 30-40% de pacientes con cánceres avanzados y en el 65-70% con cáncer broncogénicos.
- Produce un gran deterioro de la calidad de vida, genera miedo, disminuye estatus funcional y se asocia con el deseo de muerte anticipada.³⁹
- La disnea puede aparecer en los últimos días o semanas de la evolución de diferentes enfermedades en el contexto de un fracaso multiorgánico, comportándose como factor de mal pronóstico a muy corto plazo.⁴⁰

³⁹ Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D. Will to live in the terminally ill. Lancet. 1999;354(9181):816-9.

⁴⁰ Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos. ND. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1.

V. Síntomas respiratorios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



¿Qué causa la disnea?

Diferentes mecanismos fisiopatológicos producen la sensación de falta de aire.

Mecanismos fisiopatológicos

- Aumento del esfuerzo respiratorio (derrame pleural).
- Alteraciones en músculos respiratorios (parálisis muscular).
- Aumento de los requerimientos ventilatorios (hipoxemia).

Causas

La disnea en cuidados paliativos es generalmente multicausal. Es importante no asumir que está causada únicamente por la enfermedad oncológica.

Posibles causas de disnea:^{42,43}

Relacionada con	Ejemplos
Cáncer	Infiltración parénquima pulmonar Obstrucción vías aéreas Linfangitis carcinomatosa Derrame pleural- pericárdico* Ascitis a tensión* Hepatomegalia Síndrome de vena cava superior (VCS)*
Tratamiento oncológico	Neumonectomía Fibrosis post radioterapia Neumonitis inducida por quimioterapia
Complicaciones respiratorias agudas	Insuficiencia minúsucula* Hipertensión pulmonar Tromboembolismo pulmonar* Atelectasia
Comorbilidad	Infección de vías respiratorias* EPOC / reagudización * Broncoespasmo* Anemia* Caquexia Arritmia cardíaca* Enfermedades neuromusculares, ALS, MS
Otras	Ansiedad* Dolor no controlado*

* Causas potencialmente modificables

V. Síntomas respiratorios

⁴² Centeno C, et al. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2009.

⁴³ Hui D. Dyspnea. In: Bruera E, Dalal S (ed.). The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook. Houston: The University of Texas Health Science Center; 2015. p. 82-6.

¿Cómo evaluar?

- Anamnesis sintomática
 - ¿Qué características tiene?
 - ¿Cuándo se presenta y cómo es el curso?
 - ¿Cuál es la intensidad?
(ESAS 1-3= leve, 4-6=moderado, 7-10 = severo)
 - ¿Qué mejora y qué empeora la disnea?
 - ¿Qué síntomas la acompañan?
 - ¿Cómo afecta la calidad de vida?
 - ¿Cómo afecta a su familia?
- Examen físico (frecuencia respiratoria, cianosis, taquicardia, sudoración, edema, percusión, auscultación).
- Pruebas complementarias solo para confirmar una sospecha diagnóstica que defina una conducta terapéutica que beneficie al paciente y compense los esfuerzos.
- Hacer un diagnóstico diferencial con intoxicación aguda por medicamentos y con cambios respiratorios de la etapa agónica. Revisar la funcionalidad previa al evento agudo.

¿Cómo manejar la disnea?^{44,45}

- Inicie el alivio del síntoma simultáneamente con la evaluación.
- Considere la condición general del paciente y estadio de enfermedad.
- Discuta las intervenciones con el paciente y su familia.

Manejo no farmacológico

- Posición confortable (fowler o semifowler, o inclinado hacia adelante) y minimizar esfuerzos.
- Ambiente ventilado y fresco (ventilador o corriente de aire sobre el rostro).
- Compañía tranquilizadora, ropa cómoda.
- Ejercicios respiratorios (respiración diafragmática y espiración con labios semiocluídos).
- Fisioterapia o kinesioterapia según disponibilidad (o contacto corporal).
- Técnicas de relajación o apoyo psicoterapéutico cuando sea necesario.
- Educar al paciente y familia.

⁴² Thomas JR, von Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. The Lancet Oncology. 2002;3(4):223-8.

⁴³ Thomas JR, von Gunten CF. Management of dyspnea. J Support Oncol. 2003;1(1):23-32; discussion -4.

Manejo farmacológico

- Iniciar o adecuar el tratamiento específico de acuerdo con causas identificadas o antecedentes previos del paciente (broncodilatadores, antibióticos, medicación cardiológica, etc.)
- Control de síntomas asociados como ansiedad (lorazepan 1 mg), tos y secreciones).
- **Opioides**
 - En pacientes que no están recibiendo opioides:
Morfina = 2,5-5 mg vo o 1-2,5 mg sc/iv cada 4 a 6 h (o su equivalente) y rescates según necesidad.
Alternativa: Oxicodona 2,5-5 mg vo/3-6 h y necesidad rescates según necesidad.
 - En pacientes que ya reciben un opioide potente, se aumenta la dosis diaria utilizada en un 25-50%, según la intensidad del síntoma y la evaluación general del paciente.
 - Rescate: una dosis adicional (de rescate) antes de realizar esfuerzos o si no hay mejoría en 30 min (dosis de rescate = 10% de la dosis de 24 h).
- **Administración de oxígeno**

La disnea en pacientes con enfermedades avanzadas no se correlaciona directamente con la saturación de oxígeno en sangre. Está indicado en los casos de hipoxemia o desaturación (saturación menor a 90%). En los casos en que la saturación de O₂ sea del 90-94% se recomienda hacer un test utilizando oxígeno y evaluar la respuesta.

El oxígeno es un medicamento con costes asociados. El uso de oxígeno puede llevar a hipercapnia, especialmente en pacientes con EPOC.
- **Corticoides**

Se pueden usar en pacientes con EPOC reagudizado, síndrome de vena cava superior (**véanse urgencias**), neoplasias con respuesta a los corticoides (linfoma, timoma), obstrucción de vía aérea superior tumoral, neumonitis por radiación, neumonitis inducida por QT y linfangitis carcinomatosa.

¿Cuándo derivar a otro nivel de complejidad?

Se debe individualizar cada caso ya que la derivación a otra institución produce malestar adicional. Se debe evaluar:

- El estadio de la enfermedad y los objetivos terapéuticos.
- La disponibilidad de recursos terapéuticos adecuados.
- Complicaciones clínicas detectadas o potenciales.
- Situación familiar/red de cuidado.

Es recomendable derivar a un segundo o tercer nivel de asistencia en casos de:

- Disnea asociada a fiebre, dolor en el pecho, alteración súbita del estado de conciencia.
- Disnea severa con sensación de asfixia o con hemoptisis severa.
- Presencia de complicaciones de posible manejo como síndrome de vena cava superior, sospecha de derrame pleural masivo (toracocentesis), compromiso hemodinámico o trastornos del estado de conciencia.
- Dificultad para familiares o cuidadores para continuar el tratamiento ambulatorio o para el uso de la vía subcutánea.
- Disnea refractaria. Refratariedad terapéutica es la falta de alivio cuando se realiza un tratamiento adecuado en un tiempo prudencial. Plantear la posibilidad de sedación paliativa.

V. Síntomas respiratorios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



¿Qué es hemoptisis?

- Expectoración de sangre procedente del árbol bronquial o pulmón.
- Se clasifica en:
 - leve a moderada < 200 ml en 24 h
 - severa, o masiva > 200 ml en 24 h**Véanse Urgencias**
- El diagnóstico se realiza con la visualización directa del esputo

¿Cuáles son las causas más frecuentes de hemoptisis en cuidados paliativos?

Causas	Ejemplos
Inflamatorias	EPOC, bronquitis aguda, TBC, bronquiectasias, neumonía
Tumoral	Cáncer de pulmón, adenoma bronquial
Otras	TEP, traumatismo traqueobronquial, fístula broncoalveolar, diátesis hemorrágicas

¿Qué hacer frente a un paciente con hemoptisis?

El tratamiento varía según la intensidad del sangrado y estadio de la enfermedad. En hemoptisis de leve a moderada se recomienda el siguiente manejo.

Medidas no farmacológicas:

- Mantener la calma, contener.
- Colocar al paciente en una postura confortable (sentado).
- Utilizar toallas o sábanas de color oscuro (que disminuyan el impacto visual de la sangre).

Medidas farmacológicas:

- Retirar AINEs y anticoagulantes (si los tiene).
- Tratamiento de la tos (no usar codeína si ya está usando morfina).
- Remitir para evaluar radioterapia paliativa.
- Fármacos antifibrinolíticos (ácido tranexámico, ácido aminocaproico).

Hemoptisis severa

- Es una urgencia en cuidados paliativos que puede conducir a la muerte del paciente y produce gran impacto emocional
Véase Urgencias.
- Evaluar traslado a centro de mayor complejidad, dependiendo del estado del paciente.
- El objetivo del tratamiento es reducir el impacto del sangrado facilitando la sedación del paciente y la contención del entorno afectivo.
- En los casos en que sea previsible, colocar preferentemente una vía iv o sc.

V. Síntomas respiratorios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



¿Qué es la respiración estertorosa?⁴⁶

- Respiración con ruido producido por la acumulación en la vía aérea de secreciones salivales o bronquiales.
- Incidencia en el 56-92% de los pacientes en situación de últimos días.
- Probablemente muchos pacientes no son conscientes, pero produce gran angustia en familiares y personal de salud por sensación de asfixia inminente.
- El diagnóstico es clínico.

¿Qué hago frente a un paciente con estertores?

- Información a la familia para disminuir el impacto: anticipar la posibilidad de estertores, informar que el ruido es debido a la acumulación de secreciones y la dificultad para deglutir y afirmar que el paciente no está sufriendo.
- Revisar balance hídrico y cantidad de fluidos administrados.

Manejo no farmacológico

- Informar al paciente y familia.
- Cambio de decúbito (decúbito lateral).
- Cuidado de la boca (boca seca).
- Evaluar la aspiración de secreciones altas ya que puede generar malestar e incluso provocar más secreciones.
- Distracción con otros ruidos (música).
- Si es posible, alternar los turnos de los cuidadores debido a que es una situación que puede producir ansiedad en ellos.

Manejo farmacológico

- En casos muy previsibles como en encefalopatía hepática, tumores cerebrales o pulmonares.
- Reducir líquidos.
- N-Butil-bromuro de hioscina 20-60 mg/día en intervalos regulares c/4-6 h o infusión continua por vía sc.
- N metibromuro de escopolamina 20 mg/6 h vía sc.
- ¡No actúan sobre secreciones previamente acumuladas!

⁴⁶ Centeno C, et al. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2009.

V. Síntomas respiratorios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV





Mensajes clave | Recuerde

- La disnea es un síntoma subjetivo y de alta prevalencia en pacientes con enfermedad oncológica avanzada.
- El objetivo terapéutico es el alivio del síntoma percibido por el paciente y no el cambio de signos como la taquipnea o los ruidos respiratorios audibles.
- Los opioides (morfina) son efectivos en el manejo de disnea y tos, y pueden usarse en conjunto con otros tratamientos.

Si quiere saber más...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 Pan CX, Palathra BC, Leo-To WF. Management of Respiratory Symptoms in Those with Serious Illness. Med Clin North Am. 2020;104(3):455-70.
- 📄 Thomas JR, von Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. The Lancet Oncology. 2002;3(4):223-8.
- 📄 Thomas JR, von Gunten CF. Management of dyspnea. J Support Oncol. 2003;1(1):23-32; discussion -4.
- 📄 Lokker ME, van Zuylen L, van der Rijt CC, & van der Heide A. Prevalence, impact, and treatment of death rattle: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2014; 47(1): 105-122. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.011>

V. Síntomas respiratorios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Rafael tiene 60 años y recibió un diagnóstico de cáncer de riñón avanzado, con metástasis pulmonares. Actualmente en tratamiento onco-específico paliativo. Acude a su consultorio por sensación de dificultad respiratoria permanente 7/10, que aumenta con esfuerzos a 9/10. Refiere que el dolor está controlado con morfina 10 mg vo c/4 h, no refiere efectos adversos relacionados con los opioides. No ha tenido fiebre.

Al examen físico: TA 110/70 mmHg, FC 82 lpm, FR 21 pm, T 36° C, 50 kg, altura 168 cm, Sat O2 del 95% al aire ambiente, consciente, orientado, cardiopulmonar: pared torácica sin deformidad, auscultación pulmonar normal, presenta edema de miembros inferiores, ECOG: 3. Los datos clínicos no han tenido cambios desde la última consulta (21 días previos).

Estudios de laboratorio: biometría hemática que reporta Hb 12 g/dl, resto normal.

Se descartan causas concomitantes que puedan estar causando esta situación.

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

1. Rafael tiene cáncer avanzado y usted ya le había dicho a él y a su familia que podría tener dificultad respiratoria. Usted considera que tiene disnea severa porque:

- ☐ A. Rafael refiere la experiencia subjetiva de malestar al respirar y sensación subjetiva de falta de aire (7/10).
- ☐ B. Él no tiene disnea porque tiene buena oxigenación (95%).
- ☐ C. Tiene disnea porque su frecuencia respiratoria es levemente elevada, aunque no hay tirajes. Para diagnóstico conclusivo son necesarios los gases arteriales.

2. ¿Qué indicación le hace a Rafael?

- ☐ A. Le explica que es algo que se le va a pasar y que es parte de la enfermedad.
- ☐ B. Minimiza el síntoma para que no se asuste y le explica que en unos días se va a sentir mejor.
- ☐ C. Indica aumentar la morfina en relación a la dosis que venía recibiendo y calcula nueva dosis de rescate.
- ☐ D. Suspende la morfina que está recibiendo porque puede producirle depresión respiratoria

V. Síntomas respiratorios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Rafael tiene 60 años y recibió un diagnóstico de cáncer de riñón avanzado, con metástasis pulmonares. Actualmente en tratamiento onco-específico paliativo. Acude a su consultorio por sensación de dificultad respiratoria permanente 7/10, que aumenta con esfuerzos a 9/10. Refiere que el dolor está controlado con morfina 10 mg vo c/4 h, no refiere efectos adversos relacionados con los opioides. No ha tenido fiebre.

Al examen físico: TA 110/70 mmHg, FC 82 lpm, FR 21 pm, T 36° C, 50 kg, altura 168 cm, Sat O2 del 95% al aire ambiente, consciente, orientado, cardiopulmonar: pared torácica sin deformidad, auscultación pulmonar normal, presenta edema de miembros inferiores, ECOG: 3. Los datos clínicos no han tenido cambios desde la última consulta (21 días previos).

Estudios de laboratorio: biometría hemática que reporta Hb 12 g/dl, resto normal.

Se descartan causas concomitantes que puedan estar causando esta situación.

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

3. La enfermedad de Rafael progresa. Ahora tiene ECOG 4 y sigue refiriendo disnea (4/10) con saturación del 95%. Se planifica continuar con cuidados en domicilio. En la planificación y organización del seguimiento en domicilio, usted evalúa la necesidad de contar con oxígeno en domicilio o no. ¿Qué afirmación es válida respecto a la indicación de administrarle oxigenoterapia?
 - ☐ A. No, porque su saturación de oxígeno es mayor del 90% (no hay hipoxemia).
 - ☐ B. Sí, porque su saturación es muy baja.
 - ☐ C. Siempre, independientemente de la presencia o no de hipoxemia.
 - ☐ D. Nunca, independientemente de la presencia o no de hipoxemia.
 - ☐ E. Depende de la gasometría.
4. Rafael continúa con cuidados en domicilio. Su enfermedad progresa y sus síntomas están controlados. En la fase de final de la vida presenta respiración estertorosa. A él se le ve tranquilo, pero sus familiares refieren que les genera inquietud por la sensación de que Rafael parece estar ahogándose. Usted tranquiliza a la familia y le explica que Rafael no está ahogándose y se trata de la debilidad de sus músculos para deglutir. Además del cambio de posición y cuidados de la boca, considera un tratamiento farmacológico. ¿Cuál es el fármaco a utilizar en este caso?
 - ☐ A. Haloperidol.
 - ☐ B. Hioscina.
 - ☐ C. Morfina.
 - ☐ D. Dexametasona.

V. Síntomas respiratorios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPUESTAS

1. **Rafael tiene cáncer avanzado y usted ya le había dicho a él y a su familia que podría tener dificultad respiratoria. Usted considera que tiene disnea severa porque:**

A es correcta.

La disnea es la experiencia subjetiva de malestar al respirar o falta de aire.
El diagnóstico se basa en el relato del paciente.

2. **¿Qué indicaciones le hace a Rafael?**

C es correcta.

Rafael venía recibiendo morfina 10 mg VO c/4 h = 60 mg/día. En este caso se aumentaría la dosis diaria 25 o 50%, según intensidad del síntoma, y evaluación general del paciente.

Adicionalmente le adecua el rescate: antes de esfuerzos (anticipar) o si no hay mejoría repetir en 30 min.

3. **¿Qué afirmación es válida respecto a la indicación de administrarle oxigenoterapia?**

A es correcta.

El uso de oxígeno en pacientes con disnea en enfermedades avanzadas no se correlaciona con los niveles de oxígeno. Se recomienda en casos de hipoxemia (saturación de O₂ <90%) o cuando mejora el síntoma y evaluar respuesta.

4. **¿Cuál es el fármaco a utilizar en este caso?**

B es correcta.

Rafael presenta respiración estertorosa.

Recuerde que es importante la información a la familia (anticipar e informar que el paciente no sufre) y revisar el balance hídrico y cantidad de fluidos administrados.

El objetivo es disminuir la formación de nuevas secreciones, una medicación posible para este objetivo es la hioscina.

V. Síntomas respiratorios

I

II

III

IV

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



V

Náusea y vómito

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE	62
¿QUÉ SON LAS NÁUSEAS Y VÓMITO?	62
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EVALUAR Y MANEJAR LA NÁUSEA Y VÓMITO?	62
¿QUÉ CAUSA LA NÁUSEA Y EL VÓMITO?	63
¿CÓMO EVALUAR?	63
¿CÓMO MANEJAR LA NÁUSEA Y VÓMITO?	64
CUANDO DERIVAR A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD	66
MENSAJES CLAVE/RECUERDE	67
SI QUIERE SABER MÁS...	67
APLIQUE LO APRENDIDO	68

Objetivos de aprendizaje

Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Identificar y evaluar náuseas y vómito
- Definir un esquema de manejo inicial farmacológico y no farmacológico.
- Identificar las complicaciones asociadas al vómito y náuseas y motivos de referencia.

¿Qué son las náuseas y el vómito?

Las náuseas son la desagradable sensación de ganas de vomitar, mientras el vómito es la expulsión forzada del contenido gástrico.

Las náuseas pueden ocurrir aisladamente o acompañar a los vómitos y, con menos frecuencia, los vómitos ocurren sin náuseas. Las náuseas suelen ser más molestas e incapacitantes que los vómitos. Puede acompañarse de dispepsia u otros síntomas gastrointestinales.

A diferencia del vómito, en las arcadas hay ausencia de expulsión del contenido gástrico.⁴⁷

¿Por qué es importante evaluar y manejar las náuseas y el vómito?

- La incidencia de estos síntomas en pacientes con enfermedad oncológica avanzada es del 40%-70%⁴⁸
- Producen un gran deterioro de la calidad de vida, miedo.
- Tienen impacto en el efecto y adherencia de manejo medicamentoso.
- Llevan a complicaciones como el trastorno hidroelectrolítico, deshidratación, inflamación gastrointestinal y la aspiración.

VI. Náuseas y vómito

⁴⁷ Singh P, et al. Nausea: a review of pathophysiology and therapeutics. Therap Adv Gastroenterol. 2016;9(1):98-112.

⁴⁸ Rhodes & McDaniel: Nausea, vomiting, and retching: complex problems in palliative care. CA Cancer J Clin 2001; 51(4): 232-48.2.

¿Qué causa la náusea y vómito?

Las causas de las náuseas y el vómito pueden ser múltiples:

Tabla 1: Posibles causas de náuseas y vómito⁴⁹

Relacionada con	Ejemplos
Gastrointestinal	Infección por candida, tumores ulcerativos Irritación/inflamación (medicamentos, sangre) Presión (ascitis, hepatomegalia), estreñimiento, gastrostasis
Metabólicas / tóxicas	Medicamentos (analgésicos, citostáticos, antibióticos, digoxina ...) Hipercalcemia, hiponatremia, uremia Infecciones, toxinas tumorales
SNC	Hipertensión endocraneana (tumor), meningitis, vestibular
Psicológicas	Miedo, dolor, estrés, anticipatorio

⁴⁹ Para revisar la fisiopatología ver: Singh P, et al. Nausea: a review of pathophysiology and therapeutics. Therap Adv Gastroenterol. 2016;9(1):98-112.

¿Cómo evaluar?

— Anamnesis sintomática

- Experiencia previa o períodos con náuseas o vómitos, (cambio de) medicamentos, quimio o radioterapia recientes
- Características: ¿Qué características tiene? (cantidad, olor, restos de alimentos, presencia de sangre)
- Curso: ¿cuándo se presenta y cómo es el curso? ¿Cuándo comenzó? ¿Cuánto dura? ¿Con qué frecuencia se presenta? ¿Es persistente o intermitente?
- Frecuencia e intensidad. ¿Cuál es la frecuencia? ¿Intensidad? (ESAS 1-3= leve, 4-6=moderado, 7-10 = severo)
- ¿Qué mejora y qué empeora las náuseas y/o el vómito?
- ¿Qué síntomas los acompañan?

Dolor (abdominal), alteración del hábito intestinal, fiebre, anorexia, disfagia, saciedad temprana, eructos, regurgitación, abdomen hinchado, flatulencia, estreñimiento o diarrea, sed, poliuria, tos, hipo, mareos, problemas de audición, afecciones neurológicas, dificultad para respirar.

- ¿Cómo afecta a la calidad de vida? ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? Tratamientos sin receta, remedios a base de hierbas o prácticas de curación tradicionales. ¿Puede llevar a cabo los tratamientos indicados con el equipo que lo trata en la institución?
- Examen físico (hidratación, examen de boca, abdominal y rectal)
 - General: Estado nutricional, peso, hidratación, ictericia, somnolencia, humor
 - Inspección de cavidad oral y faringe (candidiasis)
 - Abdomen: Cicatrices quirúrgicas, hernias, peristaltismo (ruidos intestinales, íleo), onda ascítica, distensión gástrica, hepatomegalia, resistencia abdominal, dolor, impactación fecal (examen rectal).
- Pruebas complementarias sólo si se requieren para adoptar una conducta terapéutica que beneficie al paciente, como creatinina, calcio, sodio, potasio.

VI. Náuseas y vómito

¿Cómo manejar las náuseas y el vómito?

- Muchas veces solo se alivia el síntoma (disminución de la intensidad o la frecuencia).
- ¡Háblelo con el/la paciente/familia!
- Profilaxis (si es posible). P. ej. al iniciar terapia con opioides
- Evitar el estímulo de náuseas anticipatorias.
- Al considerar un tratamiento, sopesa la posible carga y el beneficio probable: ¿requiere el tratamiento costes adicionales para la familia?, ¿se requiere capacitación a la red de apoyo o modificación del entorno?, ¿en qué medida afecta a los otros miembros de la familia?

Manejo no farmacológico

- Intervenciones no farmacológicas, aportan mejor alivio en náuseas y vómito de intensidad leve o moderada. En caso de síntoma severo se debe valorar tratamiento farmacológico.
- Adecue la ingesta evitando lo que pueda causar o aumentar las náuseas o el vómito.
- Ofrezca líquidos en cantidades pequeñas y periódicas (jugo, agua, hielo). Reestablezca la ingesta con dieta líquida/semilíquida.
- Higiene y cuidado bucal.
- Elimine los olores fuertes o que causen náuseas (olores de tumores ulcerosos o úlceras de decúbito). Permita la circulación de aire fresco.
- Usar la vía subcutánea para hidratar o dar la medicación.
- Ejercicios de relajación.
- Eduque a la familia. Brinde información sobre:
 - El objetivo del tratamiento, efecto esperado, cuándo se espera que el tratamiento surta efecto y factores que pueden llevar a un ajuste del tratamiento.
 - Posibles efectos secundarios del tratamiento con antieméticos y cómo tomarlos correctamente.
 - La (no) administración de fluidos parenterales.
 - El cambio de rol de la alimentación y su importancia en relación al pronóstico. Posibles cambios de la dieta
 - Ejercicios de relajación y distracción en situaciones en que la ansiedad desempeñe un papel importante.

VI. Náuseas y vómito

I

II

III

IV

V

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV

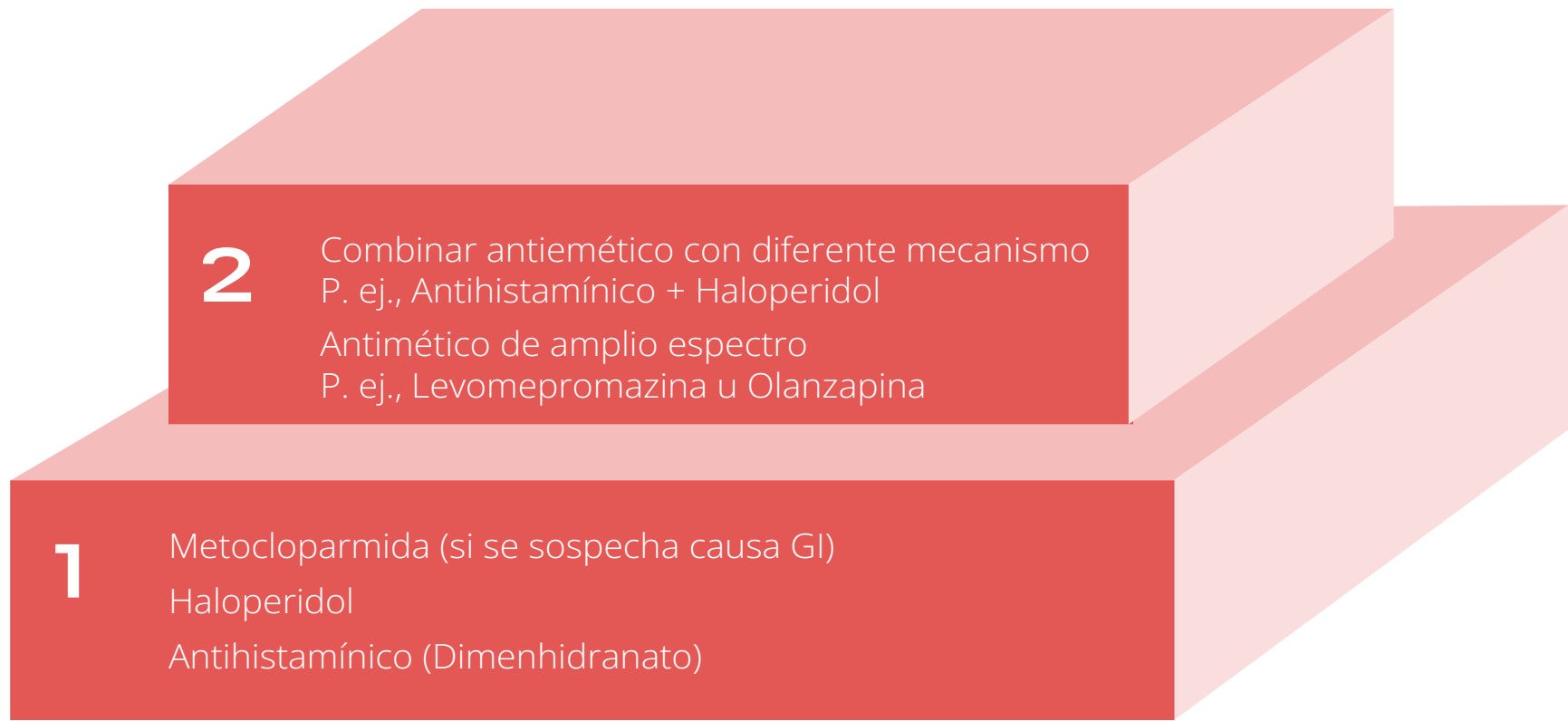


Manejo farmacológico^{50,51}

- Manejo de la causa (si es posible)
 - Establecer una orientación etiológica basada en la historia clínica
 - Retirar medicamento que la cause, si es posible.

Si no hay causa identificada sugerimos:

- Iniciar con un antiemético de bajo espectro y evaluar la respuesta. Si la respuesta es insuficiente, añadir otro antiemético con otro mecanismo de acción o usar uno de amplio espectro como levomepromazina



Escalera de manejo modificada¹

⁵⁰ Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 1. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.

⁵¹ Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. Med Clin North Am. 2020;104(3):439-54.

- Dejar un antiemético de base y prescribir rescates (10% de la dosis diaria).
- En el adulto mayor se recomienda usar domperidona, por los efectos adversos de la metoclopramida (extrapiramidalismo).
- Cuando se conoce la etiología:

Etiología	1. Línea	2. Línea	3. Línea
Estasis gástrica	Metoclopramida	Mirtazapina	Domperidona
Inducido por opioides	Haloperidol/ Metoclopramida	Antihistamínicos (difenhidramina, meclizina)	Olanzapina o risperidona
Hipercalcemia/ uremia	Haloperidol	Levomepromacina	
Quimioterapia	Ondansetrón	Dexametasona	Lorazepan (anticipatorios)
Otras	Metoclopramida		Dexametasona

- Se recomienda haloperidol para tratamiento de náuseas y vómitos en fase paliativa como alternativa a metoclopramida o domperidona, especialmente si existe otra indicación para este agente (como alucinaciones o delírium).
- No deben combinarse metoclopramida o domperidona con agentes con efectos anticolinérgicos (hioscina) porque contrarrestan el efecto procinético.
- Dexametasona si hay náuseas debido a quimioterapia en combinación con 5HT3; en el caso de metástasis cerebrales con edema y también en casos de íleo.

VI. Náuseas y vómito

¿Cuándo derivar a otro nivel de complejidad?

Se debe individualizar cada caso ya que el traslado produce sufrimiento adicional. Se debe evaluar:

- La fase de la enfermedad, el pronóstico y los objetivos terapéuticos y de cuidado.
- La disponibilidad de recursos terapéuticos adecuados.
- Complicaciones clínicas detectadas o potenciales que hagan sufrir al paciente y la familia.
- Deseo del paciente y la familia.
- Explicar los riesgos y documentar.

Es recomendable derivar a un segundo o tercer nivel de asistencia en casos de:

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

Antieméticos utilizados en cuidados paliativos⁵²

Medicamento	Dosis	Comentario
Metoclopramida	5-10 mg antes de las comidas o de dormir 10-30 mg c/4-6-8 h vo, sc, iv (máx. 60 mg/día)	Procinético EA: atención en adulto mayor Extrapiramidalismo (acatisia, distonía)
Domperidona	10 - 30 mg c/ 4-6-8 h vo	EA: cólico Dolor abdominal tipo cólico, extrapiramidalismo(acatisia, distonía)
Haloperidol	0,5 – 2 mg c/6-12 vo, sc (máx. 20 mg/día)	EA: extrapiramidalismo De preferencia no use vía iv
Dexametasona	4-20 mg c/8-12 h vo, sc, iv	EA: síntomas gástricos, miopatía, infecciones, hiperglicemia, inmunosupresión, psicosis, delirium
Levomepromazina	3-5 mg c/8-12 h vo, sc, iv	Efecto anticolinérgico, hipotensión, extrapiramidalismo
Olanzapina	5mg/día	Extrapiramidalismo
Clorpromazina	10 - 25 mg c/ 4 - 8 h vo 10 - 25 mg c/ 3 - 4 h iv, Se puede colocar 25 mg bolo (máx. 150 mg/día)	No aplicar sc EA: somnolencia
Dimenhidrinato	25 mg c/8 h vo	EA: somnolencia, efectos antimuscarínicos
Ondansetrón	4-8 mg c/6-8 h vo, iv	EA: cefalea, estreñimiento
Hioscina escopolamina	10-20 mg c/4-8 h sc, iv	EA: boca seca, retención urinaria, hipotensión
Alprazolam	0,5-1 mg/día vo	EA: somnolencia, hipotensión
Dronabinol	5 mg vo c/6-8 h	EA: sedación, delírium

VI. Náuseas y vómito

⁵² Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 1. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.



Mensajes clave | Recuerde

- Evalúe las posibles causas de las náuseas y el vómito.
- Use medidas farmacológicas y no farmacológicas.
- Valore la vía de administración que garantice la eficacia del antiemético.
- Ajuste la dosis o combine con otros antieméticos.
- Si hay persistencia del síntoma, revise cada caso y valore la pertinencia de derivación.

Si quiere saber más...

- 📄 Mercadante, S. Nausea/Vomiting. In Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care. Bruera B, Higginso In, von Gunten C & Morita T. (Eds). 2021. 357-364
- 📄 Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. Med Clin North Am. 2020;104(3):439-54.
- 📄 Davis M, Hui D, Davies A, Ripamonti C, Capela A, DeFeo G, Del Fabbro E, & Bruera E. MASCC antiemetics in advanced cancer updated guideline. Support Care Cancer. 2021. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06437-w>

VI. Náuseas y vómito

I

II

III

IV

V

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Rosa tiene 60 años, es viuda y con diagnóstico de carcinoma pulmonar derecho con metástasis contralateral sin respuesta a quimioterapia. Consulta con náuseas y vómito de contenido alimentario desde hace dos días, sin presencia de material fecaloide ni bilioso. Las náuseas son tan severas que apenas acepta líquidos. Desde hace 2 años Rosa toma piroxicam 20 mg/día para manejo de osteoartritis y morfina 60 mg/día oral.

1. **¿Cuál es la intervención más apropiada?**
 - ☐ A. Interrumpir la vía oral y ordenar morfina 2 mg sc cada hora.
 - ☐ B. Realizar una historia clínica completa y examen físico.
 - ☐ C. Formular ondansetrón + dexametasona + lorazepam + metoclopramida.
 - ☐ D. Ordenar supositorios de prometacina 25 mg c/4 h según necesidad.
2. **Usted descarta una obstrucción intestinal. ¿Cuál es la intervención más apropiada?**
 - ☐ A. Interrumpir el piroxicam por el riesgo de gastritis.
 - ☐ B. Interrumpir morfina oral y pasar a 5 mg c/4h sc.
 - ☐ C. Agregar antiácido.
 - ☐ D. Formular dexametasona.
3. **¿Usted le prescribió de inicio metoclopramida (10 mg c/8 h) pero la paciente no ha respondido a este medicamento, ¿qué otra alternativa podría usted utilizar, teniendo en cuenta que Rosa continúa con náuseas y vómito?**
 - ☐ A. Añadir dexametasona.
 - ☐ B. Aumentar la dosis de metoclopramida.
 - ☐ C. Agregar haloperidol.
 - ☐ D. Prescribir acetaminofén.

VI. Náuseas y vómito

I

II

III

IV

V

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Rosa tiene 60 años, es viuda y con diagnóstico de carcinoma pulmonar derecho con metástasis contralateral sin respuesta a quimioterapia. Consulta con náuseas y vómito de contenido alimenticio desde hace dos días, sin presencia de material fecaloide ni bilioso. Las náuseas son tan severas que apenas acepta líquidos. Desde hace 2 años Rosa toma piroxicam 20 mg/día para manejo de osteoartritis y morfina 60 mg/día oral.

4. Si Rosa tuviese 80 años ¿Con cuál de estos medicamentos tendría más precaución por los efectos extrapiramidales?

- ☐ A. Ondansetrón .
- ☐ B. Metoclopramida.
- ☐ C. Haloperidol.
- ☐ D. Domperidona.

VI. Náuseas y vómito

I

II

III

IV

V

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPUESTAS

1. ¿Cuál es la intervención más apropiada?

B es correcta.

Se requiere más información antes de tomar una decisión y hacer prescripciones de medicamentos o exámenes de laboratorio. Una historia clínica completa causa la menor molestia, riesgo y costes y le va a aportar información importante sobre la estrategia terapéutica a seguir.

2. Usted descarta una obstrucción intestinal. ¿Cuál es la intervención más apropiada?

A, B, C son correctas.

Al usarse durante largos periodos, los AINES (piroxicam) se vuelven fármacos gastrolesivos y se incrementa el riesgo de sangrado digestivo alto. Pensar en suspender y agregar un antiácido.

Dado que el dolor está controlado con morfina (60 mg/día vo), es importante pasar a vía sc (5 mg c/4h sc) para evitar recaída por el dolor. Para la conversión, recuerde: $60 \text{ mg}/2 = 30 \text{ mg/día sc}$ distribuidas cada 4h = 5 mg c/4h sc.

3. ¿Usted le prescribió de inicio metoclopramida pero la paciente no ha respondido a este medicamento, ¿qué otra alternativa podría usted utilizar, teniendo en cuenta que Rosa continúa con náuseas y vómito?

B es correcta.

En caso de tener dosis adecuadas de metoclopramida sin efecto satisfactorio, puede considerarse añadir un antiemético de otro mecanismo de acción como haloperidol o dexametasona.

VI. Náuseas y vómito

I

II

III

IV

V

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPUESTAS

4. Si Rosa tuviese 80 años ¿Con cuál de estos medicamentos tendría más precaución por los efectos extrapiramidales?

B y C son correctas.

La metoclopramida y el haloperidol puede tener efectos extrapiramidales especialmente en adulto mayor (mayores de 80 años) o personas jóvenes (menor de 18 años). Si ya hay síntomas de párkinson o parkinsonismo, los efectos aumentarían.

VI. Náuseas y vómito

I

II

III

IV

V

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



VII

Estreñimiento

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

73

¿QUÉ ES EL ESTREÑIMIENTO?

73

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE MANEJAR EL ESTREÑIMIENTO?

73

¿QUÉ CAUSA EL ESTREÑIMIENTO?

74

¿CÓMO EVALUAR?

74

¿CÓMO MANEJAR EL ESTREÑIMIENTO?

75

CUÁNDO DERIVAR A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD

76

MENSAJES CLAVE/RECUERDE

77

SI QUIERE SABER MÁS...

77

APLIQUE LO APRENDIDO

78

Objetivos de aprendizaje

Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Identificar y evaluar el estreñimiento en pacientes de cuidados paliativos.
- Proponer un esquema de manejo inicial farmacológico y no farmacológico.
- Identificar las complicaciones asociadas al estreñimiento y motivos de derivación.



¿Qué es el estreñimiento?

Es la disminución de la frecuencia de la defecación (menos de 3 veces por semana), de difícil expulsión, con heces duras y secas.

La constipación inducida por opioides (OIC) o disfunción intestinal inducida por opioides (OIBD) aparece en entre un 60 y un 90% de los pacientes que usan estos medicamentos.

¿Por qué es importante manejar el estreñimiento?

- Produce un deterioro de la calidad de vida y gran sufrimiento.
- Frecuentemente no es valorado.
- Afecta a la ingesta y absorción de medicamentos y puede estresar de manera tan severa que, debido a este efecto secundario, se renuncia a un control adecuado del dolor con opioides.
- Para evitar complicaciones:
 - Fecaloma (impactación fecal); tapona la salida de heces sólidas y frecuentemente aparece con “diarrea paradójica” con incontinencia por rebosamiento (con salida de agua manchada por heces y algunos restos de heces duras).
 - Puede llevar a obstrucción intestinal.
 - Trastorno hidroelectrolítico, deshidratación, aspiración, obstrucción intestinal, confusión/delirium (adultos mayores) y disnea.

VII. Estreñimiento

I

II

III

IV

V

VI

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



¿Qué causa el estreñimiento?

Las causa del estreñimiento pueden ser multifactoriales:

Posibles causas de estreñimiento⁵⁴

Causas	Ejemplos
Directas	Masas, radioterapia, obstrucción intestinal, fisuras anales
Metabólicas	Hipercalcemia, hipopotasemia, uremia Patologías como diabetes mellitus, hipotiroidismo
Medicamentosas	Opioides , anticolinérgicos, diuréticos, hierro, ondansetrón
Neurológicas	Miedo, metástasis cerebrales, afectación de médula
Otras	Inmovilidad, vergüenza, anorexia, dieta baja en fibra, deshidratación

⁵⁴ Librán Oriol A. Síntomas digestivos: Estreñimiento. En: Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. editores. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Arán, 2008; p.141-151.

¿Cómo evaluar?

- Anamnesis
 - Preguntar activamente por el historial del hábito intestinal previo y actual (regularidad, cantidad, consistencia, esfuerzo, cambios en color, olor).
 - Dieta (incl. bebida)
 - Qué medicamentos usa incl.. laxantes
 - Cambios y patologías asociadas?
 - Cómo es la severidad? (Escala Bristol)
 - Qué mejora y que empeora el síntoma
 - Síntomas acompañantes, características (Náuseas, vómito, dolor, distensión abdominal, tenesmo, dolor con movimientos peristálticos, fiebre)
 - Significado/impacto en la calidad de vida
- Examen físico: hidratación, valoración abdominal (peristaltismo, distensión, masa) y tacto rectal (hemorroides, fisuras, estenosis, ampolla rectal vacía o impactación fecal).
- Pruebas complementarias sólo si se requieren para adoptar una conducta terapéutica que beneficie al paciente.
- Para evaluar la extensión de la carga fecal, así como para excluir la obstrucción intestinal, puede ser necesaria una radiografía de abdomen.

Escala Bristol

01		Trozos duros separados (heces caprinas)
02		Fragmentos cohesionados en forma de salchicha, dura o seca
03		Forma de salchicha con superficie agrietada
04		Forma de salchicha con superficie lisa
05		Bolas blandas con bordes definidos
06		Fragmentos de bordes indefinidos y consistencia blanda pastosa
07		Consistencia líquida

ESTREÑIMIENTO

IDEAL

DIARREA

VII. Estreñimiento

I

II

III

IV

V

VI

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



¿Cómo manejar el estreñimiento?

El estreñimiento, en particular el inducido por opioides, en pacientes que reciben cuidados paliativos es extremadamente común. Existen muchos tratamientos farmacológicos propuestos, pero su eficacia es variable y la evidencia no es concluyente.⁵⁵

- La meta es el equilibrio entre el efecto deseado (defecaciones sin dificultad cada 2-3 días) y efectos secundarios (dolor, diarrea).
- Usar laxantes de manera profiláctica con administración de opioides o anticolinérgicos (a no ser que haya contraindicaciones).
- Manejo de las causas (si es posible):
 - Retirar medicamentos que lo puedan causar, mejorar balance hidroelectrolítico.
 - Control de síntomas que interfieran (hemorroides o fisuras anales).
 - Promover un ambiente adecuado (tranquilo, íntimo).
- Respetar hábitos individuales.
- Masajes (¡no en casos de ascitis!).
- Cuidados de la región perianal.

Medidas no farmacológicas

- Aumento de la ingesta de líquidos.
- Movilización y ejercicio adaptado a la condición del paciente.
- Dieta rica en fibra (pan integral, frutas, verduras, cereales y legumbres). Valorar la conveniencia en casos individuales.

Medidas farmacológicas

- Administración de laxantes:
 - Iniciar con un laxante estimulante o un osmótico.
 - Si no hay mejoría: combinar (estimulante + osmótico).
 - Es más efectivo combinar que usar altas dosis de uno solo.
 - No utilizar osmóticos (como lactulosa) en pacientes con fallo renal severo.
- Los laxantes actúan entre 12-48 h después de su aplicación.
- En caso de sospecha de poca motilidad gastrointestinal, pueden usarse procinéticos como domperidona o metoclopramida.
- Aplicación de enemas si fuera necesario a partir de 3-4 días de estreñimiento.
- En algunos países existen antagonistas periféricos de receptores opioides como metilnaltrexona o naloxegol.

⁵⁵ Young J. An evidence review on managing constipation in palliative care. Nursing Times [online]. 2019;115(5):28-32.

Situaciones especiales

- **Colostomía**
 - Si es necesario, administrar enemas sin agentes estimulantes.
- **Ampolla rectal sin heces**
 - Polietilenglicol diluido en agua.
- **Compresión medular o síndrome de cola de caballo**
 - Se debe considerar la administración de supositorios en días alternos, además de una revisión de la terapia laxante oral.
- **Impactación fecal/fecaloma/bolo fecal**
 - Enema de baja presión, poco volumen y velocidad lenta.
 - Extracción manual bajo sedación (alprazolam 0.25 a 0.50 mg sc o midazolam de 2.5 a 5 mg sc) y analgesia local.
 - Si se requiere una intervención rectal para tratamiento del estreñimiento, también se debe aumentar dosis de laxante oral.
- **Fin de vida**
 - Al final de la vida debe evaluarse la carga del tratamiento frente a las complicaciones. Intervenir solo si hay síntomas importantes.
 - Solo tratar en caso de incomodidad. La impactación fecal puede precipitar un delirium.
 - Es posible realizar medidas rectales sencillas (supositorios y enemas de poco volumen).
 - Si es indispensable, realizar extracción manual con analgesia y sedación suave.

¿Cuándo derivar a un a otro nivel de complejidad?

Se debe individualizar cada caso ya que el traslado produce molestias adicionales. Se debe evaluar:

- El estadio de la enfermedad, el pronóstico y los objetivos terapéuticos y de cuidado.
- La disponibilidad de recursos terapéuticos adecuados.
- Complicaciones clínicas detectadas o potenciales.

Se debe individualizar cada caso

- Constipación persistente a pesar de tratamiento.
- Constipación complicada con impactación fecal u oclusión intestinal (distensión abdominal, vómitos persistentes).
- Ruidos abdominales escasos o ausentes.
- Complicaciones locales: prolapso rectal, fisura anal, hemorroides.

VII. Estreñimiento

I

II

III

IV

V

VI

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Laxantes y mecanismos de acción⁵⁶

Laxante	Dosis	Latencia
Agente formador de bolo* (aceleran el tránsito intestinal) Salvado de trigo Psyllium Metilcelulosa		12 - 48 h
Estimulantes Bisacodilo Picosulfato de Na Senna	5 – 20 mg 10 a 40 gotas/día 15 - 90 mg	6 - 12 h Supositorios: 30-60 min
Osmóticos* Lactulosa Polietilenglicol Sorbitol Leche de Mg	15-60 cc /día 15-30 ml/día diluido en 150 cc 15-60 cc/día 15-60 cc/día	8 - 24 h 1 - 6 h
Emolientes o lubricantes Aceite mineral, vaselina, parafina	15-45 cc/día	6 h - 3 días
Surfactantes Docusato	100-800 mg	24 - 72 h

*Aumentar ingesta de líquidos

Mensajes clave | Recuerde

- Preguntar activamente por este síntoma.
- Combinar agentes con diferente mecanismo de acción.
- La mano que prescribe el opioide, prescribe el laxante.
- Es más fácil prevenir que tratar.
- Al manejar el estreñimiento en cuidados paliativos, la atención debe centrarse en la calidad de vida.
- Recuerde la dignidad del paciente particularmente cuando se considere intervención rectal.

Si quiere saber más...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. Med Clin North Am. 2020;104(3):439-54.

VII. Estreñimiento

⁵⁶ Librán Oriol A. Síntomas digestivos: Estreñimiento. En: Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. editores. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Arán, 2008; p.141-151.

Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Felipe, de 70 años de edad, es viudo y vive con su hija. Tiene historia de mieloma múltiple de 3 años de evolución. Hace 5 meses presentó fractura patológica en L3 y L4, recibió tratamiento quirúrgico. Está utilizando oxicodona de 10 mg cada 6 horas, con buen control del dolor (ESAS 3/10). Usa bisacodilo 5 mg cada 8 horas. Desde hace 3 días tiene estreñimiento - él las describe como “bolitas de cabra” (Tipo 1)-, distensión abdominal, sensación de plenitud e inapetencia.

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

1. **¿Cuál es el medicamento que se puede utilizar para manejar el estreñimiento por uso de opioides en este paciente?**
 - ☐ A. Laxantes osmóticos adicionales: como lactulosa o polietilenglicol (2 a 3 veces al día).
 - ☐ B. Enema por vía rectal.
 - ☐ C. Extracción manual.
 - ☐ D. Derivación a 2 nivel de complejidad.
2. **Felipe no mejoró con los tratamiento instaurados previamente y no asistió a la consulta programada de control. Ahora ya son 7 días con estreñimiento. Al tacto rectal, se palpa una ampolla rectal con la presencia de fecalomas, ¿cuál sería el plan de manejo agudo?**
 - ☐ A. Retirar los opioides para que no le generen más estreñimiento.
 - ☐ B. Incrementar la dosis de senósidos (bisacodilo).
 - ☐ C. Enema rectal.
 - ☐ D. Extracción manual bajo sedación y analgésicos.

VII. Estreñimiento

I

II

III

IV

V

VI

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPUESTAS

1. ¿Cuál es el medicamento que se puede utilizar para el manejo del estreñimiento por uso de opioides en este paciente?

A es correcta.

En caso de que esté recibiendo un laxante de forma adecuada (bisacodilo = estimulante), y la respuesta sea insuficiente, se recomienda usar un laxante con otro mecanismo de acción, como laxante osmótico (lactulosa o polietilenglicol 2 o 3 veces al día). Evaluar a las 24 h.

2. ¿Cuál sería el plan de manejo en este paciente?

D es correcta.

Pacientes de edad avanzada, prolongado uso de opioides y encamados pueden acumular heces en la ampolla rectal que se endurecen paulatinamente hasta formar fecalomas, por lo que es importante el tacto rectal para el diagnóstico. Se maneja inicialmente con intervenciones rectales como: colocar supositorios, enemas y algunas veces puede ser necesaria la desimpactación manual. La extracción manual puede ser molesta y dolorosa y debe usarse un anestésico local. Tras la extracción deben adoptarse medidas para prevenir nuevos episodio.

Para evaluar la extensión de la carga fecal, puede ser necesaria una radiografía de abdomen.

VII. Estreñimiento

I

II

III

IV

V

VI

VIII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



VIII

Síndrome anorexia caquexia

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	81
¿CUÁNDO SE HABLA DEL SÍNDROME ANOREXIA CAQUEXIA?	81
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE RECONOCER EL SÍNDROME ANOREXIA CAQUEXIA?	81
¿CÓMO SE PRODUCE?	82
¿CÓMO EVALUAR?	83
¿CÓMO MANEJAR EL SÍNDROME ANOREXIA CAQUEXIA?	83
¿ES RECOMENDABLE EL SUPLEMENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO?	85
¿CÓMO HACER LOS CUIDADOS DE LA BOCA EN PACIENTES CON SÍNDROME ANOREXIA CAQUEXIA?	85
CUÁNDO DERIVAR A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD	86
MENSAJES CLAVE/RECUERDE	86
SI QUIERE SABER MÁS...	86
APLIQUE LO APRENDIDO	87

Objetivos de aprendizaje

Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Identificar y evaluar el síndrome de anorexia caquexia en cuidados paliativos.
- Definir un esquema de manejo inicial farmacológico y no farmacológico.
- Identificar motivos de derivación.

¿Cuándo se habla del síndrome de anorexia caquexia?

Anorexia es la falta o pérdida de apetito. La caquexia por cáncer es un síndrome multifactorial definido por una pérdida continua de masa muscular esquelética (con o sin pérdida de masa grasa) que no se puede revertir por completo con el apoyo nutricional convencional y conduce a un deterioro funcional progresivo.^{58,59} La caquexia generalmente se acompaña de anorexia, y comparten los mismos factores etiológicos.

¿Por qué es importante reconocer el síndrome de anorexia caquexia?

- La anorexia y la caquexia se encuentran entre los síntomas de mayor frecuencia en pacientes con cáncer avanzado (50-80%).
- Provoca deterioro de la calidad de vida, la capacidad funcional, la autoestima y la expectativa de supervivencia.
- Relacionado con el 20% de las muertes por cáncer
- Comer tiene una dimensión psicosocial importante.
- En la familia se relaciona con:
 - Culpa por alimentar mal al paciente.
 - Conflicto entre paciente y familia.⁵⁹
 - Impacto negativo en hábitos de alimentación de cuidador y preparación de comida en el hogar.⁶⁰
 - Asociación del adelgazamiento con la falta de ingesta y la recuperación: *"Si no come, no va a mejorar"*.
 - Asociación con muerte: *"Dejar morir de hambre"*.
- En el paciente:
 - Cambios de la imagen corporal.
 - Falta de contacto social.
 - Presión de la familia para comer.
 - Asociación del adelgazamiento con progresión del cáncer.
 - Asociación con la falta de colaboración para mejorar.
 - Todo esto genera ansiedad, sensación de culpa y frustración para el paciente y en su entorno familiar.⁶¹

⁵⁷ Evans WJ, et al. Cachexia: a new definition. Clin Nutr. 2008;27(6):793-9.

⁵⁸ Vanhoutte G, et al. Cachexia in cancer: what is in the definition? BMJ Open Gastroenterol. 2016;3(1):e000097-e.

⁵⁹ Reid J, McKenna H, Fitzsimons D, McCance T. The experience of cancer cachexia: a qualitative study of advanced cancer patients and their family members. Int J Nurs Stud. 2009;46(5):606-16.

⁶⁰ Hopkinson JB. Psychosocial impact of cancer cachexia. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2014;5(2):89-94.

⁶¹ Hawkins C. Anorexia and anxiety in advanced malignancy: the relative problem. Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2000;13(2):113-7.

VIII. Síndrome anorexia caquexia

I

II

III

IV

V

VI

VII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



¿Cómo se produce?

Balance energético y proteico negativo impulsado por una combinación variable de ingesta reducida de alimentos y metabolismo anormal.⁶²

Fases de la caquexia en pacientes con cáncer



VIII. Síndrome anorexia caquexia

⁶² Fearon K, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. The Lancet Oncology. 2011;12(5):489-95.

¿Cómo evaluar?

— Anamnesis sintomática

- ¿Cómo es la intensidad de la pérdida de apetito? (ESAS 1-3= leve, 4-6=moderado, 7-10 = severo)
- ¿Cuánto peso se ha perdido?
- ¿Síntomas acompañantes, características? (náuseas, vómito, estreñimiento, depresión)
- Boca y sistema gastrointestinal
 - Cambios en sabor de alimentos
 - Problemas dentales
 - Saciedad temprana

— Examen físico

- Inspección de la boca
- Grasa subcutánea, muscular, edema o ascitis

— Pruebas complementarias solo si se requieren para adoptar una conducta terapéutica que beneficie al paciente.

— Otras: IMC, instrumentos específicos: EORTC QLQ-CAX24, FAAC

¿Cómo manejar el síndrome de anorexia caquexia?⁶³

Tratamiento no farmacológico

— Comunicación

- La falta de apetito es frecuente y puede ser el resultado de su enfermedad de base. El paciente no se está muriendo de hambre.
- Obligar es contraproducente (produce náusea, afecta relaciones, posibilidad de aspiración).

— Consejería nutricional (impacto psicosocial)

- Comer con otro/s miembros/s de la familia.
- Priorizar sabor y placer antes que cantidad/calorías.
- Porciones pequeñas y frecuentes ricas en calorías (huevo) en horarios flexibles.
- Eliminar restricciones dietéticas sin sentido (dieta hiposódica, hepatoprotectora, para diabéticos, etc.).
- Desalentar el uso de suplementos dietéticos potencialmente dañinos y las dietas extremas, no probadas o de moda.
- Alimentos bien presentados, de fácil masticación (comidas semisólidas y frías como helado, flan, gelatina, puré o yogurt).
- Descanso/ejercicios de relajación antes de las comidas y descanso posterior a las mismas.
- Posición cómoda para comer en un ambiente tranquilo, ventilado, libre de olores y de elementos ambientales irritantes.
- Utilizar vajilla liviana y adaptada a las limitaciones del paciente (platos pequeños).
- Evitar la presencia del paciente cuando se cocina.
- Evitar comidas muy condimentadas, aromáticas o grasosas (ajo, pimienta, albacá, chocolate, menta, etc.) o muy calientes.
- Controlar el estado de piezas dentales y prótesis dentales precozmente.
- Optimizar analgesia en el momento de las comidas.

VIII. Síndrome anorexia caquexia

⁶³ Bruera E, Dev R. Assessment and management of anorexia and cachexia in palliative care. Update: 15 Jul 2020 En: www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-anorexia-and-cachexia-in-palliative-care.

Tratamiento farmacológico

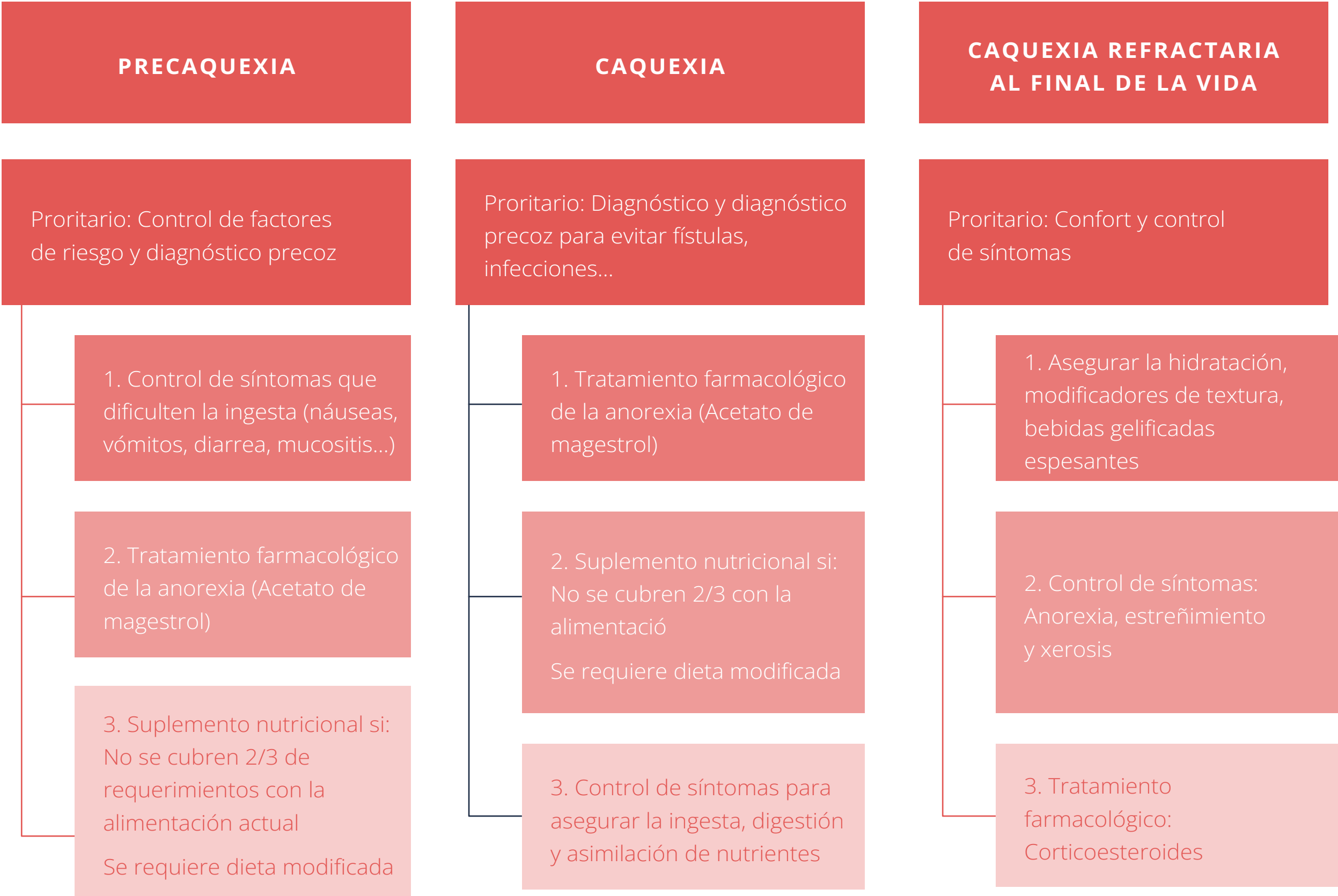
- Tratar posibles causas subyacentes (dolor, mucositis, infecciones,...)
 - Depresión (Mirtazapine)
 - Náuseas, gastroparesia (Metoclopramida)
 - Estreñimiento
- Estimulantes del apetito (orexígenos)
 - Progestágenos: Acetato de Megestrol 160 y 800 mg/día
 - Corticosteroides: Dexametasona (oral, sc, iv) 4 mg por la mañana
 - Cannabinoides: Dronabinol (no hay una recomendación clara referente a este tratamiento)

Se han propuesto otros medicamentos, pero en general la evidencia es escasa y con resultados contradictorios.⁶⁴

64 Currow DC, Glare P, Louw S, Martin P, Clark K, Fazekas B, et al. A randomised, double blind, placebo-controlled trial of megestrol acetate or dexamethasone in treating symptomatic anorexia in people with advanced cancer. Sci Rep. 2021;11(1):2421.

65 Jiménez Fonseca P, Carmona Bayonas A. Recomendaciones nutricionales para pacientes con cáncer. el farmacéutico. 2015;528.

Abordaje nutricional según la fase evolutiva.⁶⁵



VIII. Síndrome anorexia caquexia

¿Es recomendable el suplemento nutricional en pacientes con cáncer avanzado?

- Se debe individualizar cada caso ya que el traslado produce molestias adicionales. Se debe evaluar:
- La evidencia para apoyar el beneficio de la intervención nutricional parenteral o enteral en pacientes con cáncer es limitada.
- Para la mayoría de los pacientes con cáncer avanzado y caquexia refractaria, la administración de calorías adicionales mediante sondas de alimentación o vía intravenosa no mejora resultados.
- No ha mostrado cambio en el peso ni en los parámetros de calidad de vida o expectativa de vida del paciente.
- Puede causar náusea, vómito y aspiración, acortando la vida.
- Se puede ofrecer un ensayo a corto plazo de nutrición parenteral a un grupo muy selecto de pacientes, como aquellos que tienen una obstrucción intestinal reversible, síndrome del intestino corto u otros problemas que contribuyen a la mala absorción, pero que por lo demás están razonablemente en forma.
- Considerar en pacientes con enfermedad potencialmente curable o con un posible largo período libre de enfermedad después del tratamiento del cáncer.

¿Cómo hacer los cuidados de la boca en pacientes con síndrome de anorexia caquexia?

El objetivo terapéutico es la comodidad y el control de los síntomas, siendo los más habituales xerosis, deshidratación y estreñimiento. Un aporte mínimo de alimentos es suficiente para lograr comodidad.

- Consumir con frecuencia pequeños sorbos de líquido frío, hielo picado o helado de agua/jugos (piña)/sabores que le gusten al paciente.
- Utilizar chicles sin azúcar o caramelos ácidos.
- Utilizar saliva artificial, si está disponible (metilcelulosa), aceite para la boca, mantequilla o miel.
- Atomizador con té de manzanilla frío o sabores que prefiera para humedecer la cavidad bucal.
- Humedecer los labios con manteca de cacao o cremas hidratantes (no vaselina).
- Detectar y tratar la candidiasis rutinariamente.
- Higiene bucal con antisépticos sin alcohol o bicarbonato y cepillos de dientes blandos o gasa. Cuidado con no lastimar la mucosa.
- Utilizar salsas, aceite o líquidos para humedecer los alimentos.
- Pilocarpina 2,5 a 5 mg cada 8 horas vía oral.
- Evitar o reducir dosis de medicamentos anticolinérgicos (hioscina, escopolamina, antidepresivos tricíclicos, etc.).

VIII. Síndrome anorexia caquexia

I

II

III

IV

V

VI

VII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Cuándo derivar a otro nivel de complejidad

- El estadio de la enfermedad, el pronóstico y los objetivos terapéuticos y de cuidado. Posible manejo de causas modificables.
- La disponibilidad de recursos adecuados.
- Complicaciones clínicas detectadas o potenciales.

Criterios de derivación:⁶⁶

- Incertidumbre sobre estado y severidad de caquexia.
- Claudicación familiar.
- Objetivos de paciente o familia muy inapropiados.
- Carga relacionada a caquexia desproporcionada con el síntoma o pronóstico.
- Complicaciones asociadas con síndrome de anorexia caquexia (úlceras profundas).

Mensajes clave | Recuerde

- La pérdida de más del 5% del peso previo a la enfermedad tiene un impacto negativo en el pronóstico.
- El consumo extra de calorías, alimentación enteral o parenteral no revierten la caquexia refractaria ni evitan la pérdida de peso, y además no tienen impacto en el bienestar o tiempo de supervivencia.
- Identifique y maneje las causas reversibles.
- Promueva la comida para el placer y bienestar, no por su valor nutricional.
- El componente social es muy importante. Hable con el paciente y la familia.

Si quiere saber más...

- 📄 Centeno C, Gómez Sancho M, Nabal M, Pascual A. Problemas generales: anorexia y caquexia (Cap. 9). In: Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2009. p. 111-25.
- 📄 Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. Med Clin North Am. 2020;104(3):439-54.
- 📄 Del Fabbro E, Dalal S. Anorexia and Cachexia. In: Bruera E, Dalal S, editors. The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook. Houston: The University of Texas Health Science Center; 2015. p. 61-9.

VIII. Síndrome anorexia caquexia

I

II

III

IV

V

VI

VII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Francisco (65 años) tiene cáncer de próstata avanzado con un pronóstico vital inferior a 3 meses, ha perdido el 6% de su peso en los últimos 30 días y no tiene apetito, ECOG=3. Después de una evaluación integral usted diagnostica un síndrome de anorexia y caquexia.

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

1. Además de las indicaciones nutricionales, señale qué tratamiento farmacológico le parece más apropiado para tratar este síntoma:
 - ☐ A. Acetato de megestrol.
 - ☐ B. Fluoxetina.
 - ☐ C. Colocar una PEG para dar una alimentación hipercalórica.
 - ☐ D. Derivación a nivel 2 de complejidad para alimentación parenteral.
2. El estado de Francisco se deteriora paulatinamente y ya no se tolera la respuesta que había tenido al megestrol, su estado de conciencia fluctúa y se encuentran restos de comida en la cavidad oral. Francisco se encuentra en el final de la vida. La familia está preocupada porque ya no come y se va a morir si sigue así. ¿Cuál sería el tratamiento ideal para el paciente en esta etapa de final de la vida?
 - ☐ A. Continuar con acetato de megestrol.
 - ☐ B. Añadir dexametasona de 8 mg cada 24 horas sc o iv.
 - ☐ C. Cuidados de la boca y no medidas farmacológicas.
 - ☐ D. Colocación de sonda nasoyeyunal por vía endoscópica.
 - ☐ E. Explicar a la familia que la falta de apetito es propia del final de la vida.

VIII. Síndrome anorexia caquexia

I

II

III

IV

V

VI

VII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPUESTAS

1. Además de las indicaciones nutricionales, señale qué tratamiento farmacológico le parece más apropiado para tratar este síntoma:

A y B son correctas.

Se puede intentar con acetato de megestrol en dosis de 160 mg a dosis máxima de 800 mg/día. Está indicado en situaciones avanzadas no terminales cuyo objetivo es el aumento del apetito y/o peso. El efecto orexígeno se aprecia a las 2 semanas y los efectos secundarios son trombosis venosa profunda, rubor, sofocaciones, metrorragias.

También se pueden usar corticoesteroides para aumentar el apetito (¡no el peso!), pero su uso prolongado puede causar pérdida de masa muscular.

2. ¿Cuál sería el tratamiento ideal para el paciente en esta etapa de final de la vida?

C y E son correctas.

Cuidados de la boca y no medidas farmacológicas son lo indicado en situación de final de la vida. Realizar medidas básicas como humedecer los labios, lubricarlos, realizar cambios posturales y en la mejor medida optimizar la vía oral (hielo o spray con jugos o sabores favoritos).

Hay que considerar que la vía oral también se restringe para medicamentos; en este caso, se debe colocar un catéter subcutáneo y pasar la medicación necesaria (opioides) a vía subcutánea (véase el capítulo de dolor y catéter subcutáneo).

Algunas veces la pérdida de vía oral causa preocupación y se puede incurrir de manera errónea en medidas desproporcionadas como el uso de sondas nasoyeyunales o alimentación parenteral, lo que se traduce en obstinación terapéutica. En estos casos, donde la familia suele angustiarse, es muy importante dedicar tiempo a explicar a la familia lo que está pasando.

VIII. Síndrome anorexia caquexia

I

II

III

IV

V

VI

VII

IX

X

XI

XII

XIII

XIV



IX

Delírium⁶⁷

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	90
¿QUÉ ES EL DELÍRIUM?	90
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE RECONOCER Y MANEJAR EL DELÍRIUM?	90
¿TODOS LOS PACIENTES CON DELÍRIUM TIENEN AGITACIÓN PSICOMOTRIZ?	91
¿QUÉ CAUSA DELÍRIUM?	91
¿CÓMO EVALUAR EL DELÍRIUM?	92
¿CÓMO MANEJAR EL DELÍRIUM?	94
CUÁNDO DERIVAR A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD	97
MENSAJES CLAVE/RECUERDE	97
SI QUIERE SABER MÁS...	97
APLIQUE LO APRENDIDO	98

⁶⁷ Este capítulo se basa en el video de ecancer realizado por Guillermo Mammana.

Objetivos de aprendizaje

Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Identificar y evaluar el delirium o estado confusional agudo en cuidados paliativos.
- Definir un esquema de manejo inicial farmacológico y no farmacológico.
- Identificar motivos de derivación.

“Hacia el final de la vida se viene la confusión con falla cognitiva, alucinaciones, sedación agitación motriz, mioclonías y la desinhibición. Nos va a pasar a casi todos antes de nuestra muerte. Hay que estar muy atentos pues si no pasa es por suerte

Cicely Saunders⁶⁸

¿Qué es el delirium?

Es un estado confusional agudo que resulta en un síndrome orgánico cerebral global transitorio de aparición aguda o subaguda y curso fluctuante con alteración en atención y cognición, acompañado de trastornos en el comportamiento psicomotor y percepción. La fisiopatología es compleja.

¿Por qué es importante reconocer y manejar el delirium?

- Genera gran sufrimiento a pacientes y su familia y al equipo de salud.
- Se presenta frecuentemente en pacientes con cáncer avanzado (68%) y mucho más al final de la vida (80%).⁶⁹
- Está subdiagnosticado en un 22-50% y subtratado, a pesar de que en el 30-50% de los casos es reversible.
- Relacionado con alta mortalidad.
- Aumenta el riesgo de caídas, ingresos en el servicio de urgencias e internaciones, empeora los cuadros previos de demencia, dificulta la valoración y el control de síntomas y dificulta la comunicación.
- Se asocia a vulnerabilidad irreversible como caquexia, alteración de estado funcional y fallo hepático. Generalmente relacionado con progresión de la enfermedad.

⁶⁸ Bruera, E. Unos poemas paliativos, simples y algo educativos. 2010. Buenos Aires,

⁶⁹ de la Cruz M. Delirium and Palliative Sedation. In: Bruera E, Dalal S, ed. The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook. Houston: The University of Texas Health Science Center; 2015. p. 70-77.

IX. Delirium

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

X

XI

XII

XIII

XIV



¿Todos los pacientes con delirium tienen agitación psicomotriz?

No siempre el delirium se asocia con agitación psicomotriz. El delirium puede ser:

Tipo de delirium	Características
Hiperactivo (24%)	Agitación psicomotriz, hiperactividad del SNA (sistema nervioso autónomo) (taquicardia, pupilas dilatadas, inyección conjuntival)
Hipoactivo (48%)	Hipoactividad psicomotriz, enlentecimiento, disminución marcada de la alerta y atención, tendencia al sueño, retracción emocional, letárgico
Mixto (36%)	Periodos de alternancia

¿Qué causa el delirium?

El delirium es generalmente multifactorial, normalmente se combinan de 2 a 6 causas.

Relacionada con	Ejemplos
Factores predisponentes	Edad avanzada, demencia preexistente, malnutrición, fragilidad, insuficiencia renal crónica, polifarmacia, accidente cerebral vascular (ACV), párkinson, intoxicación alcohólica
Factores precipitantes	Infección o sepsis, deshidratación o hipovolemia, inmovilidad, desnutrición, medicación psicoactiva (opioides, esteroides, ansiolíticos, benzodiacepinas), uso de catéter vesical
Otras causas	Síndrome paraneoplásico, toxicidad por quimio/ radioterapia, citoquinas proinflamatorias del cáncer, abstinencias, anemia, CID, insuficiencia orgánica, desórdenes hidroelectrolíticos (hipercalcemia), complicaciones intracraneales, déficit de tiamina, fallos endocrinológicos, cirugías recientes, hospitalización en cuidados intensivos.

¿Cómo evaluar el delirium?

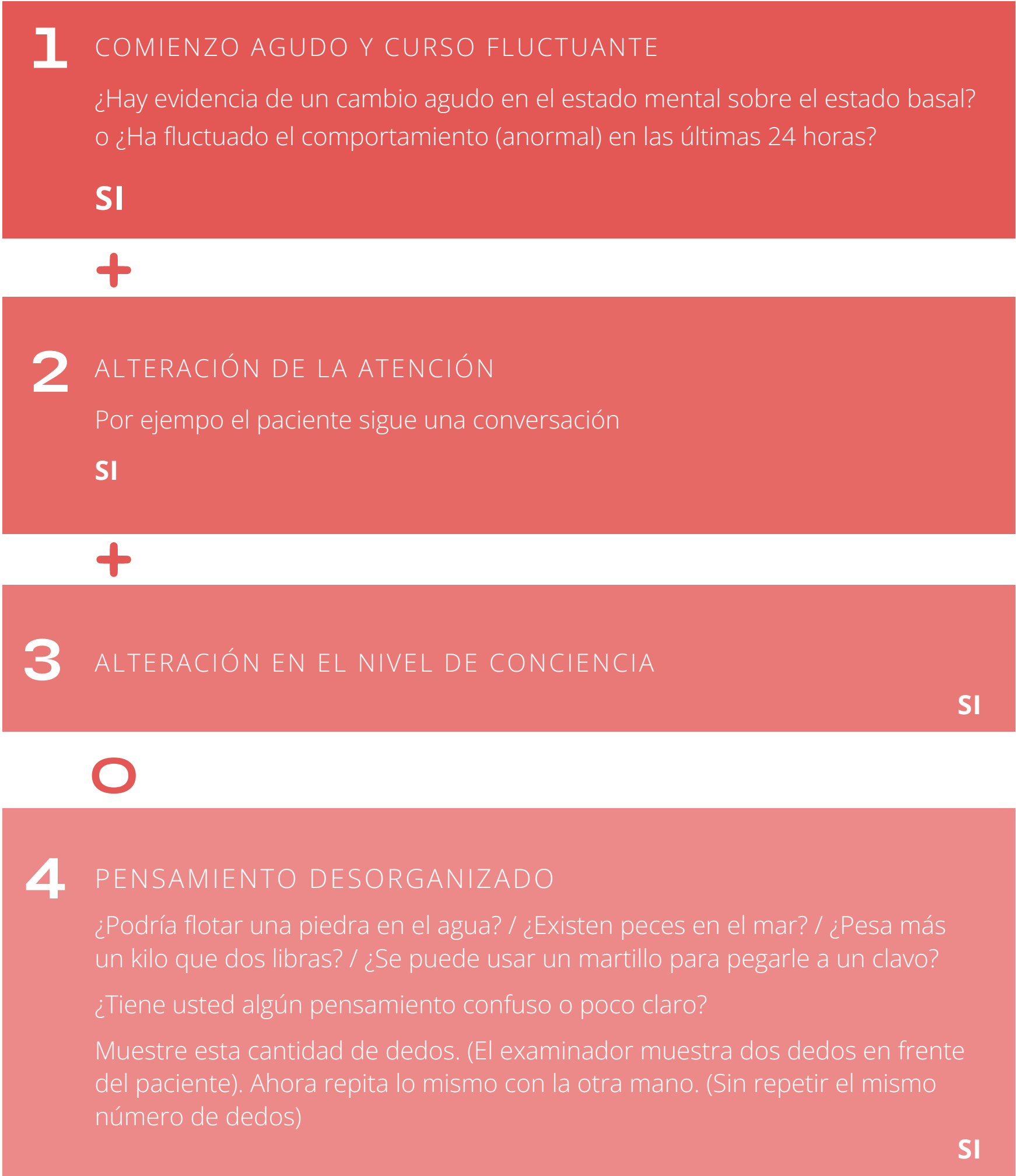
Es necesario sospecharlo. El diagnóstico es clínico y se basa en el examen del estado mental, los criterios diagnósticos estándar, una anamnesis minuciosa, el examen físico dirigido y la utilización de instrumentos:

- MMSE (Mini-mental State Examination)⁷⁰
- MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale)⁷¹
- CAM (Confusion Assessment Method)⁷²

⁷⁰ Wilson, J.E. et al. Delirium. Nat Rev Dis Primers 6, 90 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>

⁷¹ Noguera et al. First Spanish version of the Memorial Delirium Assessment Scale: psychometric properties, responsiveness, and factor loadings. J Pain Symptom Manage. 2014;47(1):189-197.

⁷² Tobar et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. Med. Intensiva. 2010, 34,(1): 4-13.



CAM

La presencia de los criterios 1 y 2 y la presencia de cualquiera de los criterios 3 o 4 confirman la presencia de delirium.



IX. Delirium

I
II
III
IV
V
VI
VII
VIII
IX. Delirium
X
XI
XII
XIII
XIV

Se requieren las siguientes características para el diagnóstico del delirium según los criterios del DSM-5:

- Trastorno de la atención (p. ej., dificultad para concentrarse o seguir lo que se dice) y del estado de alerta (reducción de la orientación respecto del entorno)
- La alteración se presenta en un corto período (más de horas a días) y tiende a fluctuar durante el día.
- Cambio agudo en la cognición (p. ej., déficits de memoria, lenguaje, percepción, pensamiento)

- La evaluación es similar al trabajo de un detective.
- Es necesario involucrar a todas las partes y principalmente a la familia: valorar el funcionamiento basal y cuándo empieza a ser anormal.⁷³
- **La valoración depende de los objetivos del cuidado.**
- En el paciente claramente en proceso de muerte: no es razonable realizar procedimientos de investigación. No es relevante identificar problemas ya que no serán tratados (Delirium terminal).

⁷³ Noguera et al. First Spanish version of the Memorial Delirium Assessment Scale: psychometric properties, responsiveness, and factor loadings. J Pain Symptom Manage. 2014;47(1):189-197.

¿Cómo evaluar?

- Anamnesis sintomática:
 - Antecedentes patológicos
 - Preguntar a la familia sobre nuevos síntomas (especialmente nocturnos).
 - Preguntar por alucinaciones, ilusiones, ideas delirantes.
 - Pródromos: trastornos del sueño, irritabilidad, inquietud, ansiedad.
 - Preguntar por factores predisponentes o precipitantes.
- Examen físico: buscar signos de infección o de sepsis, toxicidad por opioides, deshidratación, anormalidades metabólicas, hipoxemia, globo vesical, impactación fecal y otras causas potenciales de delirium.
- Pruebas complementarias solo si se requieren para adoptar una conducta terapéutica que beneficie al paciente. P. ej., hemograma, electrolitos, perfil renal, perfil hepático, saturación de O₂, radiografía de tórax, calcio.



IX. Delirium

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

X

XI

XII

XIII

XIV



El delirium se confunde frecuentemente con demencia y depresión. Aunque no son excluyentes se pueden diferenciar así:

Alteración de...	Delirium	Demencia	Depresión
Conciencia	++ (fluctuante)	-	-
Memoria	++	++	(+)
Orientación	++	++	-
Atención	++	-	+
Alucinaciones	++ (ópticas, acústicas, etc.)	-	--
Pensamiento delirante	+	(+)	-/+ (depresión psicótica)
Comienzo	Agudo (horas/días)	Insidioso (meses)	Variable, recidiva
Ritmo circadiano	Fluctuante Síntomas empeoran por la noche	-	Peor por la mañana

Otros diagnósticos diferenciales incluyen dolor no controlado, ansiedad o insomnio.

¿Cómo manejar el delirium?

Manejo no farmacológico

- Lo más importante son las intervenciones que se enfocan en el tratamiento de las condiciones precipitantes y desencadenantes, la revisión de medicamentos, el manejo de síntomas y tener en cuenta el entorno
- Medidas de ayuda al paciente.
 - Establecer un ambiente físicamente seguro, minimizando la intensidad de luz y sonidos.
 - Asegurar la presencia de objetos reconocibles, un reloj y un calendario visibles para ayudar a la orientación.
 - Anticipar la intervención (higiene, hipodermoclisis).
 - Remover estímulos nocivos (catéteres que no se estén utilizando).
 - Mantener una adecuada hidratación.
 - No sujetar.
 - Evitar test médicos sin consecuencias para el manejo.
 - Si el paciente se altera ante visitas: disminuir el número de personas por visitas.
- Involucrar a la familia. Dar soporte emocional e informar sobre la situación (causas, frecuencia) y el pronóstico (reversibilidad, cronicidad, morbilidad).
 - Educar para el reconocimiento de signos de alarma como confusión/ desorientación, disminución de la atención.
 - Mantener la comunicación con la familia y el paciente de manera simple evitando la confrontación.

IX. Delirium

I
II
III
IV
V
VI
VII
VIII
IX. Delirium
X
XI
XII
XIII
XIV

Manejo farmacológico

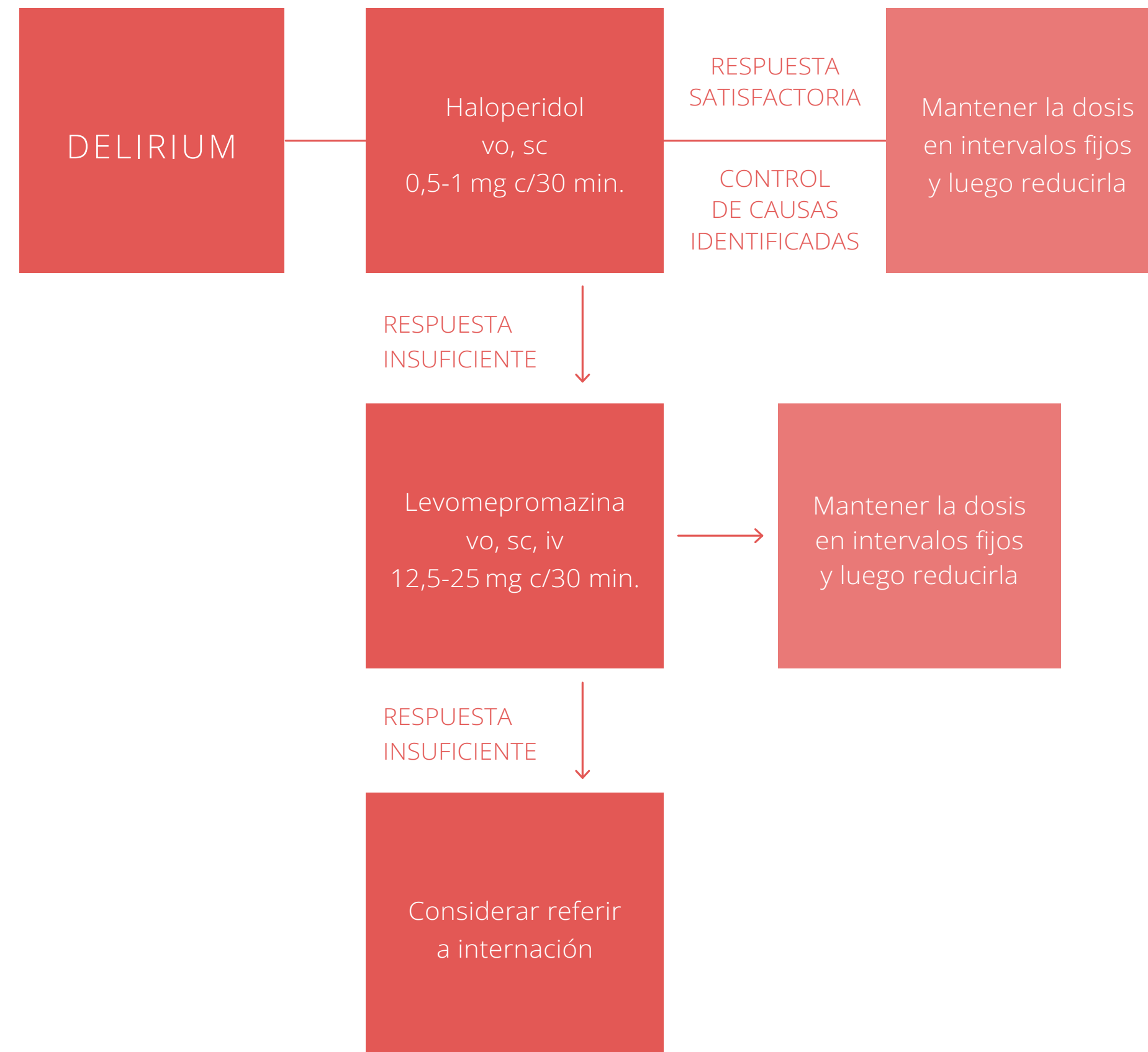
El manejo debe ser rápido. El cuadro es reversible en el 25-75% de los casos. La probabilidad de revertir el cuadro disminuye si el delirium es multicausal, se acompaña de insuficiencia orgánica o existen vulnerabilidad (cerebro dañado) o episodios repetidos.

- Se deben corregir la/s situación/es que está/n provocando el delirium dentro de lo posible (infecciones, hidratación, hipoxia, hipoglicemia, intoxicación por fármacos...)
- Si la causa es medicamentosa: suprimir medicamentos no necesarios (deprescripción pertinente) o disminuir/ajustar las dosis (aconsejable también en pacientes de riesgo).
- Valorar rotación de opioides.
- Evaluar rutinariamente el nivel de hidratación, el ritmo evacuatorio y urinario y el dolor del paciente.

En cuidados paliativos se utilizan neurolépticos a dosis bajas y por corto tiempo (aprox. 3-5 días). Cuando los síntomas mejoran, empezar a disminuir las dosis hasta la mínima dosis efectiva lo más rápido posible.

- Neuroléptico típicos
 - Haloperidol (oral, sc, im) 0,5-2 mg (0,25-0,5 adulto mayor) c/4-6-8-12 h según el grado de hiperactividad (promedio 2-10 mg/día, máximo 20 mg/día),
 - Rescate c/30-60 min (alucinaciones).
 - La levomepromazina es una alternativa al haloperidol en pacientes agitados o angustiados, debido a su mayor poder de sedación.
- Neurolépticos atípicos: no existe evidencia de superioridad frente a los típicos y tienen menos efectos adversos extrapiramidales.

Algoritmo de manejo de delirium hiperactivo. Si fuese necesario, asociar en paralelo lorazepam 0,5 a- 2 mg iv, vo, sl.



IX. Delirium

Manejo medicamentoso

Medicamento	Dosis	Intervalo	Comentarios
Haloperidol	0,5-2 mg (0,25-0,5 adulto mayor) (promedio 2-10 mg/día) máx. 20 mg/día	c/4-6-8-12 h vo, sc, iv	EA: extrapiramidalismo
Clorpromazina	12,5-50 mg vo, sc, iv máx. 300 mg/día	c/4-12 h	EA: sedación
Levomepromazina	12,5-150 mg vo, sc, iv máx. 300 mg/día	c/4-8 h	EA: sedación
Risperidona (AT)	0,25-1 mg/día vo máx. 6 mg/día	a necesidad	
Quetiapina (AT)	25-400 mg vo	tres veces al día	Uso en pacientes con párkinson, demencia
Olanzapina (AT)	2,5-20 mg/día	vo	EA: sedativo
Lorazepam (BZ)	0,5-8 mg/día	vo, iv, sl	Uso en delírium causado por abstinencia al alcohol y benzodicepinas

AT= Atípicos;
BZ= Benzodicepina

Efectos adversos de neurolépticos

- Extrapiramidalismo. Mayor riesgo en:
 - Adulto mayor o menores de 30 años.
 - Antecedentes de demencia.
 - Dosis altas (haloperidol >4,5 mg/día, risperidona >6 mg/día).
 - Rápida titulación.
- Cardiovasculares: Prolongación QT (en caso de trastornos hidroelectrolíticos, bradicardia, adulto mayor).
- Convulsiones (clorpromazina levomepromazina).
- Síndrome neuroléptico maligno.
- Accidente cerebrovascular (demencia, largos periodos >60 días).

Usar Benzodicepinas en caso de ausencia de control de síntoma (no sistemática) o en abstinencia por alcohol o benzodicepinas.

Delírium al final de la vida

- Hablar de la irreversibilidad con la familia.
- Intervenciones fútiles.
- Orden de no reanimación o terapia intensiva.



¿Cuándo derivar a otro nivel de complejidad?

Se debe individualizar cada caso ya que el traslado produce molestias adicionales. Se debe evaluar:

- El estadio de la enfermedad, el pronóstico y los objetivos terapéuticos y de cuidado.
- La disponibilidad de recursos terapéuticos adecuados.
- Complicaciones clínicas detectadas o potenciales.

Se debe considerar derivar a servicios de mayor complejidad en los siguientes casos:

- Sospechan trastornos metabólicos (hipercalcemia), septicemia, neurotoxicidad por opioides.
- En caso de delirium refractario para sedación paliativa.

Mensajes clave | Recuerde

- El delirium es muy frecuente en pacientes mayores con enfermedad avanzada y está asociado con gran sufrimiento y alta mortalidad.
- En pacientes jóvenes, generalmente es causado por consumo de sustancias o trastornos sistémicos que ponen en peligro la vida.
- Utilizar medidas de protección/prevención.
- Pensar en el delirium y evaluarlo para iniciar tratamiento precoz y manejar posibles causas.
- Es la causa más frecuente de sedación paliativa.

Si quiere saber más...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 de la Cruz M. Delirium and Palliative Sedation. In: Bruera E, Dalal S, editors. The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook. Houston: The University of Texas Health Science Center; 2015. p. 70-1.
- 📄 Irwin SA, Pirrello RD, Hirst JM, Buckholz GT, Ferris FD. Clarifying delirium management: practical, evidenced-based, expert recommendations for clinical practice. J Palliat Med. 2013;16(4):423-435. doi:10.1089/jpm.2012.0319
- 📄 Agar M, Bush SH. Delirium at the End of Life. Med Clin North Am. 2020;104(3):491-501. doi:10.1016/j.mcna.2020.01.
- 📄 Wilson, J.E., Mart, M.F., Cunningham, C. et al. Delirium. Nat Rev Dis Primers 6, 90 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>

IX. Delirium

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

X

XI

XII

XIII

XIV



Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Pablo (62 años) con dx cáncer de pulmón estadio IV, con insuficiencia respiratoria moderada, deshidratado, confuso, agitado, ingresa en urgencias acompañado por hijos quienes refieren que desde hace 3 días el paciente bebe poca agua, está a veces agitado, desorientado, con dificultad para dirigir y sostener la atención cuando hablan con él, con trastornos del sueño (duerme en el día y en la noche está despierto).

Hace 24 h se queja de mucho dolor por lo que ellos aumentan la morfina, pero el dolor no cede y deciden traerlo a la consulta.

Marque la/s opciónes que le parezca/n correcta/s:

1. ¿Cuáles son los síntomas que podrían indicar que Pablo está con delírium?

- ☐ A. Cambios en el patrón de sueño.
- ☐ B. Fluctuación de los síntomas.
- ☐ C. Alteración de la atención.
- ☐ D. Desorientación, agitación.

2. Usted realiza una anamnesis y examen físico completo. ¿Cuál de estas causas descarta?

- ☐ A. Neurotoxicidad farmacológica.
- ☐ B. Depresión.
- ☐ C. Infección o sepsis.
- ☐ D. Trastorno hidroelectrolítico.

3. ¿Qué medicamento le prescribe a Pablo?

- ☐ A. Ansiolítico como lorazepam.
- ☐ B. Antidepresivo como amitriptilina.
- ☐ C. Opioide analgésico como morfina.
- ☐ D. Neuroléptico como haloperidol a dosis baja.

IX. Delirium

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

X

XI

XII

XIII

XIV



RESPUESTAS

1. ¿Cuáles son los síntomas que podrían indicar que Pablo está con delirium?

Todas son correctas.

Cambios en el patrón de sueño, irritabilidad, aislamiento o cambios en la atención son síntomas que sugieren delirium.

2. ¿Cuál de estas causas descarta?

Ninguna

Muchas veces es de etiología multicausal. La información dada no es suficiente para descartar una de estas causas. Sus síntomas pueden deberse a polifarmacia, neurotoxicidad farmacológica (morfina que está recibiendo), depresión, infección o un trastorno hidroelectrolítico.

Es necesario hacer una evaluación integral incluida anamnesis y examen físico que indiquen la causa del delirium.

3. ¿Qué medicamento le prescribe a Pablo?

D es correcta.

Haloperidol (0,5 mg/8 h). Es importante evaluar efectos extrapiramidales como parkinsonismo y las distonías agudas, que son los más obvios. Sin embargo la acatisia puede confundirse con la agitación del delirium y conducir al uso de más dosis de haloperidol u otro antipsicótico.

Además se debe vigilar la prolongación del QTc, especialmente cuando se usa intravenoso.

IX. Delirium

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

X

XI

XII

XIII

XIV



X

Urgencias

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	101
¿QUÉ ES UNA URGENCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS?	101
¿POR QUÉ IDENTIFICAR, EVALUAR Y MANEJAR LAS URGENCIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS?	101
¿QUÉ HACER FRENTE A UNA URGENCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS?	102
COMPRESIÓN MEDULAR AGUDA (CM)	103
SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR (SVCS) DE ETIOLOGÍA MALIGNA	104
HEMORRAGIA MASIVA	105
HIPERCALCEMIA	106
MENSAJES CLAVE/RECUERDE	107
SI QUIERE SABER MÁS...	107
APLIQUE LO APRENDIDO	108

Objetivos de aprendizaje

Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Identificar las urgencias más frecuentes en cuidados paliativos.
- Elaborar un marco de referencia para actuar frente a la urgencia.
- Proponer un esquema de manejo inicial y pautas de derivación.

“¡Rápido! aún no me he muerto

Anon⁷⁴

⁷⁴ Currow & Clark. Emergencies in Palliative and Supportive Care, 2006

¿Qué es una urgencia en cuidados paliativos?

Como urgencia se define cualquier proceso o cambio inesperado en la condición del paciente que requiera una actuación inmediata, que si no se trata a tiempo y adecuadamente puede amenazar seriamente la calidad de vida del paciente, familia o entorno y pueden causar gran sufrimiento en el paciente o la familia; aun en el período de duelo.

Urgencias frecuentes en cuidados paliativos son: compresión medular aguda, síndrome de vena cava superior, hipercalcemia o hemorragias. También pueden considerarse urgencias otras situaciones clínicas, secundarias a tratamientos onco-específicos o síntomas no controlados, entre otros.

Las urgencias no son siempre inesperadas, algunas veces se pueden predecir debido al curso de la enfermedad. En este caso se puede hablar con el paciente y la familia sobre sus objetivos, miedos y deseos en caso de una urgencia o emergencia, evaluar su capacidad de manejo en caso de crisis y prever y organizar la medicación adecuada en el domicilio.

¿Por qué identificar, evaluar y manejar las urgencias en cuidados paliativos?

- Las urgencias médicas a menudo alteran el pronóstico de los pacientes y, por lo tanto, requieren explorar los objetivos de la atención con el paciente y la familia.
- Una evaluación exhaustiva y un diagnóstico diferencial amplio ayudarán a identificar situaciones en las que pueden ser útiles las intervenciones específicas.
- La terapéutica apropiada y oportuna tiene como objetivo minimizar el impacto físico y psicológico en el paciente y su familia.

X. Urgencias

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

XI

XII

XIII

XIV



¿Qué hacer frente a una urgencia en cuidados paliativos?

- Es importante mantener y transmitir calma.
- Requiere pensar con rapidez.
- Evaluar rápidamente la situación, estableciendo prioridades para un mejor control del problema.
- Actuar con rapidez, manteniendo la atención integral.
- Acompañar y brindar apoyo emocional a la familia y al paciente.

En la toma de decisiones para el manejo y derivación/traslado considere:

- ¿Cuál es el estado general del paciente, la etapa de enfermedad y su pronóstico?
- ¿El problema es reversible?
- ¿Cuánto ayudará a controlar los síntomas del paciente?
- ¿Cuáles son los deseos del paciente y la familia?
- ¿Cuál es el coste/beneficio del tratamiento planeado?
- ¿Cuál es el tratamiento adecuado para este paciente en particular, en esta situación?

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

En la toma de decisiones terapéuticas se deben considerar:

- El lugar donde habita el paciente (área rural o urbana).
- El ámbito de atención (domicilio, centro de atención primaria, guardia, internación).
- La posibilidad de re-evaluaciones frecuentes.
- La posibilidad de derivación a un nivel de asistencia superior.

En los pacientes con sobrevida estimada corta, postración física previa o mala condición clínica, se debe sopesar el coste – beneficio de la derivación a un centro de mayor complejidad y la realización de imágenes. El paciente probablemente no se va a beneficiar, y va a tener que soportar las molestias del traslado o del procedimiento. En la toma de decisiones se deben priorizar las intervenciones para lograr comodidad en el final de la vida (véase [Final de la vida](#)).

X. Urgencias

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

XI

XII

XIII

XIV



Compresión medular aguda (CM)

¿Qué es la compresión medular aguda?

Es la compresión del saco dural y sus contenidos (cordón espinal o cauda equina) por una masa en el espacio epidural. La localización de la compresión es torácica en un 60-80%, lumbo-sacra en un 30 % y cervical en menos del 10%.⁷⁵

Ocurre en el 5% de los pacientes con cáncer, secundaria a metástasis de cáncer de pulmón, mama, próstata, linfomas y mieloma múltiple, entre otros. Afectan negativamente a la calidad de vida.

¿Cuándo sospechar compresión medular?^{76,77}

La presentación de compresión de la médula espinal puede ser muy sutil en las primeras etapas.

Dolor: es el síntoma inicial en el 90% de los pacientes, causado por la expansión del tumor en el hueso, colapso óseo o daño nervioso. El dolor puede preceder al diagnóstico de compresión medular en días o meses. Se refiere como dolor progresivo axial o radicular, que empeora con los movimientos, con la palpación y/o percusión en la vértebra afectada o con maniobras de Valsalva.

Síntomas neurológicos: tras la aparición del dolor, 3 de cada 4 pacientes presentan síntomas neurológicos como pérdida de fuerza en las extremidades o alteraciones sensitivas o en el control de esfínteres.

¿Qué hacer frente a la sospecha de compresión medular?⁴⁷

El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor, prevenir las complicaciones y preservar la función neurológica.

- Iniciar tratamiento con dexametasona (8-10 mg 3 o 4 veces por día) cuando hay alta sospecha clínica o cuando se confirma el diagnóstico.
- Derivar a centro de mayor complejidad para confirmar diagnóstico (resonancia magnética o TAC)⁷⁸ e iniciar tratamiento específico (radioterapia, ocasionalmente cirugía).

El pronóstico mejora si el tratamiento se inicia en las primeras 24 h del inicio del cuadro y si el paciente mantiene un buen nivel funcional. Si solamente padece dolor radicular o paraparesia la recuperación funcional se alcanza en el 80% de los casos; una vez instaurada la paraplejía, solo se recupera la movilidad en un 10%.

⁷⁵ Schiff D. Spinal cord compression. Neurol Clin. 2003;21(1):67-86, viii.

⁷⁶ Skoch & Sinclair. Management of Urgent Medical Conditions at the End of Life. Medical Clinics. 2020;104(3):525-38.

⁷⁷ Centeno C, et al. Situaciones urgentes en medicina paliativa. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2009. p. 175-83.

⁷⁸ Abrahm J, Patchell R, Rades D., Personalized Treatment for Malignant Spinal Cord Compression: a Multidisciplinary Approach. American Society of Clinical Oncology 2009 <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/181514>

X. Urgencias

Síndrome de vena cava superior (SVCS) de etiología maligna

¿Qué es el síndrome de vena cava superior?

Se denomina síndrome de vena cava superior al conjunto de signos y síntomas resultantes de la obstrucción de la vena cava superior, al retorno venoso hacia la aurícula derecha.

El origen puede ser:⁷⁹

- Extrínseco (80%). P. ej., compresión tumoral o ganglionar
- Intrínseco (20%): P. ej., por trombosis, invasión tumoral directa del mediastino, fibrosis tras radioterapia.

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

¿Cuándo sospechar síndrome de vena cava superior?

La manifestación típica es edema en esclavina (edema en cara y extremidades superiores), cianosis, ingurgitación yugular, disnea y circulación colateral toracobraquial.

El edema puede causar compromiso funcional de la laringe, faringe, tos, disnea, ronquera, disfagia, estridor y edema laríngeo.

El edema cerebral puede dar cefalea, confusión y coma.

La confirmación diagnóstica se hace con TAC de tórax con contraste y/o radiografía de tórax donde se observa el mediastino ensanchado.

¿Qué hacer frente a la sospecha de síndrome de vena cava superior?⁸⁰

- Elevar la cabecera del paciente a 45°, para disminuir la presión hidrostática y el edema en la parte superior del cuerpo.
- Iniciar dexametasona 16 mg/día (8 mg cada 6 horas) vo, sc o iv.
- Tratar la disnea, según la intensidad: oxígeno con máscara o cánula (2 l/min), evaluar uso de opioides o broncodilatadores. (Véase Síntomas respiratorios).
- La combinación de las diferentes medidas para el control de los síntomas dependerá del estado del paciente, el diagnóstico y el estadio de la enfermedad.
- Derivar a un nivel de mayor atención para diagnóstico y tratamiento (oncológico, quimioterapia, radioterapia, stent) en caso de edema cerebral, edema laríngeo o compromiso hemodinámico.

El promedio de sobrevida de un paciente con síndrome de vena cava superior secundario a neoplasia es de 6 meses. La presencia de síndrome de vena cava superior no empeora el pronóstico de la enfermedad de base, pero es un marcador de mal pronóstico en varios casos (como en cáncer de pulmón de células no pequeñas).

⁷⁹ McCurdy & Shanholtz. Oncologic emergencies. Crit Care Med. 2012;40(7):2212-22.

⁸⁰ Manthey D, Ellis L. Superior Vena Cava Syndrome (SVCS). In: Todd KH, Thomas CR (ed.). Oncology Emergency Medicine Principles and Practice. Springer 2016. p. 211-22.

Hemorragia masiva

¿Qué es la hemorragia masiva?⁸¹

Ocasionalmente, tumores pueden infiltrar grandes vasos y estructuras vasculares, resultando en sangrados masivos (> 250 ml), que pueden conducir a un shock hipovolémico y son potencialmente letales. Esta situación produce mucha angustia al paciente, cuidadores y equipo de salud.

La naturaleza del sangrado depende de la localización del tumor (hemoptisis, hematuria, sangrado rectal o vaginal, hematemesis, melena, sangrado cutáneo).

La incidencia de hemorragia en pacientes con cáncer avanzado es aproximadamente del 6 al 10%. Puede tratarse de episodios crónicos de sangrado repetido de baja intensidad o de sangrados masivos.

¿Cuándo sospechar el riesgo de hemorragia?

Hay riesgo de hemorragia en pacientes con:

- Trombocitopenia grave: por enfermedad avanzada, efectos secundarios a quimioterapia.
- Tumores extensos de cabeza y cuello que comprometen vasos del cuello.
- Carcinoma extenso de pulmón de localización central (hemoptisis).
- Leucemia aguda o crónica refractaria al tratamiento.
- Trastornos de factores de coagulación por hepatopatía grave.
- Pacientes con cáncer avanzado en tratamiento con anticoagulantes orales.
- Cualquier tumoración exofítica en piel en estadios avanzados, con aumento de vascularización local.
- Consumo de antiinflamatorios no esteroideos.

¿Qué hacer frente al riesgo de hemorragia masiva?

- Anticipar las medidas que se tomarán durante un evento hemorrágico, incluyendo la posibilidad de derivación a 2° o 3° nivel de complejidad.
- Si es posible, y está indicado, se deben corregir los factores hemostáticos que contribuyen a la tendencia del sangrado: retirar AINEs y considerar la suspensión de anticoagulación o el pasar a heparina de bajo peso molecular.
- Colocar una vía iv preferentemente o subcutánea.
- Informar a familiares y cuidadores sobre la posibilidad de sangrado.

En esta situación:

- Colocar al paciente en una postura confortable (sentado).
- Utilizar toallas o sábanas de color oscuro (disminuyen el impacto visual de la sangre).
- Fármacos antifibrinolíticos (ácido tranexámico, ácido aminocaproico).
- Evaluar traslado a centro de mayor complejidad para manejo, dependiendo del estado del paciente y disponibilidad de recursos
- Considerar sedación paliativa (midazolam 2,5 mg sc/iv) con el objetivo de brindar el mayor confort posible al paciente y su familia, y disminuir el impacto físico y psicológico del sangrado.

⁸¹ Centeno C, et al. Situaciones urgentes en medicina paliativa. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2009. p. 175-83.

Hipercalcemia⁸²

¿Qué es la hipercalcemia?

Se habla de hipercalcemia cuando la concentración de calcio sérico total es > 10,5 mg/dl y la de calcio iónico es > 5,2 mg/dl (con variaciones de acuerdo a los valores de referencia de cada laboratorio).

Según el calcio iónico, la hipercalcemia puede ser:

- leve: calcio iónico < 6 mg/dl
- moderada: calcio iónico de 6 a 8 mg/dl
- severa: calcio iónico > 8 mg/dl

Lo sufren entre el 20 y el 30 % de pacientes con cáncer en algún momento de la evolución de la enfermedad. Es la complicación metabólica potencialmente mortal más frecuente en pacientes oncológicos, especialmente en mieloma múltiple y cáncer de mama. Es un marcador de mal pronóstico.

¿Cuándo sospechar hipercalcemia?

Muchas veces puede pasar desapercibida. La severidad de los síntomas depende de su magnitud y rapidez de instalación.

- Síntomas leves: debilidad, anorexia, sed, náuseas, vómito, constipación y poliuria.
- Síntomas y signos severos: deshidratación, somnolencia, confusión, coma, alteraciones neurológicas y arritmia cardíaca.

Determinar los niveles de calcio en sangre, preferentemente calcio iónico o, en su defecto, calcio sérico total y albumina, y realizar el cálculo de calcio libre plasmático.

$$\text{Calcio sérico mg/dl} + (4 - \text{albúmina g/dl}) * 0,8 = \text{--- mg/dl}$$

¿Qué hacer frente a la hipercalcemia?

- Rehidratar (puede utilizarse la vía subcutánea).
- Descartar causas de hipercalcemia además de la enfermedad oncológica.
- Bifosfonatos (pamidronato o ácido zoledrónico). Tardan de 2 a 3 días en actuar, su resultado es duradero. Una vez normalizado el calcio, considerar la terapia iv periódica con bifosfonatos.
- Tratamiento de la enfermedad oncológica subyacente si es posible.

X. Urgencias



⁸² Stewart AF. Clinical practice. Hypercalcemia associated with cancer. N Engl J Med. 2005;352(4):373-9.



La vida es cambio constante

Dr. M. Broggi

Mensajes clave | Recuerde

- Frente a sospechas de compresión medular, es esencial el tratamiento precoz para la recuperación del componente reversible del daño.
- En caso de riesgo de sangrado, informe y prepare a los familiares y cuidadores de pacientes (utilizar toallas de color oscuro para evitar que la familia o el paciente se impresionen con el sangrado y aplicar presión y poner al paciente en decúbito lateral).
- Prescriba medicación sedativa de rápida acción (midazolam sc, benzodiacepinas sublinguales, etc.) para que la tengan disponible.
- Dé un teléfono/contacto al que recurrir en caso de emergencia.

Si quiere saber más...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 1. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 Centeno C, Gómez Sancho M, Nabal M, Pascual A. Situaciones urgentes en medicina paliativa. En: Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2009. p. 175-83.

X. Urgencias

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

XI

XII

XIII

XIV



Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Rafael, tiene 75 años y vive con su mujer. Fue diagnosticado hace 6 meses con cáncer de próstata con metástasis óseas y hepáticas. El dolor que tenía en ambas caderas estaba controlado con morfina 60 mg/día oral y reportaba ESAS 3/10. Adicionalmente toma bisacodilo y ha tenido evacuaciones diarias.

Ha disminuido sus actividades diarias en las últimas semanas y pasa más tiempo en cama. Desde hace varios días refiere un dolor nuevo a nivel de la columna dorsal y debilidad en ambos miembros inferiores.

Usted viene atendiéndolo desde que se hizo el diagnóstico y conoce la situación de Rafael. Su mujer lo llama a visita domiciliaria preocupada porque los síntomas de Rafael han cambiado mucho en las últimas semanas y especialmente en los últimos días

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

1. ¿Cómo valora la situación?

- ☐ A. Usted hace una evaluación integral con examen físico para descartar posibles causas reversibles de su estado.
- ☐ B. Sospecha compresión medular por el aumento del dolor y la disminución de fuerza en miembros inferiores.
- ☐ C. Rafael está en peligro de morir y debe ser hospitalizado con urgencia indiscutiblemente.
- ☐ D. Usted explora la situación de Rafael y de la familia (miedos, preocupaciones, aceptación...).

2. ¿Cuál o cuáles de las siguientes conductas seguiría usted?

- ☐ A. Habla tranquilamente con Rafael y la familia sobre la sospecha clínica de compresión medular y evalúan en conjunto la posibilidad de traslado o no para realizar estudios y eventual evaluación para radioterapia.
- ☐ B. Ante la sospecha clínica de compresión medular indica tratamiento con dexametasona.
- ☐ C. Aumenta la dosis de morfina.

X. Urgencias

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

XI

XII

XIII

XIV



RESPUESTAS

1. ¿Cómo valora la situación?

A, B y D son correctas.

Siempre debe hacer historia clínica/anamnesis con examen físico. Es necesario descartar otras causas de su estado, pero probablemente Rafael presenta un cuadro clínico compatible con sospecha de compresión medular.

En los pacientes con sobrevida estimada corta o con postración física previa y mala condición clínica, se debe sopesar el coste – beneficio de la derivación a un centro de mayor complejidad y la realización de imágenes.

El paciente probablemente no se va a beneficiar, y va a tener que soportar las molestias del traslado o del procedimiento. En la toma de decisiones se deben priorizar las intervenciones para lograr confort en el final de la vida.

2. ¿Cuál de las siguientes conductas seguiría usted?

A, B, y C son correctas.

Frente a la sospecha de compresión medular, el objetivo del tratamiento es aliviar el dolor, prevenir las complicaciones y preservar la función neurológica (si fuese posible).

Se recomienda iniciar tratamiento con dexametasona (8-10 mg 3 o 4 veces por día) cuando hay alta sospecha clínica o cuando se confirma el diagnóstico.

Se recomienda evaluar la posibilidad de derivar a un centro de mayor complejidad para confirmar el diagnóstico (resonancia magnética o TAC) e iniciar tratamiento específico.

Recuerde que el pronóstico mejora si el tratamiento se inicia en las primeras 24 h del inicio del cuadro y si el paciente mantiene un buen nivel funcional.

En este caso, Rafael hace semanas que tiene disminución de su estado funcional y los síntomas están presentes hace más de una semana.

X. Urgencias

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

XI

XII

XIII

XIV



XI

Vía subcutánea⁸³

83 Este capítulo fue revisado por Sebastián Salinas (Argentina).

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	111
¿QUÉ ES LA VÍA SUBCUTÁNEA?	111
¿QUÉ SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN EXISTEN?	111
¿CUÁNDO UTILIZARLA?	112
¿CÓMO HACERLO Y DÓNDE?	112
¿QUÉ MEDICAMENTOS SE PUEDEN COLOCAR POR ESTA VÍA?	113
HIPODERMOCLISIS	113
¿QUÉ CUIDADOS SE DEBEN TENER?	114
¿QUÉ COMPLICACIONES PUEDEN PRESENTARSE CON EL USO DE VÍA SUBCUTÁNEA?	114
CUIDADOS EN CASA DE LA VÍA SUBCUTÁNEA	115
MENSAJES CLAVE/RECUERDE	115
SI QUIERE SABER MÁS...	115
APLIQUE LO APRENDIDO	116

Objetivos d aprendizaje

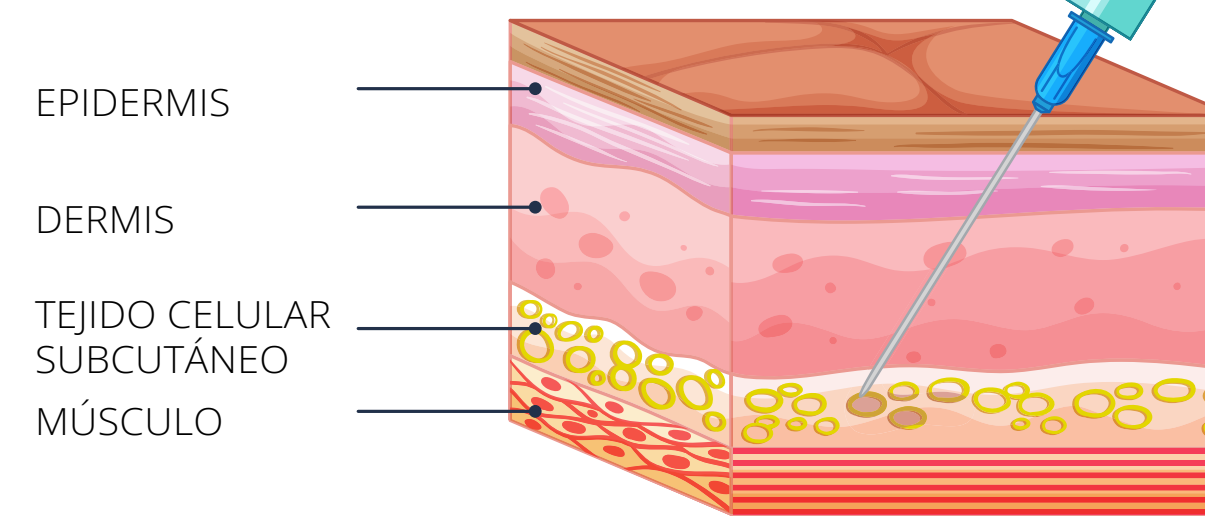
Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Identificar la vía subcutánea como alternativa a la vía oral para administración de medicamentos e hidratación.
- Nombrar medicamentos de uso frecuente en cuidados paliativos que pueden ser usados por vía subcutánea y otros que no.
- Conocer principios básicos del manejo.
- Mencionar complicaciones frecuentes.

¿Qué es la vía subcutánea?

Colocación de una aguja o catéter en el tejido celular subcutáneo, con el objetivo de administrar fármacos o hidratar (hipodermocclisis), cuando la vía oral no es posible. Por la facilidad de manejo y las pocas complicaciones, se usa frecuentemente en domicilio. La movilización del paciente no se ve afectada.

Aplicación subcutánea



¿Qué sistemas de administración existen?

- Bolo/infusión intermitente: pequeños volúmenes aplicados periódicamente (2-3 ml).
- Administrar a baja velocidad para evitar dolor.
- Infusión continua: usando un sistema de perfusión para la liberación continua del medicamento (2-5 ml/min) o hidratación (500-1500 ml/día).

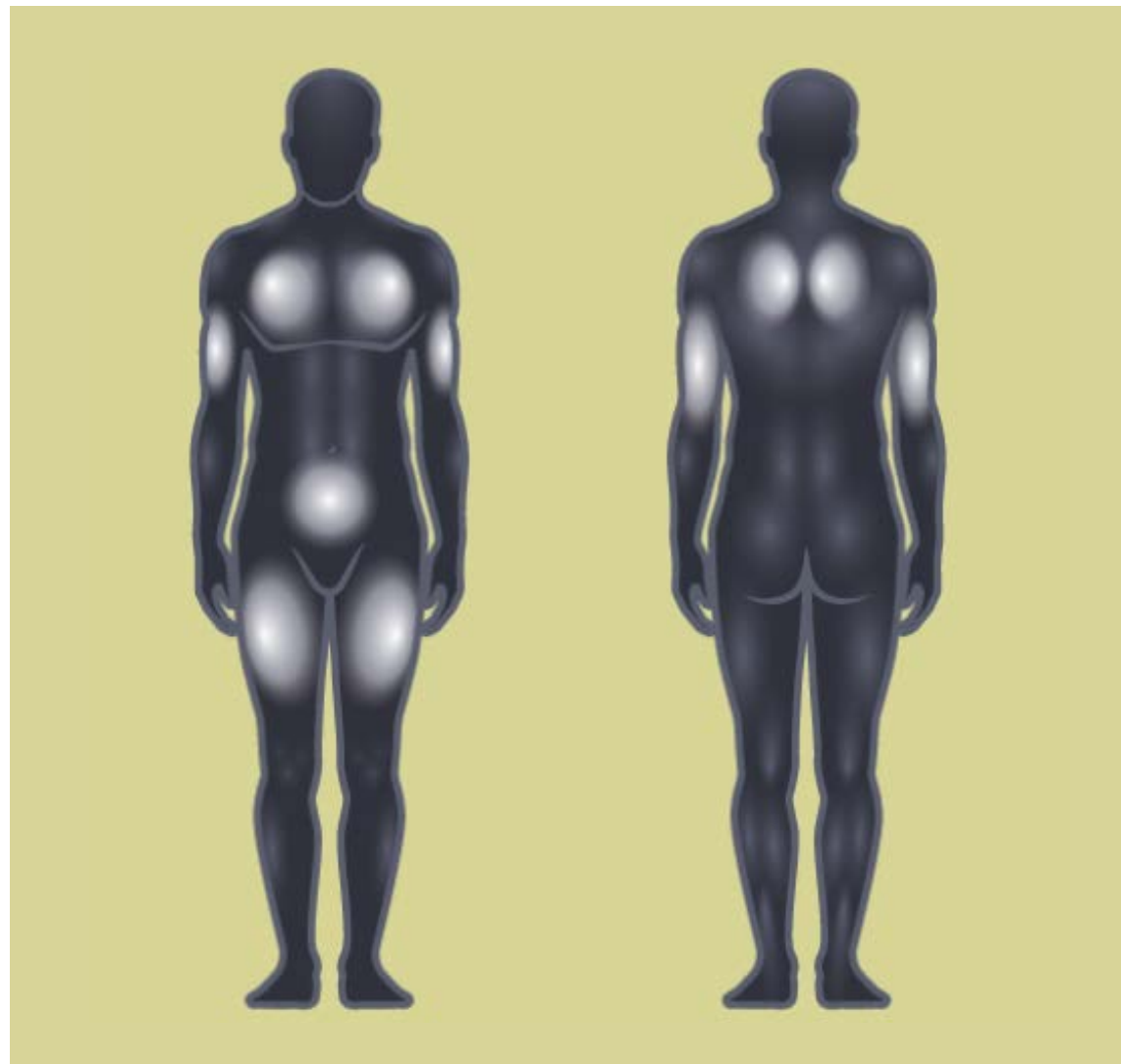
XI. Vía subcutánea

¿Cuándo utilizarla?

Es muy útil en caso de disfagia, náuseas/vómito, obstrucción intestinal, diarrea, confusión, disnea intensa, mucho medicamento oral, demencia, delirium, situación de últimos días.

Usar con precaución en pacientes plaquetopénicos o anticoagulados con monitoreo estricto y consultando equipos entrenados.

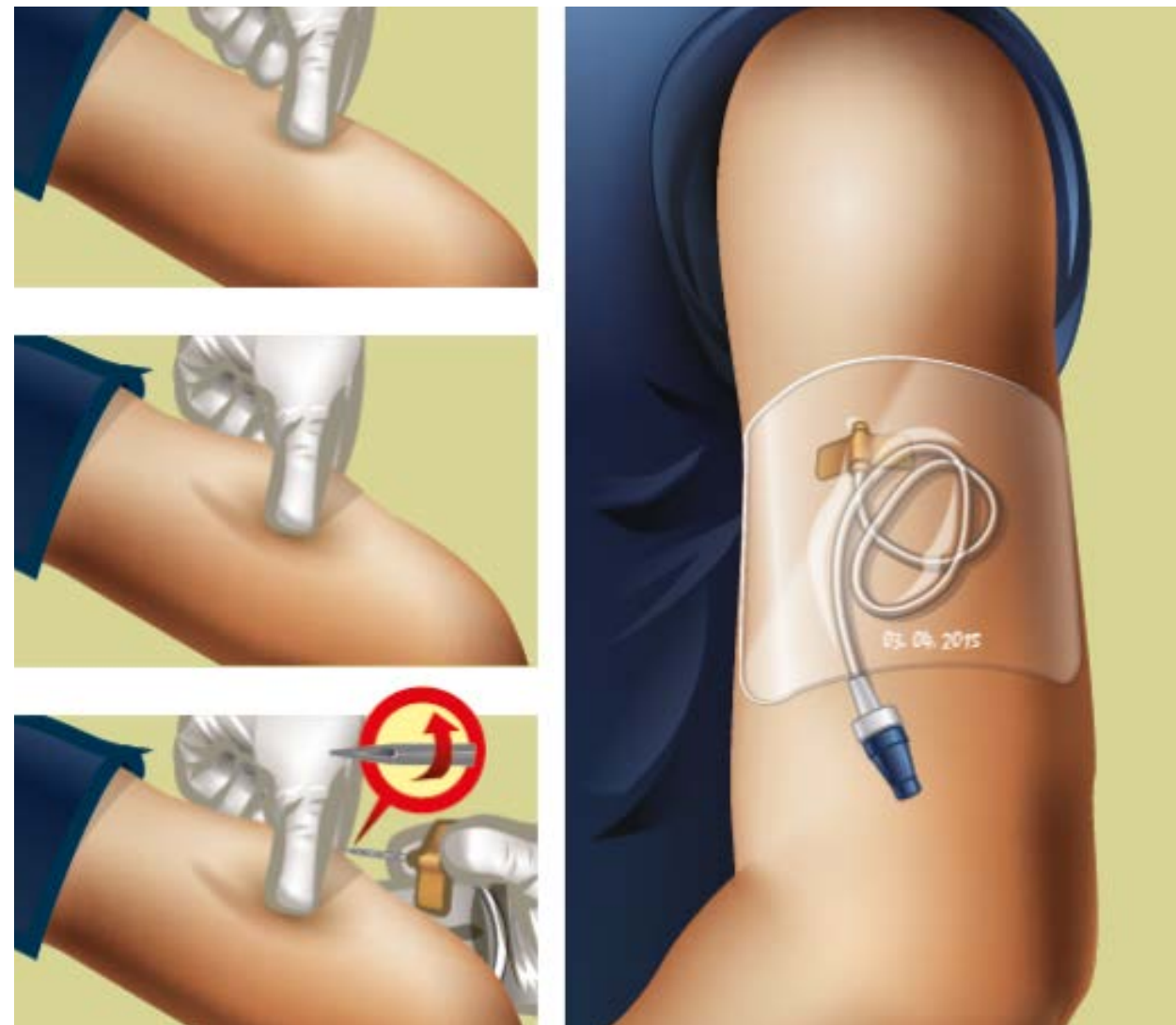
Lugares adecuados para vía subcutánea



¿Cómo hacerlo y dónde?^{84, 85, 86}

Antes de su colocación es importante valorar si la persona pasa la mayor parte del tiempo en la cama o no. Si está encamado sobre qué lado duerme más tiempo, cómo está situada la cama, si es fácil acceder a la vía.

La colocación de la vía subcutánea en brazo se recomienda solo para aplicación de medicación, no para hidratación (hipodermoclisis). El volumen del líquido infundido puede generar discomfort.



Imágenes compartidas por López Saca

⁸⁴ López Saca et al. Guía de uso del Catéter Subcutáneo en Cuidados Paliativos. 2016
https://cuidadospaliativos.org/uploads/2018/2/Guia_de_uso_del_Cateter_Subcutaneo_en_Cuidados%20Paliativos.pdf

⁸⁵ Gallardo & Gamboa. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Monografía SECPAL 2013.
<http://www.secpal.com///Documentos/Blog/via%20subcutanea.pdf>

⁸⁶ Video con la técnica <https://www.youtube.com/watch?v=WNHg6qzt3Z8>

XI. Vía subcutánea

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XII

XIII

XIV



¿Qué medicamentos se pueden colocar por esta vía?

Se deben utilizar fármacos que no irriten los tejidos, hidrosolubles y con pH neutro.

Analgésico opioide	Neuroléptico	Antibióticos	Comentarios
Codeína Morfina Tramadol Hidromorfona Oxicodona	Haloperidol Levomepromazina	Ceftriazona** Cefepime Ampicilina Ertapenem	Dexametasona*

Antieméticos	Anticolinérgicos	Benzodiacepinas	Comentarios
Haloperidol Metoclopramida Ondansetrón	Bromuro de hioscina	Midazolam	Furosemida Octreótido

Es posible colocar mezclas de (no más de 4) fármacos compatibles como morfina, butilescopolamina y midazolam. Pero hay que revisar siempre para evitar la precipitación.

¡No combinar dexamentasona con midazolam ni haloperidol!

* Disolver en 50 ml
** Vía independiente, diluido en 100 ml y no mezclar con otros fármacos

Hipodermoclisis

La deshidratación puede inducir en el paciente confusión y aumenta el riesgo de úlceras por presión y estreñimiento. También aumenta el riesgo de fallo renal y la acumulación de metabolitos de opioides aumentando la toxicidad.

La hipodermoclisis es una técnica adecuada para la reposición de líquidos, con escasos efectos adversos y bajo coste.

La solución a infundir debe ser isotónica: solución salina 0,9 %, ringer solución mixta o con dextrosa al 5 %. **¡Nunca soluciones hipotónicas o hipertónicas!**

El volumen de infusión puede oscilar entre 500 ml/día hasta 1.500 ml/día.

Tipos de infusión:

- Infusión continua: la velocidad no debe ser mayor de 60 ml/hora (máximo de 3.000 ml a través de dos sitios).
- Infusión nocturna durante 12 h a 80 ml/h.
- Bolos de 500 ml en una hora, 2 o 3 veces al día, suelen tolerarse bien y son muy útiles para los pacientes más activos.

El problema secundario más frecuente derivado del uso de hipodermoclisis es el desarrollo de edema local que condiciona el cambio de lugar de perfusión.

XI. Vía subcutánea

¿Qué cuidados se deben tener?

- Documentar en la historia clínica.
- Informar a la familia sobre los cuidados del catéter y posibles complicaciones.
- Vigilar diariamente el lugar de punción.
- Vigilar complicaciones.
- Vigilar el tiempo de duración (hasta 7 o 12 días).
- Es importante dejar a la familia un contacto directo para preguntas o en caso de necesidad.

¿Qué complicaciones pueden presentarse con el uso de vía subcutánea?

HERIDA

Hematoma,

ERitema

Induración

Dolor

Absceso



Foto de Alberto Melendez

XI. Vía subcutánea

Cuidados en casa de la vía subcutánea

El uso de la vía subcutánea en los domicilios requiere de la imprescindible colaboración de sus cuidadores. Aunque en ocasiones hemos minusvalorado la inmensa capacidad de estos, nuestra labor debe ir encaminada a simplificar y facilitar lo máximo posible estos cuidados.

Medicación

- Es conveniente emplear pocos fármacos con pautas sencillas y, si es posible, espaciadas.
- Recomendamos dejar precargadas jeringuillas con las dosis exactas para cada toma.
- Es útil dejarlas en distintos recipientes identificados con rótulos que indican qué medicación tienen las jeringuillas, qué dosis y para que deben usarse en 24 horas.
- Además de esto, debe quedar en el domicilio, en un lugar conocido por la familia, una hoja con la posología tanto pautada horariamente como “de rescate”.
- Mantener los medicamentos guardados en lugar seguro, especialmente fuera del alcance de los niños.

Mensajes clave | Recuerde

- La vía subcutánea es una buena alternativa cuando no es posible la vía oral para administración de líquidos (hipodermocclisis) y medicamentos.
- El procedimiento es sencillo, pocas complicaciones y da autonomía a los pacientes.
- Puede ser muy bien manejada por los mismos pacientes y/o sus cuidadores.
- Es importante revisar los medicamentos (y posibles combinaciones) que pueden usarse por esta vía (muchas veces off-label).

Si quiere saber más...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 1. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 Ruíz Márquez M, Alonso Prado M. Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativo. Madrid: SECPAL; 2014. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/guia_subcutanea_PRCPEX.pdf
- 📄 López Saca J, Costa de Monterrosa M, Martínez Portillo J. Guía de uso del Catéter Subcutáneo en Cuidados Paliativos. Una opción para El Salvador. San Salvador: Universidad Dr. José Matías Delgado; 2016. Disponible en: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2018/2/Guia_de_uso_del_Cateter_Subcutaneo_en_Cuidados%20Paliativos.pdf
- 📄 Gallardo Avilés RGA, F. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Monografías SECPAL. Número 4. Madrid: SECPAL; 2013. Disponible en: <http://www.secpal.com///Documentos/Blog/via%20subcutanea.pdf>
- 📄 Video con la técnica <https://www.youtube.com/watch?v=WNHg6qzt3Z8>

XI. Vía subcutánea

Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

María José (30 años, diagnóstico de cáncer de ovario en estado avanzado) está recibiendo morfina oral (90 mg/día) para dolor, laxantes. Ha estado bien controlada en su casa, pero llama a la consulta porque desde la mañana tiene dolor abdominal (6/10). Los últimos dos días ha estado con vómitos (5/10) y no permanece nada en el estómago. Usted va a su casa (consulta domiciliaria) y hace una evaluación integral. La encuentra deshidratada con hepatomegalia y ascitis.

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

1. **¿Cuál es la vía de administración más adecuada para continuar el manejo para el control de los síntomas?**
 - ☐ A. Coloca una vía endovenosa.
 - ☐ B. La deriva a urgencias para que le coloquen un *port-a-cath*.
 - ☐ C. Debe continuar como estaba siendo tratada.
 - ☐ D. Coloca una vía subcutánea y le explica a ella y a sus cuidadores los cuidados que deben tener.
2. **Respecto a la medicación. ¿Qué conducta NO aprueba?**
 - ☐ A. Revisa la lista de medicamentos actuales y rescates.
 - ☐ B. Continúa el tratamiento de dolor con morfina 15 mg cada 4h sc.
 - ☐ C. María José está muy ansiosa, por eso añade 2 mg de midazolam a la infusión corta.
 - ☐ D. Calcula los rescates.
3. **Al examen físico, usted observa que María José está deshidratada.**
 - ☐ A. Le coloca 1500 ml de suero fisiológico en infusión continua en la vía subcutánea en la zona subclavia, donde está colocando la morfina.
 - ☐ B. Le coloca otra vía subcutánea adicional en el abdomen para la hipodermocclisis.
 - ☐ C. La envía a urgencias con sospecha de obstrucción intestinal para que la operen.

XI. Vía subcutánea

RESPUESTAS

1. ¿Cuál es la vía de administración más adecuada para continuar el manejo para el control de los síntomas?

D es correcta.

En domicilio, el control de la vía endovenosa puede ser problemático. Probablemente el vómito ha impedido la absorción de la morfina y la vía oral deja de ser la vía de elección, la mejor alternativa es la vía subcutánea para continuar el tratamiento del dolor. Es de fácil manejo para la paciente y sus cuidadores.

2. Respecto a la medicación. ¿Qué conducta NO aprueba?

B es correcta- No es una conducta correcta.

Es necesario revisar la medicación actual para hacer el cambio de vía oral a vía sc, si es posible, y recalcular las dosis dependiendo de la biodisponibilidad. Por eso NO se puede continuar con la misma dosis de morfina, sino que se debe hacer la conversión a sc 1/3 o 1/2 de la vía oral.

3. Al examen físico, usted observa que María José está deshidratada.

B es correcta.

La hidratación es algo que se puede manejar en casa con una vía subcutánea. Algunas veces se puede usar la misma vía para hipodermocclisis y medicación, pero en la zona subclavia no se recomienda colocar líquidos en grandes cantidades ya que el tejido acumula mucho. En este caso sería mejor colocar una vía en el abdomen.

XI. Vía subcutánea

XIII

Cuidados al final de la vida⁸⁷

87 Para este capítulo se usó información del video de ecancer realizado por Vilma Tripodoro.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	119
¿POR QUÉ ES NECESARIO DIAGNOSTICAR/IDENTIFICAR EL FINAL DE LA VIDA?	119
¿CUÁNDO HABLAR DEL FINAL?	120
¿CUÁNDO IDENTIFICO EL FINAL DE VIDA?	120
¿REANIMO O NO REANIMO?	121
¿QUÉ HACER? 10 PRINCIPIOS PARA EL MEJOR CUIDADO	121
SITUACIONES FRECUENTES DURANTE LOS ÚLTIMOS DÍAS	122
¿Y DESPUÉS?... DUELO	122
MENSAJES CLAVE/RECUERDE	123
SI QUIERE SABER MÁS...	123
APLIQUE LO APRENDIDO	124

Objetivos de aprendizaje

Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Describir signos y síntomas que indiquen el final de la vida.
- Enumerar pautas para trazar un plan de manejo.



**Importas porque eres tú,
y eres importante hasta
el final de tu vida.**

**Haremos todo lo que podamos
no solo para acompañarte a
morir en paz, sino también para
vivir hasta que mueras.**

**Cómo muere la gente queda
en la memoria de quienes viven**

Cicely Saunders

¿Por qué es necesario diagnosticar/ identificar el final de la vida?

- Los últimos días y horas representan un periodo único en la vida de la persona, por lo que merece especial atención.
- Es un periodo vulnerable con nuevos cambios físicos y emocionales para quienes enfrentan una enfermedad avanzada.
- Los planes de cuidados necesitan adaptarse a estos cambios.
- La atención del paciente en los últimos días u horas de vida puede ser una atención de urgencia y con situaciones de complejidad que exigen la intervención de un equipo especializado.⁸⁸

Cuadro 1: algunos criterios de complejidad asistencial al final de la vida

Complejidad media

- Dificultad en comprender la sedación.
- Conflicto respecto a indicación de sedación entre paciente/familia y equipo.

Complejidad elevada

- Presencia o riesgo de aparición de síntomas traumáticos o refractarios.
- Situación de últimos días de larga duración (> 5 días).
- Sedación refractaria con requerimiento de fármacos a dosis altas y vía intravenosa.
- Demanda de ingreso institucional por parte del paciente o familia.
- Expresión reiterada de incapacidad familiar para asumir el final de la vida y la muerte en el domicilio.

⁸⁸ Esteban-Pérez M, et al. Complejidad asistencial en la atención al final de la vida: criterios y niveles de intervención en atención comunitaria de salud. Medicina Paliativa. 2015;22(2):69-80.

Algunas consideraciones

- Un buen cuidado del final de la vida comienza con el reconocimiento de la muerte inminente. Diagnosticar esta etapa y brindar la mejor atención es crucial. Solo tendrá una oportunidad de hacerlo bien y permitir un recuerdo positivo y duradero para los familiares/cuidadores.
- Una vez que se ha diagnosticado el final de la vida, el equipo puede reorientar la atención de manera apropiada para el paciente enfatizando el alivio de los síntomas y el confort.
- Si el equipo de atención médica considera que el paciente se encuentra en la etapa agónica (es decir, que solo le quedan horas o días de vida), se debe comunicar al paciente y a su familia.
- Los pacientes en los últimos días/horas de vida pueden tener sufrimiento físico, emocional, espiritual y social. En esta fase los pacientes requieren un manejo cuidadoso de los síntomas, y las familias suelen necesitar apoyo a medida que se acerca la muerte de su ser querido.
- Las intervenciones fútiles resultan en una peor calidad de vida y sufrimiento evitable del paciente y su familia, y un mayor uso de recursos y costos sanitarios.
- El objetivo del manejo es un plan para mantener la comodidad física y abordar las necesidades emocionales, espirituales y sociales del paciente y la familia.
- La atención continúa con la comunicación de la muerte a los familiares y el apoyo de duelo.
- Una situación especial puede presentarse en paciente oncológico con patología cardíaca con desfibrilador implantado. Se debe evaluar la programación de la desactivación (no marcapasos) con el equipo de cardiología tratante.⁸⁹

⁸⁹ Picco G, et al. Desactivar el desfibrilador automático implantable al final de la vida: la importancia de una comunicación proactiva. Medicina Paliativa. 2016;23(4):212-3.

¿Cuándo hablar del final?

Lo ideal es discutir los deseos/preferencias del final de la vida antes de que inicie el proceso de enfermedad/muerte (voluntades, directivas anticipadas, conversaciones familiares, etc.). <http://www.espanol.prepareforyourcare.org/>

¿Cuándo identifico el final de la vida?

Cuando no es posible mejorar causas reversibles del estado del paciente y se cumplen dos de estos criterios:

- Confinamiento en el lecho.
- Solo toma pequeños sorbos de líquido.
- Estuporoso o en coma.
- Dificultad para deglutir tabletas, no recibe medicación vía oral.

Estudios han demostrado que el personal médico es en general muy optimista en el pronóstico de sobrevida de pacientes con cáncer avanzado.⁹⁰

⁹⁰ Cheon S, Agarwal A, Popovic M, Milakovic M, Lam M, Fu W, et al. The accuracy of clinicians' predictions of survival in advanced cancer: a review. Ann Palliat Med. 2016;5(1):22-9.

¿Reanimo o no reanimo?

Es importante que se hayan llevado a cabo conversaciones sobre reanimación cardiopulmonar (RCP). Los pacientes en proceso de muerte no deben ser sometidos a RCP, ya que esto constituye un tratamiento médico no beneficioso y potencialmente dañino. No obstante, puede ser una intervención esperada por los pacientes y sus familias, y como tal debe abordarse a través de una comunicación proactiva previa (en el mejor de los casos).

Revise la legislación local para órdenes de no reanimación y protocolos institucionales.

¿Qué hacer? 10 principios para el mejor cuidado⁹¹

- 1 Reconocer de que la persona se encuentra en los últimos días/horas de vida – Documentar!
- 2 Comunicar la situación de fin de vida con el/la paciente o allegados, si se considera adecuado
- 3 Discutir deseos, sentimientos, creencias, fe y valores
- 4 Anticipar la medicación para control de síntomas frecuentes (dolor, secreciones respiratorias, agitación, náuseas, vómito, disnea)
- 5 Revisar toda intervención clínica, considerando el mejor interés del/la paciente
- 6 Revisar hidratación artificial (inicio, continuidad o cese)
- 7 Revisar alimentación/soporte nutricional (continuación o cese)
- 8 Comunicar y discutir el plan de cuidado con paciente/familia
- 9 Evaluación periódica mínimo cada 4 h. Documentar!
- 10 Cuidado del cuerpo del/la paciente después de la muerte, asegurando dignidad y respeto

⁹¹ <https://bestcareforthedying.org/>

Tripodoro et al. 2019 Análisis de los resultados de un programa de calidad en cuidados paliativos para los últimos días de vida. diez años de experiencia. <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/31829949.pdf>

Situaciones frecuentes durante los últimos días

Es indispensable anticipar situaciones al final de la vida. En esta etapa pueden aparecer nuevos síntomas, por ejemplo dolor, que pueden estar relacionados con:

- Progresión de enfermedad
- Proceso de morir
- Cambios en vía de administración
- Nueva fractura patológica (movimiento del paciente)
- Lesiones en boca, retención urinaria, estreñimiento, úlceras por presión

Por lo tanto se debe realizar

- Valoración física cuidadosa: identificar nuevas fuentes potenciales de dolor.
- Reconocer retención urinaria (palpación supra-púbica) o estreñimiento (abdomen distendido).
- Valoración de piel (descartar úlceras por presión) y cavidad oral.

Para el tratamiento del dolor

- Revisar vía de administración disponible y las estrategias de conversión a vía subcutánea, y ajustar dosis según características del síntoma.
- La analgesia controlada por paciente no es una buena alternativa en estos pacientes.

¿Y después?... Duelo⁹²

El duelo es una reacción adaptativa natural ante cualquier tipo de pérdida significativa, aunque suele ser más intenso tras el fallecimiento de un ser querido. La respuesta ante el duelo es individual y única en cada situación y tiene varios componentes:

Hay diferentes modelos que han tratado de explicar este complejo fenómeno.

La mayoría de personas no requieren intervención de profesionales especializados en el duelo, y es suficiente con el apoyo de la familia y amigos. El papel de los profesionales se limita a proporcionar información acerca del proceso de duelo y sobre los recursos disponibles. Debe normalizarse, pero estar atento a situaciones especiales que requieren intervención. Por ejemplo:

- Tipo de pérdida (¿hubo despedida?)
- Vulnerabilidad personal (muy joven, varias pérdidas en corto tiempo)
- Relación con la persona fallecida (dependencia económica o social)
- Falta de apoyo familiar o social
- Pérdida no reconocida

El duelo complicado se caracteriza por una intensidad inusual de las manifestaciones, en tiempo o expresión.

⁹² Lopez de Ayala C, et al. Seguimiento del duelo. Badajoz: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010.

Mensajes clave | Recuerde

- Pensar y reconocer (diagnosticar y predecir) el proceso de muerte inminente y comunicarlo al paciente/cuidadores (cuidando la forma de comunicar y evaluando cuál es la verdad soportable en ese momento para cada uno).
- Es necesario hablar de expectativas y preferencias sobre el final de la vida antes de que la situación llegue, y reevaluar si hay cambios.
- Revisar los 10 principios para el mejor cuidado para permitir que el paciente muera sin sufrimiento evitable, con síntomas controlados y disminuir el riesgo de duelo complicado para su familia/cuidadores.

Si quiere saber más...

- 📄 Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Cuidados Paliativos en el primer nivel de Atención. Fascículo 2. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación; 2019.
- 📄 Tripodoro et al. 2019 Análisis de los resultados de un programa de calidad en cuidados paliativos para los últimos días de vida. diez años de experiencia. Disponible en: <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/31829949.pdf>.
- 📄 Rodrigues Gomes AM. El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa. Enfermería Global. 2010;0-. . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100022
- 📄 <https://bestcareforthedying.org/>
- 📄 Lopez de Ayala C, Galea Martin T, Campos Mendez R. Seguimiento del duelo. Badajoz: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/guia_duelo_PRCPEX.pdf
- 📄 Lacasta Reverte M, Sanz Llorente B, Soler Saíz C, Yelamos Agua C, de Quadras Roca S, Gándara del Castillo A. Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolo de Actuación. Monografías SECPAL. Número 5. Madrid: SECPAL; 2014. Disponible en: http://www.secpal.com/Documentos/Blog/01_MONOGRAFIA%205%20-%20OK-20140622%20Para%20imprenta%20final%20final.pdf
- 📄 Alday Munilla M, Mateu Gelabert M, Meléndez Gracia A, Miranda Flores E, Torrell Vallespín G, Atención en los últimos días de vida. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2021 28 (3):1-47 <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.04.003>.

XII. Cuidados al final de la vida

Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Andrés tiene 85 años y vive con su hijo. Fue diagnosticado hace 6 meses con cáncer de próstata con metástasis óseas, hepáticas y cerebrales. El dolor que había tenido está controlado con morfina 60 mg/día oral para dolor y ahora reporta ESAS 3/10. Adicionalmente toma bisacodilo y ha tenido evacuaciones diarias Tipo 3; sin embargo hace 2 días no defeca. Desde hace varios días está muy agotado y no se levanta más de su cama (ECOG 4) y duerme casi todo el tiempo y apenas recibe vía oral. Usted le ha atendido desde su diagnóstico y conoce la situación de Andrés. Su hijo le llama a visita domiciliaria preocupado porque Andrés ha cambiado mucho y está con mayor deterioro general.

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

1. ¿Cómo valora la situación?

- ☐ A. Usted hace una evaluación integral con examen físico para descartar posibles causas reversibles de su estado como infecciones o deshidratación.
- ☐ B. Sospecha el final de la vida por disminución de la actividad, poca vía oral, y postración.
- ☐ C. Andrés está en peligro de morir y debe ser hospitalizado con urgencia.
- ☐ D. Usted explora la situación de la familia (miedos, aceptación...).

2. ¿Cuál de las siguientes conductas seguiría usted?

- ☐ A. Lo deriva a urgencias para que lo manejen allí y le coloquen un catéter central para alimentación parenteral.
- ☐ B. Valora la colocación de una vía subcutánea.
- ☐ C. Coloca una sonda nasogástrica para alimentación, hidratación y medicación oral.
- ☐ D. Habla tranquilamente con Andrés y su familia sobre que está en proceso de muerte.
- ☐ E. Sabe que es católico y le pregunta por su deseos en el aspecto espiritual/religioso.

3. ¿Qué síntomas le explica a la familia que Andrés puede presentar en los siguientes días? ¿Cuál es falsa?:

- ☐ A. Secreciones respiratorias (estertores de muerte).
- ☐ B. Cambios en el patrón respiratorio.
- ☐ C. Podría agitarse - Delírium hiperactivo.
- ☐ D. Riesgo de sangrado masivo y debe ser hospitalizado.

Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Andrés tiene 85 años y vive con su hijo. Fue diagnosticado hace 6 meses con cáncer de próstata con metástasis óseas, hepáticas y cerebrales. El dolor que había tenido está controlado con morfina 60 mg/día oral para dolor y ahora reporta ESAS 3/10. Adicionalmente toma bisacodilo y ha tenido evacuaciones diarias Tipo 3; sin embargo hace 2 días no defeca. Desde hace varios días está muy agotado y no se levanta más de su cama (ECOG 4) y duerme casi todo el tiempo y apenas recibe vía oral. Usted le ha atendido desde su diagnóstico y conoce la situación de Andrés. Su hijo le llama a visita domiciliaria preocupado porque Andrés ha cambiado mucho y está con mayor deterioro general.

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

4. ¿Qué le dice a los cuidadores?

- ☐ A. Les sugiere aumentar los cuidados de la boca (gasa húmeda y grasa en labios).
- ☐ B. Colocar un ventilador cerca.
- ☐ C. Aplicar enemas diarios para evacuar el intestino.
- ☐ D. Monitoreo estricto de signos vitales.

RESPUESTAS

1. ¿Cómo valora la situación?

A, B y D son correctas.

En el proceso de muerte pueden aparecer todos estos síntomas, como también disnea, náuseas/vómito, agitación. Es importante dejar medicación de rescate para manejar estos síntomas en caso de que aparezcan. Es importante anticipar el proceso, para que estén preparados y puedan actuar de manera que beneficie a Andrés y su familia.

En este caso concreto no hay nada que sugiera riesgo de sangrado u otra urgencia que requiera una hospitalización y sufrir la incomodidad del traslado al final de su vida.

2. ¿Cuál de las siguientes conductas seguiría usted?

B, D y E son correctas.

La vía subcutánea le ayudará a dar medicación (hacer la conversión a morfina sc para evitar que tenga dolor).

Es posible que Andrés esté consiente, aunque cansado, y sea posible hablar con él y/o con la familia sobre su situación de manera cuidadosa (verdad tolerable) y preguntar sobre deseos/necesidades en el momento: por ejemplo recibir la visita de un sacerdote, respirar aire fresco, despedirse de su familia...

No es necesaria una sonda nasogástrica ni para evacuar ni para dar alimento/hidratación. Una sonda solo le produciría molestias.

XII. Cuidados al final de la vida

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XIII

XIV



RESPUESTAS

3. ¿Qué síntomas le explica a la familia que Andrés puede presentar en los siguientes días? ¿Cuál es falsa?:

D es correcta.

Siempre debe hacer historia clínica/anamnesis con examen físico. Es necesario descartar otras causas de su estado, como por ejemplo deshidratación, pero probablemente Andrés está en proceso de muerte activo: confinamiento en el lecho, disminución de vía oral, estuporoso.

Recuerde que en cuidados paliativos la unidad de cuidado es el paciente y la familia, por lo que es importante valorar cómo se enfrenta a la muerte inminente de Andrés.

4. ¿Qué le dice a los cuidadores?

A y B son correctas.

Seguramente los cuidadores están tristes y confundidos con la situación y quieren hacer algo. Se pueden sugerir tareas como cuidados de la boca (hielo, limpiar secreciones, humidificar los labios), masajes suaves en los pies o colocar crema en el cuerpo; son tareas con las que la familia puede sentirse útil para brindar bienestar a Andrés. El ventilador da también sensación de bienestar, especialmente si aparece dificultad respiratoria.

Si bien la evacuación intestinal regular proporciona bienestar al paciente, durante el proceso de muerte solo se aplican enemas si se considera que el paciente está agitado/intranquilo debido a la necesidad de evacuar.

No es necesario un control de signos vitales en este momento, ya que los datos obtenidos no son relevantes para una decisión terapéutica. Solo produciría inquietud a sus cuidadores.

XII. Cuidados al final de la vida

XIII

Consideraciones bioéticas y clínicas en la toma de decisiones

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

129

¿QUÉ ES LA ÉTICA MÉDICA?

129

¿CUÁL ES EL MARCO MÁS CONOCIDO EN BIOÉTICA?

129

¿CUÁLES SON LAS TEMAS/PROBLEMAS ÉTICOS MÁS FRECUENTES
AL FINAL DE LA VIDA? (DE SIMONE)

130

¿CUÁNDO HABLAR DE ESTOS TEMAS? (VER FINAL DE VIDA)

131

¿CUÁNDO DEJAR DE HACER? ¿CUÁNDO HACER MÁS?

131

MENSAJES CLAVE/RECUERDE

133

SI QUIERE SABER MÁS...

133

APLIQUE LO APRENDIDO

134

Objetivos de aprendizaje

Esperamos que al final de este módulo usted pueda:

- Reconocer y enumerar algunos de los principios éticos que guían la práctica.
- Identificar un dilema ético y mencionar un modelo de resolución.

“Y me serviré, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar

Juramento hipocrático

¿Qué es la ética médica?

Es el estudio sistemático, la reflexión y el análisis de los actos en el campo sanitario de la conducta en salud desde la perspectiva de los principios y valores.⁹³ Existen modelos que ayudan en la reflexión de dilemas éticos y la toma de decisiones.

¿Cuál es el marco más conocido en bioética?

Es el estudio sistemático, la reflexión y el análisis de los actos en el campo sanitario de la conducta en salud desde la perspectiva de los principios y valores.⁹³ Existen modelos que ayudan en la reflexión de dilemas éticos y la toma de decisiones.



Autonomía

Garantizar el derecho del paciente informado a participar en la toma de decisiones médicas. Respetar valores y elecciones personales.



Beneficiencia

Actuar o recomendar según el mejor interés de los pacientes.



No maleficiencia

No hacer daño.



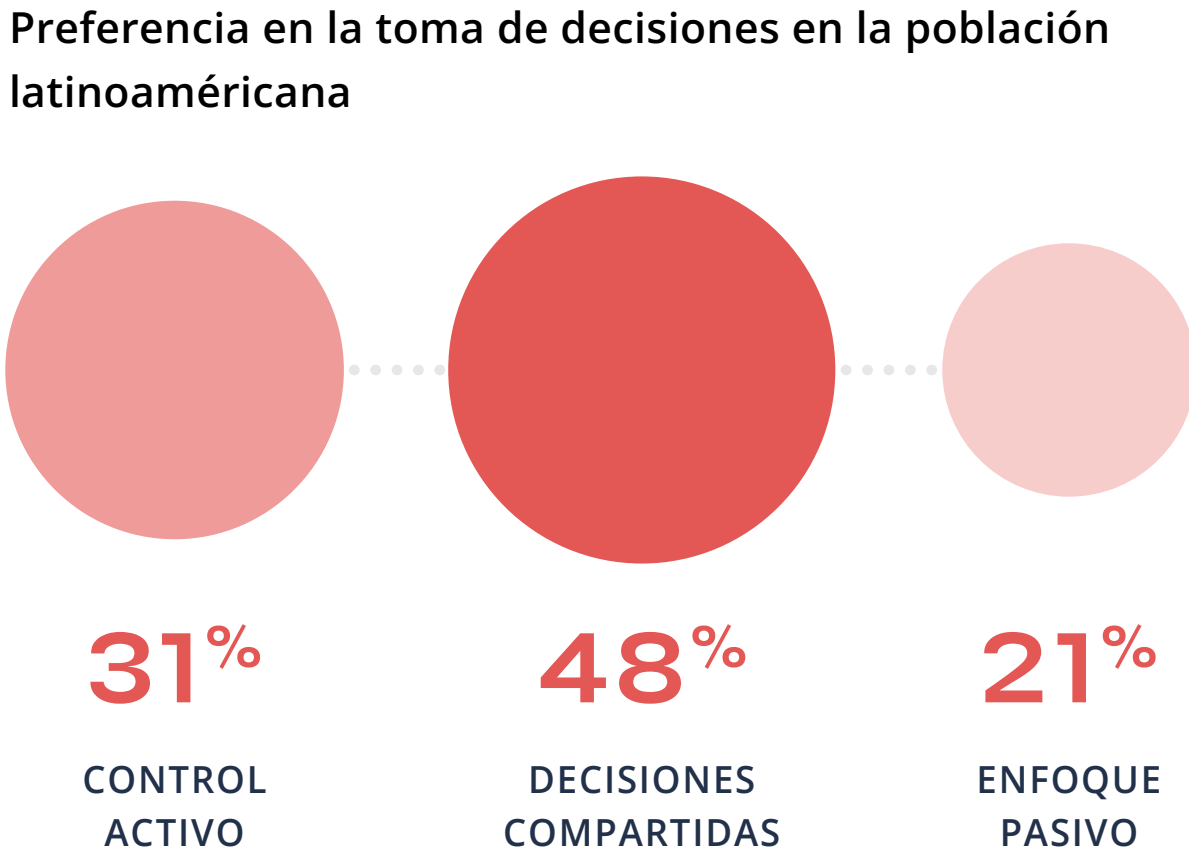
Justicia

Tratar a las personas bien y de manera justa. Y utilizar los recursos de salud de manera equitativa.

⁹³ Reich W, 1978 Encyclopedia of Bioethics, Schuster, New York

Estos principios pueden servir de guía, pero algunas veces son insuficientes y es necesario acudir a otros marcos teóricos para la toma de decisiones.

Es importante indagar la preferencia en la toma de decisiones. En Latinoamérica una gran parte de la población quiere participar en la toma de decisiones:⁹⁴



⁹⁴ Noguera A et al. Decisional control preferences, disclosure of information preferences, and satisfaction among Hispanic patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2014;47(5):896-905.

¿Cuáles son los temas/problemas éticos más frecuentes al final de la vida? (de Simone)⁹⁵

Retiro/abstención Hidratación, alimentación, adecuación de tratamiento, DNR, retiro de soporte vital	Lugar de cuidado y fallecimiento Deseo frente a lo que es conveniente/posible	Control de síntomas Sedación paliativa, alivio del dolor, hemorragia, disnea,...
Información y comunicación Decisión compartida, verdad tolerable	Aspectos sociales y vinculares Reconocimiento de muerte inminente, afectos, conflictos	Organización del cuidado Unificar criterios con otros profesionales tratantes, roles
Autonomía y autodeterminación Dejar de beber y comer, directivas anticipadas	Otras intervenciones Alimentación parenteral/PEG, antibióticos, oxígeno	Aspectos espirituales y religiosos Necesidades espirituales del paciente/familia cuidador
Después de la muerte Cuidados <i>post mortem</i>	Deseo de muerte anticipada Eutanasia, suicidio asistido	Miscelánea

En caso de dilemas éticos muy complejos, utilice su red de contactos para aclarar preguntas técnicas y, eventualmente, un comité de ética que revise el caso y le sugiera alternativas.

⁹⁵ Esta parte se ha sacado del video de ecancer realizado por Gustavo de Simone.

¿Cuándo hablar de estos temas? (véase final de la vida)

Lo ideal es discutir deseos/preferencias al final de la vida antes de que se inicie el proceso de enfermedad/muerte por medio de directivas anticipadas, <http://www.espanol.prepareforyourcare.org/>, conversaciones familiares...). Sin embargo hay que tener comunicación y diálogo continuos en la fase final para ser flexibles y receptivos a las expectativas y preferencias cambiantes.

“Curar pocas veces,
aliviar a menudo,
consolar siempre

Adjudicado a muchos autores

¿Cuándo parar? ¿Cuándo hacer más?

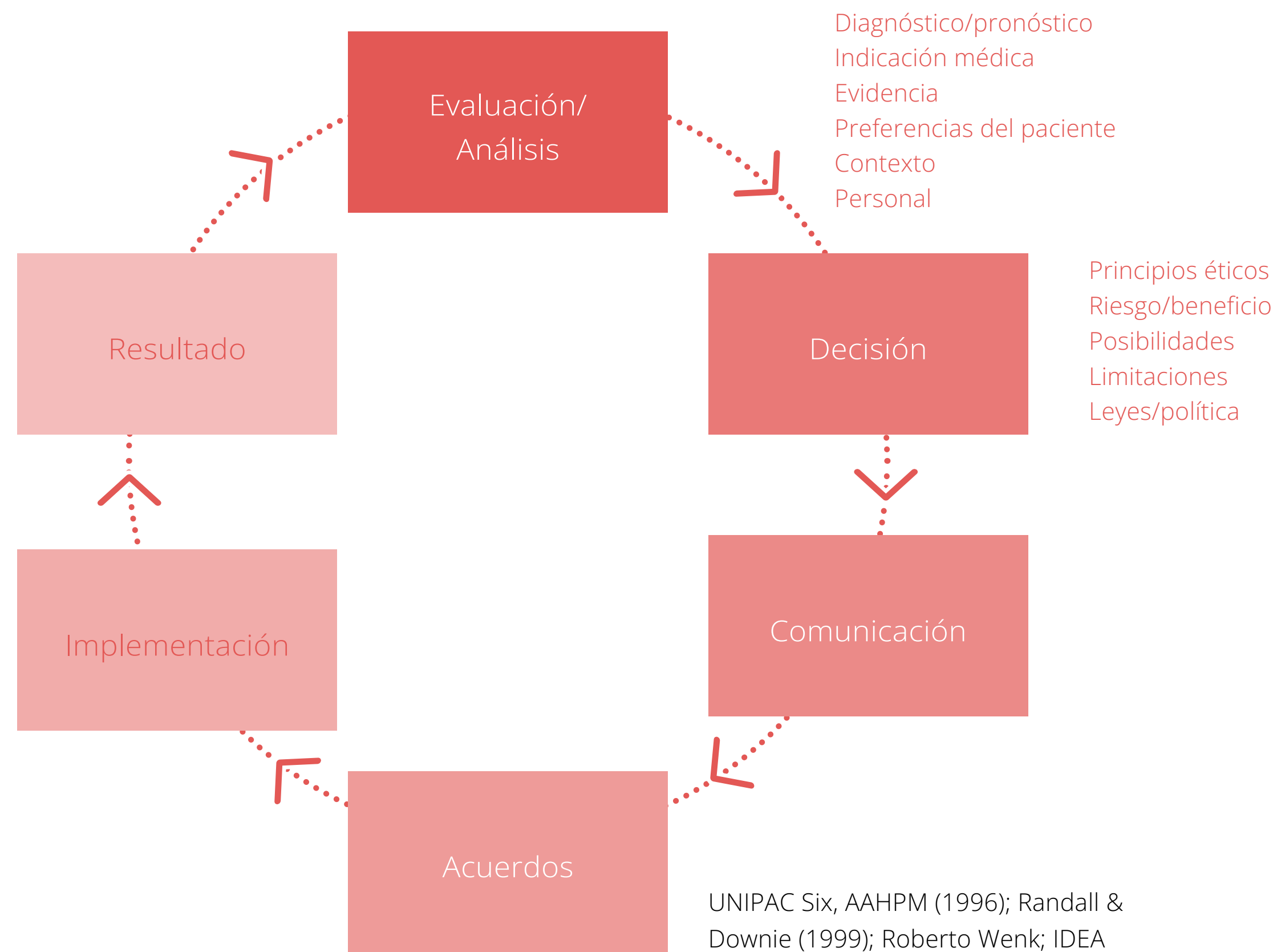
La palabra clave es “futilidad”, que hace referencia a algo inapropiado, no indicado, inútil o ineficaz.

Las consecuencias son: prolongación del sufrimiento, expectativas insatisfechas, enormes costos en medio de recursos escasos, cansancio del equipo, desconfianza mutua entre personal de salud y pacientes. Lo contrario es la adecuación terapéutica.

Una ayuda son las siguientes preguntas:



Otro modelo:



Este modelo implica dos pilares: El primer pilar (en azul) representa la toma de decisiones dentro del equipo de salud (¿es una indicación médica? ¿Cuál es la mejor solución técnica al problema?).

El segundo pilar (en verde) es el consenso con la familia: ¿Es apropiado para este paciente en este momento? ¿El paciente o la persona responsable están de acuerdo?

XIII. Consideraciones bioéticas/clínicas

Razonamiento ético clínico

1. Defina el problema.
2. Recopile y organice datos.
 - A. Hechos médicos
 - B. Metas médicas
 - C. Metas y preferencias del paciente
 - D. Contexto
3. ¿Es un problema ético? ¿Cómo definimos que hay un problema ético? Tiene que ser claro que hay un choque de valores y no que se trata de problemas que no pueden solucionarse.
4. ¿Se necesita más información o más conversaciones?
5. Determine el mejor curso de acción y relaciónelo con uno de los siguientes valores:
 - A. Principios éticos: Beneficencia, No maleficencia, Respeto a la autonomía, Justicia.
 - B. Derechos: protección de derechos, más allá de las obligaciones profesionales.
 - C. Consecuencias: estimación de la bondad o conveniencia de los probables resultados.
 - D. Casos comparables.
 - E. Práctica de conciencia. Preservar la integridad personal y profesional.
6. Confirme lo adecuado y coherencia de la conclusión.

Mensajes clave | Recuerde

- La reflexión ética es un recurso que le debe ayudar en el razonamiento y toma de decisiones para el bien del paciente y su familia. Y eso se logra preguntándonos a cada paso “¿por qué hacemos lo que hacemos?, ¿qué objetivos perseguimos?”.
- Existen diferentes modelos que pueden ser usados y combinados en situaciones de dilemas éticos. Piense en los dos pilares 1) indicación terapéutica y 2) deseo del paciente.
- Es importante involucrar al equipo en la resolución de dilemas éticos.
- Escucha activa y una buena técnica de comunicación son fundamentales en caso de dilemas éticos.

Si quiere saber más...

- 📄 Bátiz J, Loncan P. Guía temática: Problemas éticos al final de la vida (ND) Disponible en: <https://www.secpal.com/problemas-eticos-al-final-de-la-vida>.
- 📄 Barbero J, Prados C, Gonzáles A. Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida. Psicooncología. 2011;8(1):143-68.
- 📄 De Simone G. Los cuidados paliativos en el tercer milenio. Ciencia, alivio y esperanza en el confín de la vida. Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina [Internet]. 2014. Disponible en: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeem/article/view/4989>.
- 📄 De Simone G. El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. Acta Bioethica. 2000;VI(1).
- 📄 de los Reyes López M. Introducción a la Bioética. Metodología para tomar decisiones en Ética clínica. Pediatr Integral. 2007;XI(10):863-72.
- 📄 Júdez J. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Medicina Clínica. 2001;117(1):18-23.
- 📄 Fontecha B, Navarri L. Adecuación del esfuerzo terapéutico. Un reto en camino. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51(2):66-7.
- 📄 Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. SEMERGEN - Medicina de Familia. 2016;42(8):566-74.

XIII. Consideraciones bioéticas/clínicas

Aplique lo aprendido

CASO CLÍNICO

Ramiro (75 años) es pensionista y vive desde hace 40 años en una casa propia en compañía de su esposa Laura. Tiene un cáncer avanzado de próstata y está siendo tratado para dolor óseo secundario a metástasis con opioides y bifosfonatos. Ramiro comienza a presentar síntomas neurológicos, usted sospecha una compresión medular y quiere transferirlo a la unidad de radioterapia para diagnóstico y tratamiento. Ramiro no quiere ser hospitalizado y quiere morir en su casa. Sin embargo, la familia está a punto de claudicar por el gran esfuerzo que significa el cuidado de Ramiro.

Marque la/s opciones que le parezca/n correcta/s:

1. ¿Qué dilema ético ve en esta situación?

- ☐ A. No hay dilema: Ramiro se tiene que hospitalizar de urgencia.
- ☐ B. No hay dilema: Ramiro se queda en casa porque es su decisión.
- ☐ C. El dilema es que hay diferentes metas respecto al futuro de Ramiro.
- ☐ D. El dilema es si el diagnóstico es correcto o no.

2. Al hablar con Ramiro se da cuenta de que tiene mucho miedo de ir al hospital y morir allí solo. ¿Cómo plantea la situación?

- ☐ A. Desde el punto de vista médico, Ramiro puede cursar con una urgencia paliativa que es manejable con radioterapia y, durante su estancia hospitalaria, la familia puede tener un respiro.
- ☐ B. Favorece y promueve la comunicación eficaz con Ramiro y con su familia.
- ☐ C. Tiene en cuenta las emociones de Ramiro, su miedo a alejarse de su familia, y las de la familia en su agotamiento.
- ☐ D. Identifica los valores en juego: deseo de autonomía y autodeterminación, deseo de morir en casa, unión familiar.

RESPUESTAS

1. ¿Qué dilema ético ve en esta situación?

C es correcta.

Utilizando el razonamiento ético:

- Hecho médico: posible compresión medular.
- Metas médicas: manejar la urgencia, evitar posibles complicaciones y que Ramiro tenga mejor calidad de vida (--> hospitalización).
- Meta y preferencia de Ramiro: quiere quedarse en casa a morir.
- Contexto: la familia: está a punto de claudicar y requeriría un respiro (--> hospitalización).

Hay un dilema ético por la coexistencia de expectativas contrarias.

2. Al hablar con Ramiro se da cuenta de que tiene mucho miedo de ir al hospital y morir allí solo. ¿Cómo plantea la situación?

Todas las opciones son válidas para el análisis de la situación.

Desde el punto de vista médico, Ramiro puede cursar una urgencia paliativa que es manejable con radioterapia y, durante su estancia hospitalaria, la familia puede tener un respiro. Una estancia corta en el hospital sería beneficioso para todos, tanto para Ramiro como para la familia.

El aspecto más importante es favorecer y promover una comunicación eficaz con Ramiro y con su familia, de manera que se puedan discutir los miedos, las emociones y las expectativas entre todas las partes, teniendo como objetivo común el mejor bienestar para Ramiro. Al tener en cuenta las emociones de Ramiro, su miedo a alejarse de su familia, y las de la familia en su agotamiento, se pueden identificar los valores en juego: deseo de autonomía y autodeterminación, deseo de morir en casa, unión familiar y, finalmente, ayudarles a tomar una decisión que sea lo más apropiada para cada situación.

XIII. Consideraciones bioéticas/clínicas

XIV



I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

XI

XII

XIV

Apéndice

MEDICAMENTOS AL FINAL DE LA VIDA

137

Medicamentos al final de la vida

Acompañar a pacientes paliativos es una de las tareas de un médico de atención primaria. ¿Qué medicamento de acción rápida debe tener a mano para manejar los síntomas más frecuentes al final de la vida?

Delírium e inquietud	• Haloperidol 0,5-2,0 mg cada 2-12 horas, si es necesario con benzodiazepinas* (delírium, agudo) • Quetiapina* 12,5-150 mg (efecto inductor del sueño)
Temor, Ansiedad	• Oxazepam 10-40 mg / dosis única • Lorazepam 1,0-2,5 mg / dosis única • Midazolam* 2,5-10 mg / dosis única
Náuseas y vómitos	• Metoclopramida 10 mg / 6-8 h por vía oral o subcutanea (náuseas). ¡Cuidado con la enfermedad de párkinson debido al motor extrapiramidal! • En adulto mayor: domperidona 10-20 mg / 6-8 h* por vía oral • Haloperidol* 2,5–5 mg / 24 h s.c. (fármaco de elección en caso de obstrucción completa, si no es posible la administración de antieméticos procinéticos) • En caso de respuesta insuficiente a otros antieméticos: antipsicóticos de amplio espectro como Levomepromazina * 1-5 mg / 12 h por vía oral, 1-5 mg por la noche por vía oral • Dexametasona* 2-4 mg / 24 h (hasta 8 mg) por vía oral o 2-4 mg / 24 h s. C.
Dolor	• Morfina subcutánea.
Disnea	• Morfina subcutánea. • Añadir benzodiacepina si los opioides* no son efectivos. • Permitir que entre aire fresco en la habitación, dirigir una corriente de aire fría a la cara (abanico de mano), dedicar tiempo al paciente, crear una atmósfera segura, disminuir el miedo

* Off-Label

Notas Personales

Sofía Bunge, médica especialista en Medicina Interna y en Geriatría. Especialista en Cuidados Paliativos. Diplomada en Formación docente en salud y en Bioética. Directora del Posgrado Interdisciplinario en Cuidados Paliativos FLACSO-PAMP-FF y Co-Directora Programa Argentino de Medicina y Cuidados Paliativos de la Fundación FEMEBA. Docente en la Universidad UNICEN, Universidad Austral, UCA. Coordinadora de la Comisión de Educación de la ALCP. Presta actividad asistencial en el Hospital de Olavarría y en el Hospital Tornú, Fundación Icalma.

Leticia Viana, doctora en medicina y cirugía. Especialista en Medicina Paliativa y Dolor con formación Oncológica. Diplomada en Didáctica Universitaria. Es jefe del Departamento de Cuidados Paliativos y Dolor del Instituto Nacional del Cáncer y coordinadora del programa de Residencia en Medicina Paliativa y Soporte oncológico de esa institución. Es coordinadora del Comité Técnico de Cuidados Paliativos para Union for International Cancer Control – Asunción. Presidente de la Sociedad Paraguaya de Medicina Paliativa y Soporte.

Julián Agudelo, médico de la Universidad Santiago de Cali (Colombia), Especialista en Medicina Familiar y Máster en Cuidados Paliativos (ICO, Universidad Barcelona y Universidad de Vic, España), convalidado como Especialista en Dolor y Cuidados Paliativos en Colombia. Desde 2018 es docente de la Universidad del Valle y desempeña actividad asistencial en la Clínica de Occidente y en el Centro Integral de Medicina Familiar y Cuidados Paliativos.

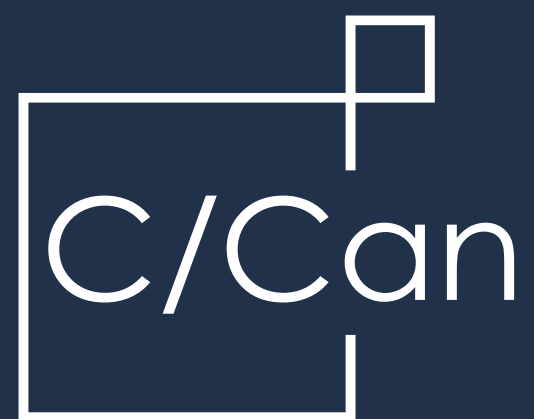
Tania Pastrana, coordinadora del proyecto, médica y cirujana de la Universidad de Caldas (Manizales, Colombia), socióloga de la Universidad de Múnich (Alemania) con doctorado en Antropología Médica y Medicina Psicosomática (Universidad de Múnich e Instituto Max Planck). Master en Educación Médica (Universidad de Heidelberg, Alemania). Desde 2007 trabaja como docente e investigadora en el Departamento de Medicina Paliativa de la Universidad de Aquisgrán (RWTH Aachen University).

Si tiene comentarios
o sugerencias, comuníquese con

tpastrana@ukaachen.de



ecancer.org



<https://citycancerchallenge.org/>



<https://echo.unm.edu/>

