

**Guía de
Cuidados Paliativos de
la Comunidad de Madrid**



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Guía de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE SANIDAD

COMISIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS

- D^a Carmen González San Segundo.** Asociación Española contra el Cáncer.
D. Juan Manuel Núñez Olarte. Asociación Madrileña de Cuidados Paliativos,
D^a Begoña Sanz Llorente. Asociación Madrileña de Cuidados Paliativos.
D^a M^a Antonia Lacaste Reverté. Asociación Madrileña de Cuidados Paliativos.
D. César García Pérez. Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria.
D. Melchor Álvarez de Mon Soto. Sociedad de Madrid-Castilla La Mancha de Medicina Interna
D. F. López Timoneda. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.
D^a Isabel Jimeno Sanz. Sociedad Española de Medicina General.
D. Juan Carlos Colmenarejo Hernando. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN)
D. Vicente Valentín Maganto. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)
D^a M^a Teresa Murillo González. Asociación Española de Radioterapia y Oncología (AERO).
D. Primitivo Ramos Cordero. Sociedad Madrileña de Geriátría y Gerontología.
D^a Cristina de Miguel Sánchez. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
D. Manuel Moya Mir. Sociedad Española de Urgencias y Emergencias.
D^a Marta Aguilera Guzmán. Servicio Madrileño de Salud
D. Andrés Castro Bande. Agencia Laín Entralgo.
D^a Elena Andradas Aragonés. Agencia Laín Entralgo.

GRUPO DE REDACCIÓN:

- D^a Teresa Salas Campo**
D. Fernando Vicente Sánchez
D. Vicente Valentín Maganto
D^a Cristina de Miguel Sánchez
D^a Begoña Sanz Llorente
D^a M^a Antonia Lacasta Reverte
D. Juan Manuel Núñez Olarte
D^a Marta Aguilera Guzmán

REVISIÓN EXTERNA:

Unidad de Bioética. Consejería de Sanidad.

INDICE

1.- Introducción	Pág. 4
2.- Criterios Generales de Fase Avanzada -Terminal	Pág. 5
3.- Definición de situación compleja y no compleja	Pág. 9
3.1. Desde la perspectiva física.	Pág. 10
3.1.1. Paciente Oncológico	Pág. 10
3.1.2. Paciente con patología crónica en situación terminal.	Pág. 11
3.2. Desde la perspectiva psicológico-emocional.	Pág. 12
3.2.1. Situación No Compleja.	Pág. 12
3.2.2. Situaciones Complejas	Pág. 12
3.3. Desde la perspectiva social.	Pág. 13
3.4. Desde la perspectiva ética.	Pág. 14
3.4.1. Autonomía del Paciente	Pág. 15
3.4.2. Derecho a ser informado	Pág. 15
3.4.3. Derecho a participar en el proceso de atención	Pág. 15
4. Control General de Síntomas	Pág. 15
5.- Criterios de atención frente a los síntomas más frecuentes de desestabilización	Pág. 21
5.1. Dolor	Pág. 21
5.2. Disnea	Pág. 42
5.3. Delirium (Estado Confusional Agudo)	Pág. 46
5.4. Distrés Psicológico	Pág. 51
5.5. Hemorragia	Pág. 52
5.6. Atención a la fase final	Pág. 55
6.- Anexo I. Palliative Performance Scale	Pág. 58
7.- Anexo II. Escala Zarit Reducida	Pág. 59
8.- Anexo III. Definiciones términos empleados	Pág. 60
9.- Anexo IV. Miniexamen Cognitivo de Lobo	Pág. 63
Bibliografía	Pág. 65

1. Introducción

El Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008 establece la elaboración y difusión de Guías Clínicas, como una de las líneas de actuación para lograr el objetivo de “*Asegurar la calidad de la atención a los pacientes y sus familias en todos los niveles del sistema sanitario*”. Estas Guías deben ser sencillas y fáciles en su comprensión con el fin de que sean de utilidad para los profesionales que necesitan en un momento determinado consultar o aclarar alguna duda que se le presente en la atención de un paciente en cuidados paliativos. Por lo tanto, no intenta ser exhaustiva pero sí establecer cierta homogeneidad en los criterios de actuación independientemente del lugar de atención, domicilio o centro hospitalario.

Para aquellos profesionales que quieran profundizar en algunos temas, al final del documento se recoge referencias bibliográficas actualizadas.

Esta primera guía recoge aspectos generales de actuación, que se completará con otras guías de aspectos específicos. Consta de los siguientes apartados:

- Criterios Generales de Terminalidad
- Clasificación de Situaciones Complejas y No Complejas desde las perspectivas física, psicológico-emocional, social y ético
- Control General de Síntomas
- Criterios de atención frente a los síntomas más frecuentes de desestabilización:
 - Dolor
 - Disnea
 - Delirium
 - Distrés psicológico ¹
 - Hemorragia
 - Atención a la fase final.

¹ La palabra “distrés” es un anglicismo frecuentemente empleado en cuidados paliativos y medicina intensiva, y corresponde al término español “sufrimiento”.

2. Criterios Generales de Fase Avanzada - Terminal

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto recientemente una definición de Cuidados Paliativos amplia y ambiciosa: “Los cuidados paliativos constituyen un método de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias al afrontar los problemas asociados a enfermedades incurables mediante la prevención y alivio del sufrimiento”.

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

De esta forma la frontera entre tratamiento curativo y paliativo se difumina en aras de dar una respuesta a las necesidades de cada paciente y cada familia en el momento que estas aparezcan. Así, el modelo dicotómico queda sustituido por un modelo progresivo de atención que implica la atención desde estadios más precoces de la enfermedad. Esta definición trata de hacer hincapié en la importancia de desarrollar una medicina más centrada en los problemas del paciente en todos los niveles de atención de las enfermedades potencialmente incurables. Por lo tanto, parece claro que los tratamientos específicos, cuyo principal objetivo es alterar el curso natural de la enfermedad, y los paliativos, que tienen como finalidad fundamental mejorar la calidad de vida del paciente, no son excluyentes entre sí, sino que, en todo caso, constituyen una cuestión de énfasis. Así aplicaremos gradualmente un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico.

Dado que parece demostrado que el diagnóstico de terminalidad en un paciente puede facilitar el acceso a mejores cuidados, debemos realizar un esfuerzo para que en los pacientes no oncológicos se puedan establecer lo más claramente posible criterios que definan las fases finales de las enfermedades. Esto,

obviamente, no puede significar que todos los enfermos con el diagnóstico de terminalidad deban ser remitidos a los equipos específicos de cuidados paliativos. El objetivo será, de un lado, potenciar la concienciación en las diferentes especialidades sobre la forma de dispensar los mejores cuidados a estos pacientes y, de otro lado, discriminar el subgrupo de pacientes que puede beneficiarse más de la actuación de los equipos específicos de cuidados paliativos, en combinación simultánea o alternativa con el equipo que atiende al paciente.

La decisión clínica de terminalidad tiene que tomarse tras valorar adecuadamente la evolución del paciente, utilizando los criterios recogidos en escalas específicas y el criterio de los médicos especialistas. Aunque el ámbito de urgencias no es el mejor lugar para definir la situación de terminalidad de un paciente, en ocasiones habrá situaciones clínicas que obliguen a tomar la decisión en dicho ámbito. Por otra parte, la decisión debe estar sujeta a revisión permanente puesto que la aparición de nuevos tratamientos va cambiando progresivamente los conceptos de terapia con intención curativa y terapia con intención paliativa haciendo que ambos se aproximen.

La National Hospice and Palliative Care Organization (NHO) elaboró una serie de criterios pronósticos para facilitar el acceso de pacientes no oncológicos a cuidados paliativos. A pesar de que estudios prospectivos no han podido confirmar la validez de estos criterios, su utilización ha permitido el acceso de pacientes no oncológicos a servicios específicos de cuidados paliativos. En la actualidad se está trabajando en la elaboración de indicadores pronósticos que permitan establecer con mayor exactitud el pronóstico en las insuficiencias orgánicas. Mientras tanto puede ser útil seguir empleando los criterios de la NHO para aplicar una perspectiva de tratamiento más paliativa a todos los pacientes con fases avanzadas de insuficiencias orgánicas o en enfermedades neurodegenerativas en los diferentes niveles asistenciales del sistema sanitario. De hecho, algunos autores han sugerido que una buena opción sería realizarse una simple pregunta ante el tratamiento de un paciente con insuficiencia orgánica avanzada: *¿Me sorprendería la muerte de este paciente en los próximos meses?* Si la contestación es *no* se debería activar un enfoque paliativo en el tratamiento del enfermo.

Los criterios de los pacientes oncológicos en fase avanzada están más definidos y establecidos, por lo que a efectos prácticos se define la terminalidad en el paciente oncológico y no oncológico.

CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Partiendo de los criterios antes expuestos, el enfermo oncológico terminal debe reunir todas las siguientes características:

- Presencia de una enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable; con diagnóstico histológico demostrado. En algunas situaciones especiales y de manera excepcional, se aceptará la ausencia de diagnóstico histológico. En estas situaciones, en las que por la situación clínica del paciente no se considera adecuado proceder a una

investigación exhaustiva de su neoplasia, se deberá haber excluido tumores potencialmente tratables.

- Haber recibido terapéutica estándar eficaz y/o encontrarse en situación de escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico para su patología oncológica. En determinadas situaciones se deben utilizar recursos considerados como específicos (quimioterapia oral, radioterapia, hormonoterapia, bifosfonatos, moléculas en 3ª y 4ª línea, etc...) por su impacto favorable sobre la calidad de vida.
- Presencia de problemas ó síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con el proceso de morir.
- Pronóstico vital limitado a los últimos meses de vida, a excepción de aquellas situaciones clínicas complejas que aconsejen cuidados paliativos por la previsión de ganancia en calidad de vida.

La decisión por parte de los clínicos de definir a un paciente como avanzado/terminal debe ser tomada sólo por especialistas cualificados y con experiencia, y estar sujeta a revisión permanente.

CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN EL PACIENTE NO ONCOLÓGICO

Partiendo de los criterios antes expuestos, el enfermo no oncológico terminal debe reunir todas las siguientes características:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- El tratamiento específico para la patología de base ha sido optimizado al máximo posible para el paciente. En general, el tratamiento específico, cuando existe, debe mantenerse en la fase final de la enfermedad. La sustitución del tratamiento específico por tratamiento paliativo puro es una excepción justificada sólo en situaciones de proximidad del éxitus.
- Presencia de problemas ó síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes a pesar del empleo del adecuado tratamiento específico.
- Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico vital limitado. Los pacientes susceptibles de una atención específica son aquellos que presenten una situación más cercana al final de la vida. Los instrumentos de diagnóstico que pueden facilitar la discriminación adecuada en la mayoría de las patologías de base se basan en:

- Diagnóstico: Como ya hemos comentado, la National Hospice Organization elaboró una serie de criterios de ingreso en Unidades de Cuidados Paliativos para una serie de enfermedades progresivas en estadio avanzado, que se han convertido en referentes para determinar la necesidad de cuidados paliativos en un paciente. A pesar de las dudas sobre la precisión pronóstica de estos criterios, son la mejor herramienta general con la que contamos para la selección adecuada de los pacientes.

CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN PACIENTES NO ONCOLÓGICOS (NHPCO, 1996)

Estos criterios solo son aplicables a pacientes no susceptibles de tratamientos sustitutivos: trasplante y/o diálisis.

Intentan definir mortalidad en 6 meses, aunque no existen estudios prospectivos.

ENFERMEDAD CRÓNICA NO ONCOLÓGICA	CRITERIOS CLÍNICOS	CRITERIOS ECOCARDIOGRAMA, PFR, Y/O LABORATORIO
ENFERMEDAD CARDIACA ¹	Disnea reposo a pesar tratamiento óptimo	FE<20%
ENFERMEDAD PULMONAR ²	Disnea reposo a pesar tratamiento óptimo Enfermedad pulmonar progresiva ³	VEMS<30% tras broncodilatación IC derecha 2 enfermedad pulmonar PO ₂ <=55, SO ₂ <=88% con Oxígeno PCO ₂ ≥ 50 Pérdida peso>10%, últimos 6 meses Taquicardia>100 l.p.m.
ENFERMEDAD HEPÁTICA ^{4,5}	Ascitis refractaria Encefalopatía hepática refractaria PBE Síndrome hepatorenal Sangrado recurrente por varices	TP >control en 5" y Albúmina sérica<2,5 mg/dl
ENFERMEDAD RENAL	Clínica urémica Diuresis<400ml/24 horas Pericarditis urémica Síndrome hepatorenal Sobrecarga líquida refractaria Hiperpotasemia refractaria (K>7)	CCr<10ml/min Cr>8mg/dl
DEMENCIA ⁶	Capacidad funcional ⁷ Complicaciones médicas en último año ⁸	

PFR: Pruebas de función respiratoria; FE: Fracción de eyección; VEMS: Volumen espiratorio máximo; IC: Insuficiencia cardíaca; PBE: Peritonitis bacteriana espontánea; TP: Tiempo de protrombina; l.p.m.: latidos por minuto

¹ Factores que empeoran el pronóstico: arritmias refractarias al tratamiento, parada cardíaca, síncope de etiología por filiar y ACVA embólico.

² Se desconoce la combinación de criterios clínicos y de pruebas complementarias que pueda resultar predictiva.

³ Se entiende por enfermedad pulmonar progresiva, aquella con un número creciente de visitas a urgencias y hospitalizaciones, y/o reducción del VEMS>40ml/año

⁴ Los criterios clínicos y de laboratorio se asocian con pobre supervivencia en pacientes con cirrosis avanzada secundaria alcoholismo, viral o criptogenética. Los efectos son aditivos, es decir, el pronóstico empeora, con la adición de cada uno de ellos.

⁵ Factores que además empeoran el pronóstico: malnutrición progresiva, pérdida masa muscular, alcoholismo activo, carcinoma hepatocelular y HB_s Ag +.

⁶ La supervivencia de una demencia muy avanzada, puede ser hasta 2 años, dependiendo de la presencia de comorbilidad en el último año y de la calidad de los cuidados recibidos.

⁷ Capacidad funcional: El paciente debe ser incapaz de deambular, vestirse y bañarse adecuadamente sin ayuda, incontinencia urinaria y fecal, e incapaz de comunicarse con sentido, con un lenguaje reducido a < 6 palabras inteligibles.

⁸ La presencia de las siguientes complicaciones médicas en el último año, disminuye la supervivencia en la demencia avanzada neumonía aspirativa, pielonefritis, sepsis, múltiples úlceras por presión estadio 3-4, fiebre recurrente tras antibiótico, dificultad para deglutir o negativa a comer en pacientes que no van a recibir nutrición enteral o parenteral. En caso de pacientes con alimentación enteral, serían criterios de mal pronóstico: pérdida de peso >10% en los últimos 6 meses, albúmina sérica < 2,5 mg/dl.

- Pronóstico: Escala PPS < 40. La funcionalidad de un paciente es el mejor parámetro independiente para predecir supervivencia independientemente de la patología de base. (Anexo I)

3. Definición de situación compleja y no compleja

De acuerdo al Plan de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, se definen tres situaciones según grado de complejidad del paciente y familia:

➤ Situaciones no complejas:

- Paciente no complejo: “es el paciente en estado de fase avanzada y situación de estabilidad física y emocional, con opción de tratamiento paliativo para el control sintomático y el alivio del dolor y el sufrimiento en su domicilio, bajo el cuidado de su equipo de atención primaria”.
- Familiar no complejo: es aquella persona que presenta estabilidad emocional y manejo de la situación en domicilio como cuidador, bajo el seguimiento y apoyo de su equipo de atención primaria.

➤ Situaciones de baja complejidad:

- Paciente no complejo pero con bajo o ningún soporte familiar, es decir, aquellas situaciones en la que las condiciones socio familiares no hacen posible la atención en domicilio o cuando se produce una claudicación familiar. Puede ser atendido con recursos y/o en centros socio–sanitarios y si se precisa en unidades de cuidados paliativos de media – larga estancia.

➤ Situaciones de alta complejidad:

- Paciente complejo: es el paciente en situación avanzada y situación clínica inestable, con escasa respuesta a la terapéutica habitual, que padece dificultades de adaptación emocional o crisis de gran sufrimiento psicológico con intensidad y/o frecuencia, o que presenta nuevas complicaciones, que requieren para su resolución del apoyo de recursos

específicos de cuidados paliativos (equipo de soporte de atención domiciliaria y/o hospitalarios, psicólogo,...)

- Familiar complejo, es aquella persona que presenta:
 - dificultades prácticas, emocionales, de cuidados o de adaptación a la situación.
 - riesgo de duelo complicado.
 - claudicación o riesgo de claudicación del cuidador.

A continuación, se establecen los criterios de situaciones complejas y no complejas, desde las perspectivas física, psicológico-emocional, social y ética.

3.1. Desde la perspectiva física

Se diferencia según sea un paciente oncológico o con patología crónica en fase avanzada.

3.1.1. Paciente oncológico

El grado de complejidad clínica en el paciente oncológico y que resulta específico del mismo, viene determinado por:

CRITERIOS DE COMPLEJIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	
SITUACION CLINICA	PLANTEAMIENTO
NATURALEZA, TIPO, DISEMINACIÓN DEL TUMOR	Valoración y diagnóstico Toma de decisiones terapéuticas específicas Técnicas intervencionistas Gestión de recursos
NUMERO Y LOCALIZACIÓN DE ORGANOS AFECTADOS (METASTASIS)	Diagnóstico Valoración de Técnica a utilizar Toma de decisiones Gestión de recursos
UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS ESPECIFICOS RT CONVENCIONAL vs RCIR vs IGRT BIFOSFONATOS QUIMIOTERAPIA	Valoración individual del caso Toma de decisiones Selección de Técnicas Gestión de recursos
SINTOMAS REFRACTARIOS DOLOR OSEO – NEUROPATICO MTS CEREBRALES MTS HEPATICAS PLEXOPATIAS S. PARANEOPLASICOS	Valoración y diagnóstico individualizado Causa de síntomas difíciles Selección de técnica específica Toma de decisiones. Gestión de recursos
URGENCIAS PALIATIVAS SCVCS – SCVI COMPRESIÓN MEDULAR SANGRADOS RECURRENTE Situación últimos días	DIAGNOSTICO ESPECIFICO EN AE Decisión de Técnicas terapéutica Necesidad de vía subcutánea Toma de decisiones (retirada transfusiones) Gestión de recursos

La presencia de síntomas y su intensidad son independientes de:

- Pronóstico vital esperado.
- Estadío de la enfermedad.
- Diferentes tipos de tumor.

En la elaboración del pronóstico deben tenerse en cuenta parámetros objetivos además de la impresión clínica del profesional.

Los síntomas con significación pronóstica son:

- *Performance Status* (Escala de Karnofsky).
- Algunos síntomas del síndrome de anorexia – caquexia (anorexia, pérdida de peso, disfagia y xerostomía).
- Disnea.
- Delirium.
- Alteración cognitiva.
(Grado de recomendación B) (Nivel de evidencia III)

Los parámetros analíticos con significación pronóstica son:

- Leucocitosis.
- Linfopenia.
- Concentraciones elevadas de proteína C reactiva.
(Grado de recomendación B) (Nivel de evidencia III)

3.1.2. Paciente con patología crónica en situación terminal

CRITERIOS DE COMPLEJIDAD EN EL PACIENTE CON PATOLOGIA CRONICA EN SITUACION TERMINAL	
PATOLOGIA	MOTIVO
ENFERMEDAD CARDIACA (disnea refractaria a tratamiento habitual)	<u>Estabilización</u> clínica <u>Manejo</u> de síntomas difíciles (disnea y opioides) y agonía <u>Técnicas</u> : necesidad de vía subcutánea (s.c.) <u>Toma de decisiones</u> (no indicación de desfibrilador) <u>Gestión</u> de recursos
ENFERMEDAD PULMONAR (disnea refractaria a tratamiento habitual)	<u>Estabilización</u> clínica <u>Manejo</u> de síntomas difíciles (disnea y opioides) y agonía <u>Técnicas</u> : necesidad de vía s.c. <u>Toma de decisiones</u> (retirada BIPAP) <u>Gestión</u> de recursos
ENFERMEDAD HEPÁTICA (ascitis resistente a restricción sódica y diuréticos)	<u>Estabilización</u> clínica <u>Manejo</u> de síntomas difíciles (delirium y opioides) y agonía <u>Técnicas</u> : necesidad de vía s.c., paracentesis de repetición, catéteres de derivación <u>Toma de decisiones</u> (retirada transfusiones) <u>Gestión</u> de recursos
ENFERMEDAD RENAL (Todo paciente con Ccl < 10ml/min o Cr > 8 mg/dl)	<u>Seguimiento</u> , controles de bicarbonato, Na, K, Ca, P, y sobrecarga hídrica <u>Manejo</u> de síntomas difíciles (delirium y opioides) y agonía <u>Técnicas</u> : necesidad de vía s.c. <u>Toma de decisiones</u> (retirada diálisis) <u>Gestión</u> de recursos
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DEGENERATIVAS	<u>Estabilización</u> clínica: dolor, trastornos de conducta, problemas de alimentación <u>Manejo</u> de síntomas difíciles en paciente con dificultad de comunicación y de agonía <u>Técnicas</u> : necesidad de vía s.c. <u>Toma de decisiones</u> (retirada antibióticos y alimentación) <u>Gestión</u> de recursos

3.2. Desde la perspectiva psicológico-emocional

3.2.1. Situación No Compleja

La situación no compleja es aquella en la que el paciente y familia poseen factores que favorecen la resiliencia². En psicología el concepto de “resiliencia” se define como “un rasgo de la personalidad en el que se incluyen factores diferentes (cognitivos, emotivos, familiares, sociales, educativos, experimentados, madurados) que con su acción conjunta potencian los recursos de cada uno y los hacen capaces de resistir al estrés y soportar las adversidades, de afrontar los problemas y encontrar respuestas flexibles de adaptación y de reconstrucción de sí mismo”. El concepto de personalidad resiliente no se entiende como un rasgo inherente, estático, estable, absoluto, ni definitivo sino como un resultado cambiante de la relación individuo-medio. Los factores protectores que permiten ser más resilientes se pueden aprender.

Los componentes que interactúan y se consideran claves en la personalidad resiliente son: compromiso, control y reto.

FACTORES QUE FAVORECEN “LA RESILIENCIA”
<ul style="list-style-type: none">▪ Utilizar estrategias de afrontamiento adaptativas. Generar conductas adecuadas de resolución de problemas.▪ Disponibilidad para cambiar. Acepta equivocaciones, aprender de las experiencias negativas y potenciar los propios recursos.▪ Ser realista, mantener la esperanza y dar significado.▪ Papel activo. Ser partícipe en la toma de decisiones▪ Sentimiento de autoestima y competencia personal.▪ Capacidad de control, desafío e iniciativa▪ Apoyo sociofamiliar y profesional

3.2.2. Situaciones Complejas

MOTIVOS EN LOS ENFERMOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Sintomatología ansiosa y/o depresiva. Trastornos psicopatológicos y Riesgo de suicidio▪ Problemas de información y comunicación▪ Dificultades y trastornos de adaptación. Distrés▪ Miedos (sufrimiento, dolor, discapacidad, dependencia, muerte).▪ Dificultades para tomar decisiones, resolución de asuntos pendientes y facilitar las despedidas▪ Dificultades para controlar el dolor y el sueño.▪ Problemas de adhesión y adaptación al tratamiento▪ Problemas de imagen corporal▪ Mayor ingestión de sustancias (drogas o alcohol)

² En español se podría traducir como “entereza”. En el diccionario de María Moliner: “Cualidad por la que una persona soporta las desgracias o penalidades sin abatirse”.

MOTIVOS EN LOS FAMILIARES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duelo complicado ▪ Sintomatología ansiosa y/o depresiva ▪ Déficit de información. Problemas de comunicación enfermo /familia/ equipo ▪ Dificultades y trastornos de adaptación. Distrés ▪ Dificultades para asumir la enfermedad y la muerte. ▪ Relaciones familiares conflictivas ▪ Riesgo o claudicación emocional ▪ Psicosomatización ▪ Dificultades en el manejo emocional con niños, adolescentes, disminuidos y personas mayores

Factores de riesgo	
ALTO ESTRÉS EMOCIONAL	BAJO ESTRÉS EMOCIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • Menor nivel socioeconómico • Antecedentes psiquiátricos • Bajo soporte socio familiar (conflictos conyugales) • Pesimismo alto • Neuroticismo alto • Enfermedad avanzada y sintomática • Mala capacidad para resolver problemas y elaborar duelo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor nivel socioeconómico • No antecedentes psiquiátricos • Alto soporte socio familiar • Optimismo alto • Neuroticismo bajo • Enfermedad y sintomatología no tan avanzada • Mejor capacidad para resolver problemas y elaborar duelo

3.3. Desde la perspectiva social

NO COMPLEJO	COMPLEJO
Cuidador principal a tiempo completo.	Cuidador principal: <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de dedicación limitado. • Carga generada excesiva. • Carga percibida excesiva (sobrecarga emocional del cuidador).(Anexo XX: ESCALA ZARIT REDUCIDO) Falta de cuidador principal: <ul style="list-style-type: none"> • Relación de conflicto (desconexión de los familiares). • Marginados. • Inmigrantes.
Cuidadores informales: <ul style="list-style-type: none"> • Otros familiares. • Vecinos. • Amigos. 	Falta de cuidadores informales. Falta de cobertura horaria completa por cuidadores informales.
Cuidador formal viable.	Cuidador formal no viable.
Recursos económicos suficientes.	Recursos económicos limitados o falta de ingresos.
Condiciones adecuadas de su vivienda.	Condiciones no adecuadas de su vivienda.
Individuo capacitado para la realización de sus Actividades de la Vida Diaria (AVD) (solo o con ayuda física)	Individuo no capacitado para la realización de sus AVD sin ayuda física.

GLOSARIO:

CUIDADOR INFORMAL: Todos aquellos miembros de la familia o amigos del enfermo que prestan asistencia y cuidados. Cuya finalidad es fomentar la calidad del enfermo y permitir el descanso del cuidador principal.

CUIDADOR FORMAL: Todas aquellas personas que prestan asistencia y cuidados dependientes de organismos públicos o privados, con o sin ánimo de lucro, y por personas organizadas en voluntariado a través de sus planes, programas y servicios sociales para cubrir las necesidades de los enfermos, en la realización de todas las actividades de la vida diaria.

3.4. Desde la perspectiva ética

Presupuestos previos

El profesional de Cuidados Paliativos tiene la obligación moral, si cabe mayor que la de cualquier profesional de la salud, en razón a su trabajo habitual, de analizar los problemas bioéticos que se le presenten mediante la utilización de unos principios basados en una bioética racional y bien fundamentada.

Situaciones complejas

Los siguientes dilemas éticos pueden requerir, caso de que se solicite, de una intervención especializada del equipo de cuidados paliativos. Sólo en aquellos casos que se ajusten a las normas jurídicas, se facilitará la toma de decisiones.

No se debería facilitar dicha ayuda a tomar decisiones en los siguientes casos:

- Petición de eutanasia por el paciente
- Petición de suicidio médicamente asistido
- Petición de sedación terminal por razón de sufrimiento psicológico por el paciente

Si se debería facilitar dicha ayuda a tomar decisiones, cuando esté claramente indicada y de acuerdo con las normas jurídicas, en las siguientes situaciones:

- Petición de retirada de medidas extraordinarias y limitación de esfuerzo terapéutico por el paciente o/y la familia
- Asesoramiento del médico y la familia para la retirada de medidas extraordinarias y limitación del esfuerzo terapéutico
- Asesoramiento del médico para la limitación del esfuerzo diagnóstico
- Sedación en estados terminales y sedación paliativa (por ejemplo por síntomas distintos de los habituales: dolor, disnea, delirium, sufrimiento emocional, hemorragia)
- Obtención del consentimiento informado en situaciones complicadas:
- Paciente no capaz o que delega la decisión en personas vinculadas por razones familiares o de hecho que no comparten una misma opinión sobre las medidas a tomar

- Rechazo a medidas terapéuticas por motivos de conciencia (objeción)
- Diferentes sensibilidades culturales frente a la muerte y el sufrimiento
- Modelos informativo e interpretativo en la relación profesional – paciente.

3.4.1. Autonomía del Paciente.

Por autonomía entendemos la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente, y en ausencia de coacción interna o externa.

Es precisamente en la última etapa de la vida, sobre todo cuando la muerte es previsible debido a una enfermedad en fase Terminal, cuando cobra más importancia el respeto a la dignidad de la persona y a su autonomía. En este sentido, es apropiado analizar los derechos de información y participación en el proceso de atención sanitaria

3.4.2. Derecho a ser informado”

La Ley de autonomía del paciente indica que el titular de dicho derecho es el paciente, y que la forma de transmisión de la información es la verbal, aunque dejando constancia escrita en la historia clínica. Se contempla también el derecho a no ser informado, si ese fuera el deseo del paciente, o por necesidad terapéutica, cuando el conocimiento de la situación pudiera afectar a la salud del paciente de forma grave. En este caso, la ley indica que, además de dejar constancia escrita en la historia clínica, se debe comunicar la decisión a personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

3.4.3. Derecho a participar en el proceso de atención

Este derecho se relaciona directamente con el derecho a la información descrito anteriormente. Desde el punto de vista legal está expresado por el consentimiento informado, que se constituye así en el principio fundamental de la autonomía. La Ley de autonomía del paciente lo define de la siguiente forma: “La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

El consentimiento es verbal generalmente, aunque debe ser escrito en los procedimientos invasores y en aquellos que supongan riesgos o afecten negativamente a la salud del paciente.

En determinados procedimientos de cuidados paliativos se recomienda requerir el consentimiento por escrito; entre ellos se encuentran: la radioterapia paliativa, las técnicas derivativas quirúrgicas, las técnicas analgésicas invasivas, los tratamientos invasivos a domicilio, los procedimientos diagnósticos con contraste y la transfusión sanguínea. Los pacientes que se encuentren en situación terminal, pueden optar por aquellos tratamientos que en su medio se consideren proporcionados, pudiendo rechazar responsablemente medios excepcionales, desproporcionados o alternativas terapéuticas con escasas probabilidades de éxito. Siempre habrá que respetar esta actitud y no confundirla con una conducta suicida .

4. Control General de Síntomas

- **Valoración integral del paciente y sus síntomas**
- **Evaluación de la etiología e intensidad de síntomas**

- **analizar la causa del síntoma:** el cáncer no siempre es responsable de los síntomas. ejemplo; la disnea en un paciente oncológico puede ser por infiltración tumoral, derrame pleural, infección respiratoria, anemia...
- **evaluar la intensidad** física, emocional y factores que condicionen cada síntoma.
- **Monitorización de los síntomas**
 - **utilizar instrumentos de medida estandarizados** como escalas de puntuación o analógicas. Ayuda a clarificar objetivos, sistematizar el seguimiento y mejorar el tratamiento.
- **Tratamiento individualizado**
 - discutir con el enfermo las opciones terapéuticas disponibles, aceptando sus decisiones.
 - la estrategia terapéutica a aplicar combina medidas farmacológicas y no farmacológicas, específicas o no, para obtener el control de cada síntoma:
 - **Utilizar medidas no farmacológicas**
 - valorar el uso de calor o frío, masajes, dieta, rehabilitación, relajación, u otras medidas.
 - conseguir una buena comunicación con el paciente.
 - **Uso de fármacos en pacientes avanzados/terminales**
 - **el objetivo es el confort del paciente** por tanto al prescribir un fármaco debemos tener un conocimiento amplio de sus efectos terapéuticos y secundarios.
 - **utilizar fármacos con pocos efectos secundarios subjetivos**
 - es preferible conocer unos pocos fármacos esenciales, que tener un conocimiento superficial de todos.
 - **la vía oral es de elección.** La vía subcutánea es una buena alternativa en aquellos casos en que la vía oral no es posible.
 - cuando sea posible, elegir medicamentos de acción prolongada
 - restringir, en lo posible, el número de fármacos: 4 ó 5 medicamentos como máximo
 - intentar retirar los fármacos que ya no son necesarios.
- **Fijación de plazos razonables y realistas** para conseguir los objetivos.
- **Prevención de la aparición de nuevos síntomas.**
- **Explicación al paciente**
 - Aclarar y transmitir al paciente - familia la causa de los síntomas y las medidas terapéuticas a aplicar. Una familia bien informada resulta más colaboradora.
- **Dar instrucciones claras sobre el tratamiento**
 - detallar los medicamentos que tiene que tomar el paciente, **intervalos**, dosis, vía de administración, y medicamentos que puede tomar como **rescate si precisa.**
 - es importante que el enfermo sepa para qué sirve cada medicamento (analgésicos, laxantes, antieméticos...)
 - informar sobre los posibles efectos secundarios: **prescribir tratamientos preventivos** para los efectos adversos más frecuentes (ejemplo: laxantes y antieméticos en los pacientes en tratamiento con opioides)

- **Revisión del plan terapéutico de forma continua**
 - **el cáncer es una enfermedad progresiva:** el paciente y su situación cambian, y de forma más crítica en la fase avanzada
 - **ajustar dosis** según control de síntomas
 - **vigilar la aparición de efectos secundarios**

CUIDADOS GENERALES DE LA CAVIDAD ORAL:

- Valoración de la cavidad bucal a diario.
- Cepillar los dientes mínimo 2 veces / día con cepillo suave infantil.
- Pasta con flúor.
- Si detritus, cepillado suave de la lengua y mucosas.
- Procurar aumentar la ingesta de líquidos.
- Vigilancia más exhaustiva del estado de las piezas dentarias cuando se administren bifosfonatos (aparición de osteonecrosis).
- Limpieza de la dentadura o prótesis dental:
 - Limpiar con cepillo y pasta
 - Retirar por la noche
 - Enjuagar antes de usar
 - Dejar en solución de agua e hipoclorito sódico al 1%
 - Si tiene metal: solución de clohexidina.

Boca seca:

- Limpieza diaria.
- Valorar si existe causa etiológica (ansiedad, deshidratación, tratamientos con antidepresivos,..).
- Lavados con agua de manzanilla diluida (1 litro, 1 ó 2 bolsitas de manzanilla) con o sin el zumo de 1 limón.
- Ingesta de líquidos (zumos ácidos, no azucarados, infusiones con limón).
- Masticar trozos de fruta fresca (cítricos, piña).
- Comer caramelos ácidos sin azúcar.
- Masticar chicle sin azúcar.
- Chupar y masticar hielo o melón helado.
- Uso de salivas comercializadas, en forma de gel o spray.
- Hidratación de los labios con cacao, nunca con vaselina (hidrófoba).
- En casos difíciles valorar tratamiento con Pilocarpina Salagen (cápsulas de 5 mg). Las dosis de inicio sería 1c/8 horas.

Boca infectada (Micosis):

- Enjuagues con Nistatina 5ml 4 veces al día x 7 -14 días y luego tragar. Se debe mantener el mayor tiempo en la boca. Una forma eficaz de realizarlo es congelar la dosis y chuparla como si fuera un caramelo (permite que la solución pase por toda la cavidad y se mantenga el tiempo indicado).
- Evitar comer o beber 30' después de cada dosis.
- En caso de uso de prótesis dentales es preciso dejarlas sumergidas en solución de Nistatina.
- También puede sumergirse la prótesis dental en solución de hipoclorito sódico al 1% durante la noche (si no es metálica).

- Cuando la infección no remita o esta sea extensiva y con clínica de disfagia se aconseja la administración de Fluconazol por vía oral o incluso vía parenteral.
- Adecuar la textura y temperatura de la comida.

Boca infectada (Bacteremia):

- Enjuagues con povidona yodada oral (1 ó 2 cucharillas en un vaso de agua).
- Enjuagues con agua oxigenada diluida al 50%.
- Evitar los antisépticos alcohólicos por aumentar la sequedad de la mucosa y porque potencian la aparición de micosis.
- Enjuagues con Metronidazol en el caso de infección por anaerobios.
- Adecuar la textura y temperatura de la comida.

Boca infectada (vírica):

- Enjuagues con infusión de manzanilla diluida.
- Enjuagues con lidocaína viscosa al 2% (anestésico local) para facilitar la ingesta y la comunicación. Puede llegar a tragarse y si es posible coincidir con las comidas.
- Aplicación de Aciclovir en las lesiones.
- Administración de Aciclovir o Famciclovir vía oral o parenteral.
- Evitar la colocación de prótesis dental para evitar nuevas lesiones y aumentar el dolor.
- Adecuar la textura y temperatura de la comida.

Boca sucia:

- Limpiar con cepillo suave o con torunda de gasa utilizando:
 - + Solución de suero salino y agua oxigenada (3/4 y 1/4).
 - + Solución de bicarbonato sódico y agua oxigenada (3/4 y 1/4).
 No usar bicarbonato con Nistatina por interacción entre ellos.
- Enjuagues con agua con gas.
- Sumergir la prótesis dental en solución de hipoclorito sódico al 1% durante la noche (si no es metálica).

Boca sangrante:

- Limpieza habitual de la boca.
- Enjuagues con agua oxigenada diluida al 50% y aplicación de toques de sucralfato en puntos sangrantes.
- Adecuar la comida, evitando temperaturas extremas.
- Uso de prótesis dental si es posible.

Mucositis

- ♦ **Las medidas más importantes: Control del dolor e higiene oral**
- ♦ **No existe tratamiento específico**
- ♦ **Bicarbonato 1/6 M 500cc + 1 frasco de Nistatina + 100 mg ACTOCORTINA +**

CUIDADOS GENERALES DE LA PIEL:

- Higiene diaria proporcionando hidratación y continuidad de la piel.

- Vigilar zonas de riesgo (apoyo, presión, rozamiento...).
- Masaje con cremas oleosas.
- Realización de cambios posturales (si es preciso).

Piel seca:

- Uso de jabones dermoprotectores.
- Secado minucioso con tejidos naturales (algodón).
- Aplicación de cremas oleosas mediante masaje, si es posible.

Piel húmeda:

- Uso de jabones dermoprotectores.
- Secado minucioso con tejidos naturales (algodón), sobre todo de las zonas de riesgo (pliegues inguinales y mamarios).
- Aplicar oxígeno, o bien airear la zona.
- Evitar el uso de pañales cerrados.
- Vigilar la aparición de infecciones (candidiasis) o erupciones por contacto.
- Aplicación de crema de barrera a base de óxido de zinc.

Prurito:

- Evitar irritantes cutáneos (jabones, fibras sintéticas, celulosa...).
- Evitar el exceso de calor.
- Evitar la piel seca mediante hidratación con cremas oleosas e ingesta de líquidos.
- Evitar el rascado mediante corte de uñas y uso de guantes de algodón o hilo.
- Uso de cremas de hidrocortisona al 1% si piel inflamada y de cremas a base de alcanfor como crema antiprurito.

Úlceras por presión (Prevención):

- Valoración diaria de la piel.
- Higiene, secado minucioso e hidratación mediante masaje si es posible.
- Realizar cambios posturales si la sintomatología y estado del enfermo lo permite.
- Proteger prominencias óseas.
- Vigilar dispositivos externos (vías venosas, oxígeno, sondas enterales, ostomías...).

Úlceras por presión (Actuación):

- La finalidad de la cura es proporcionar limpieza, comodidad y evitar la progresión.
- Evitar actuaciones agresivas (desbridamiento quirúrgico).
- Uso de desbridamiento enzimático o autolítico.
- Limpieza con agua y jabón o suero salino.
- Desinfectar con clorhexidina acuosa al 0,1% o povidona yodada al 1%.
- Administrar analgesia previa a la cura si es preciso.

Úlceras tumorales:

- La finalidad de la cura es proporcionar limpieza y comodidad.
- Limpieza con agua y jabón o suero salino.
- Desinfección con clorhexidina acuosa al 0,1% o povidona yodada al 1%.
- Colocación de apósitos grasos para evitar que se adhiera y sangre a la retirada.
- Colocación de apósitos de gran absorción.
- *Si mal olor*, aplicar gasas impregnadas en Metronidazol durante unos minutos y apósitos de carbón activado. Además como medidas ambientales utilización de ambientadores a base de alcanfor.
- *Si sangrado*, aplicar presión sobre el punto sangrante, uso de apósitos hemostáticos, aplicación de sulcrafato , o bien toques de adrenalina.
- *Si dolor local* aplicación de lidocaina viscosa al 2% junto con analgesia pautaada previa a la cura.
- *Si presenta gusanos*, aplicar gasas impregnadas en eter.

Linfedema:

- Lavado y secado corporal de forma cuidadosa, teniendo especial cuidado en el secado de los espacios interdigitales y los pliegues.
- Aplicación de cremas o lociones oleosas. Evitar aquellas con contenido alcohólico y las perfumadas por ser irritantes.
- Su aplicación antes del descanso nocturno favorece su absorción y fomenta la relajación del miembro.
- Evitar posibles cortes, arañazos o incluso picaduras de mosquito; si ocurriera lavar la zona, aplicar un antiséptico local (povidona yodada) y vigilar posibles signos de inicio de infección.
- Se utilizará un cortaúñas cuando se realice la manicura o pedicura, evitando el uso de tijeras por aumentar el riesgo de cortes.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura y la exposición solar prolongada sobre el miembro afectado.
- Evitar la realización de técnicas invasivas sobre dicho miembro:
 - + Extracción de sangre, incluso la determinación capilar de la glucemia.
 - + Administración de fármacos por vía intramuscular o subcutánea.
 - + Canalización de vías parenterales.
 - + Colocación de agujas de acupuntura.
 - + Toma de la tensión arterial.
- Mantener seco el miembro de líquido exudativo, realizando los cambios de vendaje que sean precisos cuando presente un caso de linforragia.

5. Criterios de atención frente a los síntomas más frecuentes de desestabilización

5.1. Dolor

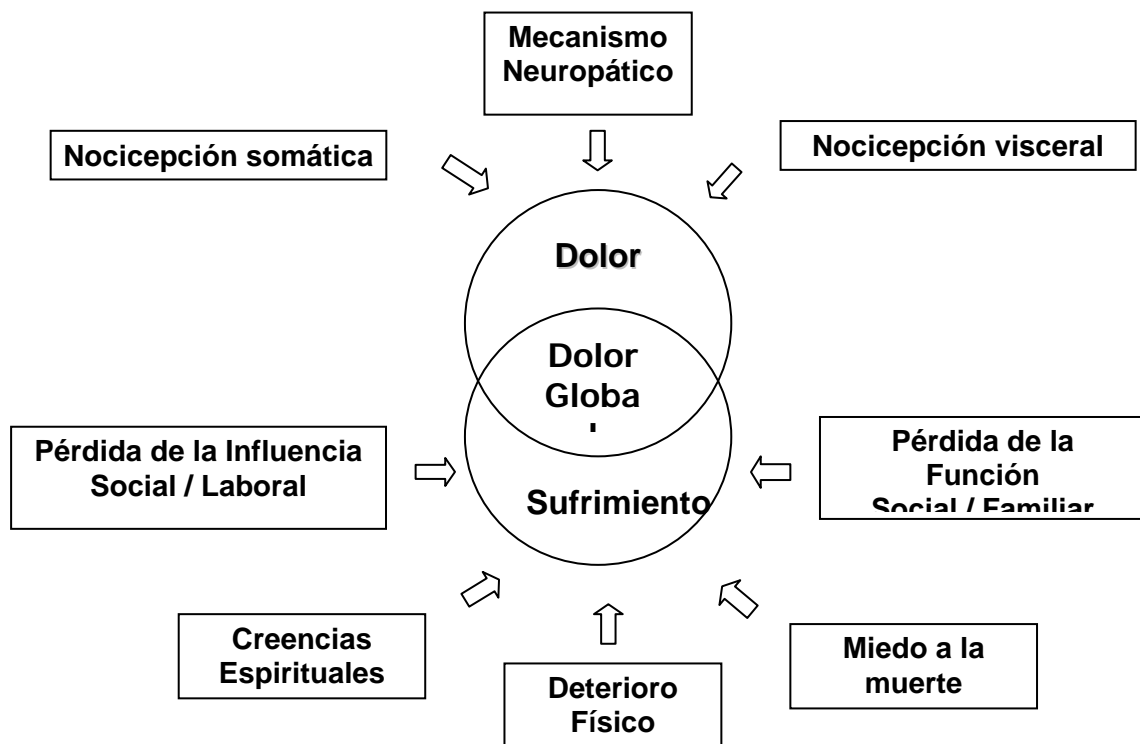
ANALISIS DE SITUACION

Es bien conocido, que la incidencia de dolor oncológico se incrementa desde un 50% a un 75% en los pacientes que progresan de un estadio intermedio a un estadio más avanzado, y que más del 80% de los pacientes con cáncer tendrán dolor antes de morir. Las razones por las que los pacientes con cáncer experimentan dolor son múltiples y heterogéneas (**Tabla1**), puesto que pueden deberse tanto al propio tumor, por su tratamiento, pero influye la función cognitiva, estado anímico, creencias, biografía y cultura del paciente.

Tabla 1. Causas de dolor en los pacientes con Cáncer

Por tanto, el dolor tiene una naturaleza multidimensional con implicaciones físicas, psicológicas y sociales, haciendo que el dolor oncológico sea un síntoma especialmente complejo de tratar. (**Figura 1**)

Figura 1. ASPECTOS MULTIFACTORIALES EN LA NATURALEZA DEL DOLOR



Existen cuatro acciones básicas para el control de cualquier dolor oncológico y que resultan esenciales para su manejo (**Tabla 2**).

Tabla 2. Elementos para el control del dolor

- Modificar la causa y motivo del dolor.
- Alterar la percepción central del dolor.
- Modificar la transmisión del dolor hacia el sistema nervioso central.
- Bloquear la transmisión del dolor hacia el sistema nervioso central.

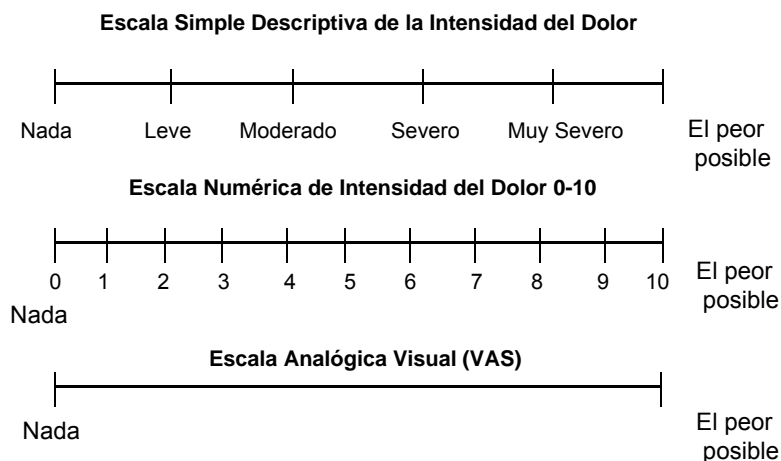
ESTRATEGIA BÁSICA

Situación del paciente:

- Comienza con una extensa valoración clínica, situación del tumor, de los problemas médicos concurrentes y del estado psicológico.
- Se debe describir el dolor en relación con: intensidad, localización, calidad, patrón temporal de manifestación, factores que lo modifican, respuesta a las terapias anteriores e impacto en su vida diaria, haciendo especial mención del sueño.

- Las escalas habituales deben ser utilizadas para comprobar la intensidad del dolor, planificar el tratamiento analgésico de inicio y evaluar los efectos del mismo.
- La intensidad del dolor puede ser medida de forma factible con el uso de escalas graduadas tanto verbales como escritas. El dolor se puntúa del 0 al 10. El dolor que se puntúa de 1 a 4 se consideran dolor leve, 5 a 6 como dolor moderado y de 7 a 10 como dolor intenso.

Escalas de Medida del Dolor



- Deberán identificarse tanto las localizaciones primarias como aquellas en las que se irradia el dolor.
- Las descripciones cualitativas pueden conducir al diagnóstico del tipo de dolor del paciente y guiarnos hacia su tratamiento específico.
- El dolor oncológico es crónico en el 90% de los casos y se puede dividir en dos tipos:

Dolor nociceptivo:

- *Dolor Somático:* Sordo, continuo, profundo, bien localizado, varía con el movimiento y es secundario a estímulos de estructuras somáticas (piel, hueso, articulaciones, músculo, partes blandas).
- *Dolor Visceral:* Continuo, pobremente localizado, descrito como una presión profunda o compresiva, referido a una zona cutánea; proviene de la estimulación simpática de vísceras u órganos.

Dolor neuropático:

Dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción en el sistema nervioso, con destrucción y/o afectación nerviosa. Comúnmente descritos como descargas paroxísticas con sensación de ardor y quemazón, como agujas o alfileres, o como un dolor entumecido.

Se debe distinguir entre dolor provocado por un estímulo (hiperalgesia, disestesia, alodinia) y el dolor espontáneo (ardor, punzante, cortante) que puede ser a su vez: continuo (dolor disestésico) o episódico (dolor lancinante).

Valoración Oncológica

Se debe realizar una valoración de la situación tumoral, los objetivos del tratamiento oncológico específico y el pronóstico anticipado del paciente. En los pacientes que responden a tratamiento con intención curativa o de mejora en la supervivencia, puede disminuir el dolor relacionado con el tumor al disminuir la masa tumoral, pero puede aparecer con más intensidad el dolor relacionado con los tratamientos. El enfermo en fase avanzada y carga tumoral importante, en sí misma, puede interferir con la capacidad de tolerar los analgésicos y coanalgésicos, pues debido a su situación clínica, se puede estrechar la ventana terapéutica. Estos aspectos debemos tenerlos en cuenta al establecer posibles tratamientos intervencionistas. Por otro lado, un pronóstico de vida limitado incrementa la importancia del control del dolor y permite ciertas intervenciones cuyos efectos secundarios pueden ser mayores y que de otra forma serían de uso limitado.

Factores Pronósticos

En el dolor oncológico se han identificado factores que afectan negativamente a su control y que debemos tener en cuenta de forma individual en cada paciente. El Edmonton Staging System clasifica el dolor oncológico en dos estadios:

- *Buen pronóstico:* Presencia de dolor visceral, óseo o de partes blandas. Ausencia de dolor irruptivo³. Ausencia de distrés emocional. Escalada lenta de opioides. Sin antecedentes de consumo de drogas/alcohol. Control del dolor en el 93% de los casos.
- *Mal pronóstico:* Presencia de dolor neuropático o mixto, dolor irruptivo, distrés emocional, incremento rápido de opioides o antecedentes de drogodependencias. Control del dolor del 55%.

La existencia de un solo factor de mal pronóstico, clasifica al paciente dentro del grupo de dolor difícil. El factor con mayor riesgo de mal control de dolor es la existencia de antecedentes de enolismo y/o adicción a drogas. El 50% de los pacientes de mal pronóstico tienen 2 ó más factores asociados.

Establecimiento de un plan de cuidados

- Tener en cuenta el tipo de dolor, expectativa de vida, y los objetivos a corto y medio plazo.
- El objetivo del tratamiento va a ser el confort y el mantenimiento de la función.
- La analgesia inicial se administrará en función de la intensidad del dolor y en la respuesta a tratamientos previos. Se integrará con los tratamientos sistémicos.
- La vía de elección es la que mejor tolere el enfermo, habitualmente la oral, que en el 90% de los casos se puede mantener hasta la fase final.

³ El término dolor irruptivo, se refiere a un dolor de aparición súbita, de gran intensidad y corta duración. La palabra "irruptivo" no figura actualmente en el diccionario de la R.A.E

- Si no se puede utilizar la vía oral, las alternativas son: vía transdérmica (fentanilo, buprenorfina), subcutánea, oral transmucosa y sublingual para el uso de benzodiazepinas (diazepam, lorazepam, alprazolam) y otros fármacos.
- La vía rectal es de uso ocasional (administración de AINEs, tramadol, benzodiazepinas, opioides).
- Las pruebas diagnósticas se realizarán para conocer las causas del dolor.
- Valorar el apoyo psicológico junto con las medidas farmacológicas.
- Informar al paciente y familia de las normas básicas de actuación efectos analgésicos, y efectos secundarios más frecuentes y su tratamiento.
- Reevaluar la paciente periódicamente, tanto en la respuesta analgésica como en la aparición de efectos secundarios
- En el paciente oncológico valorar tratamientos específicos (radioterapia, isótopos, pues puede reducir las necesidades farmacológicas

Modificación del plan de cuidados

- Un plan de cuidados puede variar en función de la situación clínica y/o progresión de la enfermedad.
- El plan de cuidados deberá ser modificado por
 - Falta de alivio del dolor,
 - Toxicidad intolerable,
 - Imposibilidad para utilizar las vías de administración establecidas.
 - Aparición de nuevas localizaciones y tipos de dolor.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR ONCOLÓGICO

Tratamiento y Planificación analgésica

Consiste en una prescripción correcta e individualizada de fármacos analgésicos y coanalgésicos, según una serie de principios: (Ver ALGORITMO 1).

- Selección del fármaco adecuado por la vía adecuada
- Dosis e intervalo correctos, con reloj en mano y no a demanda.
- Prevenir el dolor persistente y aliviar el dolor irruptivo.
- Titular la dosis de forma agresiva.
- Prevenir, anticipar y tratar los efectos secundarios.
- Considerar los analgésicos opioides de forma secuencial.
- Utilizar los coanalgésicos apropiados.

Se debe tener un conocimiento previo de las dosis equianalgésicas entre un fármaco y otro, así como entre una ruta de administración y otra. **(Tabla 3) y (Tabla 3 bis)**

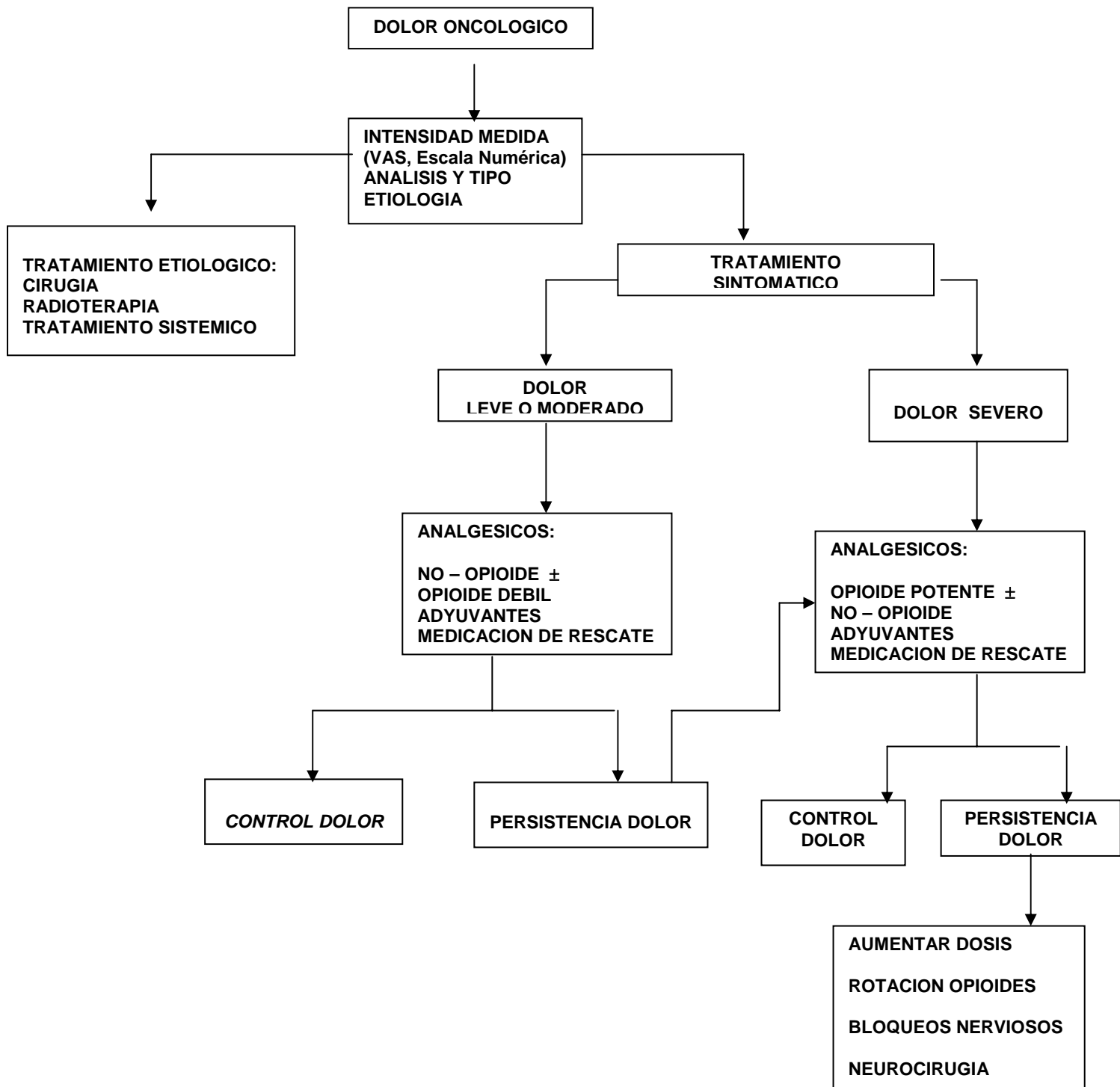
Tabla 3. Dosis equianalgésicas diarias

Oxicodona oral	20-30 mg	40-50mg	60mg	120 mg
Morfina oral LR	40-60 mg	90-100 mg	120mg	240 mg
Morfina parenteral	10-20 mg	30 mg	40 mg	80 mg
Buprenorfina transdérmica	35 µg/h	52,2 µg/h	70 µg/h	2x70 µg/h
Fentanilo transdérmico	25 µg/h	25-50 µg/h	50-75 µg/h	100 µg/h
Buprenorfina parenteral	0.3-0.6 mg	0.9 mg	1.2 mg	2.4 mg

Tabla 3 bis. Factor conversión adaptado

Del Opioide oral:	Dosis oral	Factor multiplicador de conversión	A dosis equivalente analgésica de
Morfina sulfato LI	40	0.5	20 mg
Morfina sulfato LP	40	0.5	20 mg
Codeína	480	0.042	20 mg
Dihidrocodeína	400	0.05	20 mg
Dextropropoxifeno	600	0.03	20 mg
Tramadol	153	0.13	20 mg
Hidromorfona	5.3	3.78	20 mg

Algoritmo 1 Selección del analgésico



ANALGÉSICOS NO OPIOIDES

Los analgésicos no opioides incluyen el paracetamol, ácido acetilsalicílico (A.A.S.) y los AINEs. Tienen un valor relativo y limitado en el dolor oncológico por su baja potencia y presentar techo analgésico. Son útiles en el tratamiento del dolor mediado por prostaglandinas con componente inflamatorio en metástasis óseas, infiltración de tejidos blandos, artritis, serositis y cirugía reciente. Son de elección los AINEs no selectivos, debido a las controversias acerca de los inhibidores de los Cox2.

Recomendaciones en la elección de un AINE

- Usar el fármaco cuyo efecto deseamos (antiinflamatorio / analgésico).
- Ayuda la experiencia previa del paciente.
- Individualizar dosis y vía de administración.
- Elegir el AINE con menor toxicidad relativa en función de la patología del paciente. Ningún AINE tiene más eficacia que otro
- Cuando se alcanza techo analgésico es más efectivo subir de escalón que cambiar a otro AINE. (**Tabla 4**)

Tabla 4: Se recogen los principales preparados, dosis, vías de administración y posibles efectos secundarios de los diversos AINEs.

P. Activo	Dosis y pauta	Vía administra.	Techo	Comentarios
ACIDO ACETIL SALICILICO	500-1000 mg. /4-6 horas	ORAL	6 g/ 24h	Gastrolesivo. Tomar con alimentos.
ACETIL SALICILATO DE LISINA (ASL)	0,9 – 1,8 g./4-6 h	ORAL		Mejor tolerado que AAS
PARACETAMOL (sin efecto antiinflamatorio)	1g / 6h.	ORAL LINGUAL RECTAL	6 g/ 24 h	No gastrolesivo. <i>No antiinflamatorio.</i> Posible hepatotoxicidad a altas dosis. La dosis antitérmica (500mg/6h), es < que la analgésica.
METAMIZOL	500-2000 mg /6-8h. 1-2 g/ 8 h 1 g / 6-8 h	ORAL I.M. RECTAL	8 g / 24h 6 g / 24h 6 g / 24 h	Agranulocitosis. Efectivo en dolores viscerales.
IBUPROFENO	400-600 mg/4-6h	ORAL	3,2 g / 24 h	Poco gastrolesivo. Útil en niños.
DICLOFENACO	50-100 mg /6-8h 100-150mg retard/12h 100 mg / 12 h 75 mg / 12h	ORAL RECTAL I.M. (SC excepcional)		No interacciona con anticoagulantes ni hipoglucemiantes. Uso SC excepcional.
KETOCORALACO	10 mg / 4-6 horas Administrar con comidas	ORAL SC	90 mg/24h	Uso habitual SC. Difícil mezcla en infusores (calentar antes a Tª corporal)

Efectos adversos de los AINEs se pueden clasificar en dos tipos:

- Tipo A: Derivan de su mecanismo de acción. Son dependientes de dosis y de sus propiedades farmacológicas, siendo sobre todo gastrointestinales, renales, hematológicos y pulmonares.
- Tipo B: Se producen por un mecanismo alérgico o inmunológico. No dependen de la dosis y son impredecibles.

ANALGÉSICOS OPIOIDES DÉBILES

Todos los fármacos del grupo tienen techo analgésico. Los más utilizados para el dolor leve o moderado son la codeína, dihidrocodeína y tramadol. No se recomienda utilizar el propoxifeno para uso rutinario por su baja potencia, larga vida media y acumulación de metabolitos.

- Habitualmente la codeína y dihidrocodeína se emplean en forma de combinación con paracetamol, aspirina o ibuprofeno y se usan más frecuentemente que la morfina en pacientes con dolor moderado. (**Tabla 5**)
- El tramadol actúa centralmente uniéndose a los receptores μ opioides e inhibe la recaptación de norepinefrina y serotonina, empleándose en el dolor moderado. Los pacientes que más se benefician del tramadol son aquellos con dolor leve o moderado, que no responden al paracetamol y toleran los AINEs y aquellos que quieren diferir el tratamiento con opioides.

Equianalgésica en el dolor oncológico: 50 mg de tramadol son equivalentes a 60 mg de codeína o a 30 mg de codeína más 650 mg de paracetamol.
--

- Los efectos adversos de los tres compuestos incluyen náuseas, vértigos, estreñimiento, sedación y cefalea.
- El inicio del tratamiento en pacientes frágiles (mal nutridos e hidratados, ancianos, etc.), se recomienda con dosis inferiores a las habituales (50%) empleando jarabes o soluciones. Pasados 2-3 días se aumenta la dosis según relación analgesia/toxicidad y posteriormente pasamos a fórmulas retard.

Tabla 5 Se muestran las presentaciones de codeína, codeína asociada con dosis fijas de paracetamol y tramadol. Es importante recordar, que las formas galénicas retard no se deben triturar, ni masticar.

P. Activo	Dosis y pauta	Vía de administración	Techo
CODEINA	30-60 mg / 4-6h	ORAL	240 mg/24h
Asociaciones fijas de paracetamol y codeína	1g de Paracetamol + 30-60 mg de Codeína cada 4-6 h	ORAL	
DIHIDRO CODEINA	60-120 mg /12h ocasionalmente cada 8 horas si el efecto no dura 12 horas	ORAL	240 mg/24h
TRAMADOL	50-100 mg /6h	ORAL	400 mg/24h
Equivalencia oral/SC = 120/100.	Titulación en personas frágiles: comenzar por 25 mg = 2 pulsaciones cada 6 h, con dosis de rescate de 2 pulsaciones si tiene dolor. Rescate habitual: 50 mg si crisis y repetir a los 60' si no cede.	RECTAL SUBCUTANEA	
	100 mg/ 8h		
	100 mg / 6h		

ANALGÉSICOS OPIOIDES POTENTES

Los opioides más utilizados para el alivio del dolor severo asociado al cáncer son la morfina, oxicodona, hidromorfona y fentanilo. No es posible predecir a priori la respuesta de un paciente a un opioide específico. Los opioides deben ser utilizados en cada momento valorando beneficios y efectos secundarios.

- La morfina es el opioide más usado para el control del dolor crónico severo oncológico por su amplia disponibilidad, múltiples formas de dosificación y farmacología bien caracterizada.
- La morfina y oxicodona se recomiendan como analgésicos de elección debido a la posibilidad de utilización cada 4 y 12 horas con farmacocinética predecible y conocida.
- La hidromorfona tiene ventajas en uso parenteral al ser 6 veces más soluble y 4 veces más potente que la morfina. Estos datos permiten inyecciones más pequeñas de volumen, con cambios menos frecuentes de las bombas y de los catéteres de infusión continua.
- La máxima concentración de morfina a temperatura ambiente es de 50 mg/ml. La hidromorfona permite hasta 300mg/ml lo que equivaldría a 1200 mg/ml de morfina.

- La meperidina no debe ser utilizada por su vida media corta y su metabolito tóxico normeperidina, que interfiere con otros medicamentos y se acumula en enfermos con fallo renal. La metadona y el levorfanol no se recomienda de uso rutinario debido a su vida media larga y el riesgo de acumulación tóxica. La metadona tiene ventajas específicas que justifican su empleo en situaciones especiales.
- Los agonistas parciales como la bupremorfina, tienen una alta afinidad por los receptores μ , pueden presentar techo analgésico y no se deben utilizar asociados a otros opioides.
- Los fármacos mixtos agonistas-antagonistas: pentazocina, butorfonol, dezocina, nalbufina no se recomiendan por tener techo analgésico, revertir la analgesia y/o causar síndrome de abstinencia cuando se utilizan con agonistas puros.

Prescripción de la dosis apropiada del fármaco

- Es aquella que alivia el dolor administrada en un intervalo de tiempo que no cause efectos secundarios intolerables. No hay una forma óptima o una dosis máxima de analgésicos opioides como morfina, hidromorfona, oxicodona, fentanilo.
- En la dosis inicial se debe tener en cuenta intensidad del dolor, tipo y analgesia previa administrada. Las dosificaciones posteriores resultan de modificaciones individuales basadas en la reevaluación continua.
- La mayoría de los pacientes se controlan con dosis de morfina menores de 240 mg/día/po, pero pueden llegar a los 1800mg/día/po e incluso de 1000 a 4500 mg de morfina parenteral por hora. (Ver Tabla 6)

Tabla 6: Se recogen las dosis, vías de administración y posibles efectos secundarios de los diversos opioides potentes.

Principio Activo	Dosis y pauta	Vía administración														
MORFINA SULFATO	<p>Dosis de inicio: suele ser de 10-20-30 mg RETARD cada 12 horas con subidas graduales de 30-50%. Hasta alcanzar la analgesia. (ver anteriormente)</p> <p>Habitualmente se suben las dosis sin acortar el intervalo, aunque en casos excepcionales se puede administrar cada 8 horas.</p> <p>Se utilizan comprimidos de liberación normal (cada 4h), para rescate en caso de dolor, o para titulación.</p> <p>La solución oral en forma de unidosis o de solución, favorece titulación, uso en pacientes con sonda y la dosis de rescate o extradosis del DI.</p> <p>En casos excepcionales, por vía rectal se pueden utilizar los comprimidos de vía oral, liberación normal o retard, con una potencia equianalgésica similar a la vía oral. Útil provisionalmente si no tolera vía oral y no se dispone de SC.</p>	<p>ORAL (Rectal)</p> <p>RECTAL</p>														
COLORURO MORFICO	Se aconseja la administración subcutánea. En bolos cada 4 horas de 10-20 mg o en infusión continua	SUBCUTANEA														
<p>FENTANILO TRANSDERMICO Agonista opioide sintético entre 70 y 100 veces más potente que la morfina. Se indica en dolor severo que precise morfina. <u>Ventajas:</u> el uso transdérmico y menor toxicidad. <u>Inconvenientes:</u> mayor coste y la mala adhesión en pieles sudorosas.</p>	<p>Tarda 10-15 horas en alcanzar su nivel de analgesia, por lo que, habitualmente el primer día suele ser necesario que el paciente disponga de morfina de liberación rápida como rescate.</p> <p>Tabla de conversión.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Morfina oral mgr/día</th> <th>Fentanilo TTs ug/h</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>90</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>135</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>180</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>225</td> <td>125</td> </tr> <tr> <td>270</td> <td>150</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Algunos autores proponen la regla de conversión del 30-50%</u> que evita tener que consultar las tablas. Dosis total de morfina oral diaria x 0,5 = ug/h de Fentanilo. Ej. 100 mg/día de morfina = 50 ug/h de fentanilo.</p>	Morfina oral mgr/día	Fentanilo TTs ug/h	45	25	90	50	135	75	180	100	225	125	270	150	TRANSDERMICA
Morfina oral mgr/día	Fentanilo TTs ug/h															
45	25															
90	50															
135	75															
180	100															
225	125															
270	150															
<p>FENTANILO ORAL TRANSMUCOSA</p> <p>Equivalencia 200 µg = 6 mg de Sevredol = 2 mg de Cl. Mórfico iv</p>	<p>Utilización como analgésico de rescate en el dolor irruptivo, alternativo a la morfina de liberación normal, con un inicio rápido (a los 5' y pico a los 20'). Se disuelve en la boca en 15'. Si aún no hay alivio, se repite la dosis. Si aparece toxicidad precoz se retira de la boca, cesando su absorción. Así se conoce la dosis mínima eficaz que se usará en cada crisis de dolor, y la dosis tóxica.</p>	TRANSMUCOSA Vía bucal.														

❖ **OTROS OPIOIDES DE TERCER ESCALÓN**

P. Activo	Dosis y pauta	Vía
OXICODONA (Los comprimidos no se parten ni mastican)	Efecto analgésico = morfina oral pero más predecible farmacocint. Liber. bifásica 37m-6,2h en la forma retard / 12 h Efectos secundarios =	ORAL Equivalencia: (1: 2) Oxycontin 20 mg = MST CONT 40 mg = Durogesic 25 = Transtec 35 mcg
METADONA Útil en dolores que son parcialmente resistentes a la morfina, neuropáticos o en caso de toxicidad a otros opioides. Su uso en rotación de opioides se reserva a unidades entrenadas con capacidad de controlar toxicidad.	Efecto analgésico de 8h. Vida media superior a 15 horas con riesgo de toxicidad por acumulación.	ORAL SUBCUTÁNEA
MEPERIDINA (PETIDINA) NO SE USA EN PALIATIVOS. Vida media corta y toxicidad neurológica en uso repetido	Su efecto analgésico dura 2-3 horas tras su inyección IM, equiparándose 75 mg de Dolantina con 10 mg de morfina IM.	IM. IV
HIDROMORFONA LEVORFANOL FENAZOCINA OXIMORFONA	Son opioides mayores poco usados en España	Equivalencia: Morfina oral 10 mg = Oxycodona oral 5 mg = Hidromorfona oral 2 mg
<u>Agonistas-antagonistas opioides:</u> PENTAZOCINA DEZOCINA BUTORGANOL NALBUFINA <u>Agonistas parciales:</u> BUPRENORFINA BUPRENORFINA TTS	CONTRAINDICADOS en personas que toman morfina. Por su efecto antagonista parcial, pueden desplazarla de los receptores opioides, causando privación. NO USAR CON OTROS OPIOIDES (peligro de desplazar opioides de sus receptores, ¡S. de abstinencia¡)	

Administración por la vía apropiada

- La selección de la vía en los opioides, será la más simple, menos invasiva y menos cara.
- La VIA ORAL es la más utilizada en los pacientes oncológicos. Las preparaciones retardadas (cada doce horas), que mejoran calidad de vida.
- La administración de concentraciones líquidas cada cuatro horas pueden utilizarse en pacientes con dificultad para la deglución. También pueden administrarse en cantidades de 1 a 2 ml vía sublingual.
- La vía rectal (morfina e hidromorfona) tiene una utilización subóptima a pesar de que presentan una biodisponibilidad equivalente a la vía oral.
- La administración transdérmica de fentanilo con intervalos de duración de 72 horas, le hace ser una excelente alternativa en pacientes con dolor controlado y/o pacientes con dificultades para la deglución. Atención en los pacientes con fiebre, pues existe el riesgo de que la absorción esté aumentada..
- En pacientes con dolor mal controlado, y/o incapacidad para la deglución, la vía de elección será la administración subcutánea de morfina o hidromorfona. Puede ser utilizada de manera crónica, y durante largos periodos de tiempo.
- El tiempo para la analgesia con morfina comienza
 - A los 5 minutos después de la administración intravenosa.
 - Entre 10-15 minutos tras la administración subcutánea y/o transmucosa.
 - De 20 a 30 minutos después de la administración oral.
 - A las 12 horas después de la aplicación de un parche.

La morfina parenteral es tres veces más potente que la morfina oral. Las dosis parenterales son equianalgésicas, aunque la biodisponibilidad de la vía intravenosa puede ser entre un 20 - 25% más potente que la subcutánea, pero resulta molesta para el paciente y los cuidadores. (Oral: 1= SC: ½ = IV: 1/3)

La administración intraespinal de opioides, se reserva para pacientes con dolor mal controlado con el tratamiento estándar o presentan una toxicidad intolerable. Esta vía aumenta el efecto analgésico de la morfina de 10 a 100 veces, mejorando el alivio del dolor con menos efectos secundarios.

Esquema de intervalo en la dosis

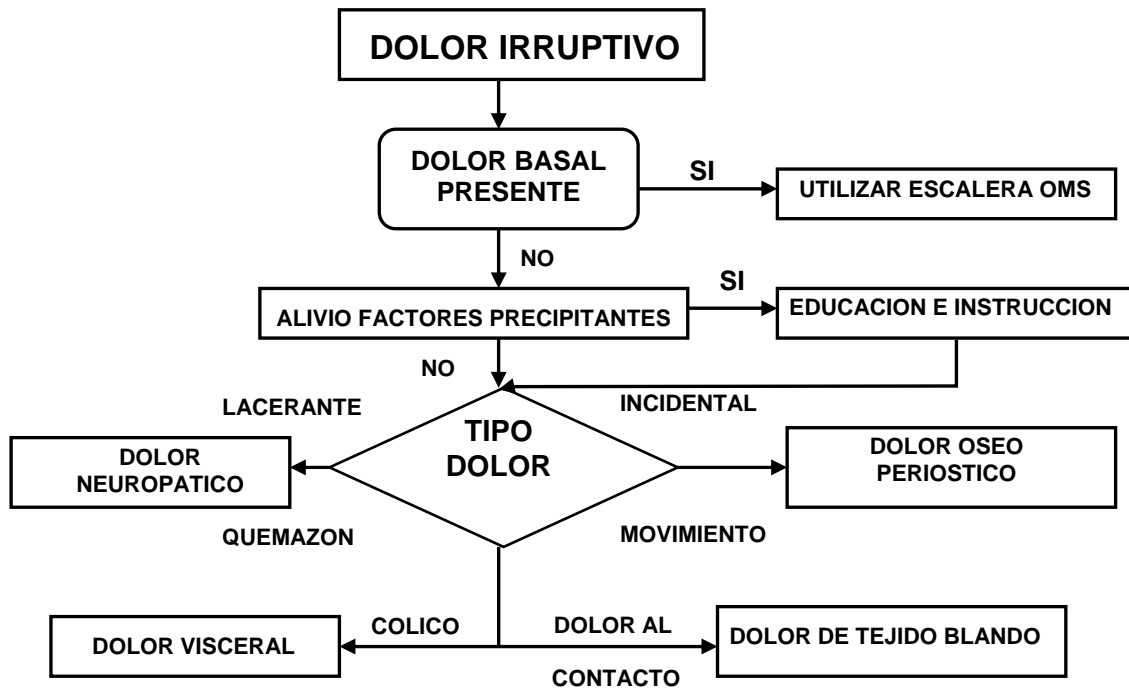
- El efecto analgésico de los opioides de liberación inmediata por VO comienza a los 30 minutos y debe mantenerse durante 4 horas. Si el dolor aparece antes, se debe incrementar la dosis hasta lograr un nivel analgésico dentro de la ventana terapéutica de cada enfermo, con toxicidad tolerable, en periodos de 4 horas.
- La única razón para acortar el intervalo de las dosis retard a cada 8 horas, es por toxicidad inaceptable a las 2 ó 3 horas después de su administración, que coincide con el momento de máxima concentración sanguínea del fármaco y al dividir la dosis total en tres veces al día puede mejorar su tolerancia. También aquellos pacientes que precisan dosis muy altas se pueden beneficiar de este ajuste.
- Cuando el fentanilo transdérmico no proporciona los efectos de analgesia a las 72 horas, se debe incrementar la dosis en lugar de acortar el intervalo de administración. Solo está indicado el cambio del parche cada 48 horas, en aquellos pacientes que presenta toxicidad inaceptable al día siguiente al cambio del parche, y/o dolor durante el tercer día después de la colocación del mismo. Su utilización no está indicada para el control del dolor agudo o el

dolor parcialmente controlado, La conversión a una a infusión subcutánea o IV de fentanilo es de 1:1 para facilitar un ajuste más rápido.

Prevención del dolor persistente y alivio del dolor irruptivo

El objetivo del tratamiento del dolor crónico oncológico también incluye la prevención del mismo. Los fármacos adecuados, administrados en dosis y por la vía indicada, en un intervalo de tiempo apropiado, producirán control del dolor oncológico persistente y evitara su reaparición El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria del dolor que aparece sobre dolor persistente estable y controlado. El dolor irruptivo acontece en el curso de un dolor basal con un nivel tolerable (EVA < 5), controlado mediante el uso de opioides mayores, que se presenta de forma súbita, con gran intensidad (EVA >7) y de corta duración (menos de 20-30 minutos). Pese a que cede en poco tiempo, su gran intensidad y el efecto que produce requieren de un tratamiento eficaz. (Ver ALGORITMO 2).

Algoritmo 2. Dolor Iruptivo



Prevención y manejo de los efectos secundarios de los opioides

La prevención del dolor debe ir acompañada de la prevención de los efectos secundarios. Lo correcto es informar al paciente y la familia sobre la posible aparición de los mismos, prevenir los más frecuentes y tratarlos cuando se presenten. (Tabla 7)

- De forma constante los opioides producen estreñimiento y por tanto precisan laxante de forma continua.
- Los opioides estimulan los quimiorreceptores de la zona gatillo podrían requerir un tratamiento con antieméticos de forma puntual, sobre todo al inicio del tratamiento.
- La sedación y la disminución del estado de conciencia mejora tras unos días de utilización de estos fármacos. Es importante recordar el uso de coanalgésicos no sedantes, pues permiten controlar el dolor con dosis más bajas de opioides. El retraso cognitivo persistente debido a los opioides se puede reducir con metilfenidato o cafeína.
- La utilización apropiada de las dosis de opioides rara vez provoca una depresión respiratoria o un colapso cardiovascular,
- En pacientes débiles (ancianos, mal nutridos y/o hidratados, y con insuficiencia renal) iniciar opioides con dosis bajas (50%) y/o con intervalos de tiempo entre dosis mayores.
- *La intolerancia a la morfina es poco frecuente. Pensaremos en ella ante determinadas situaciones:*
 - Nauseas persistentes con éstasis gástrico e íleo paralítico.
 - Sedación exagerada sin fallo cognitivo, pese a pauta adecuada.
 - Cuando se presentan reacciones disfóricas y psicomiméticas intensas, acompañadas o no de delirium.
 - Estimulación vestibular y liberación de histamina con afectación cutánea (diaforesis intensa) o bronquial (insuficiencia respiratoria).
 - Alodinia e hiperalgesia inducidas por el uso crónico de morfina (mediada por receptores NMDA).
- *En estos casos y en el fallo de dosis se precisa tratamiento secuencial de opioides (rotación o cambio de opioides).*

Tabla 7. Efectos secundarios de la morfina

INICIALES	CONSTANTES	OCASIONALES
Nauseas	Estreñimiento	Sudoración
Somnolencia	Xerostomía	Mioclonias
Confusión	Nauseas	Retención
Inestabilidad	Astenia	Ileo paralítico

Consideraciones del tratamiento secuencial de opioides

Coanalgésicos o fármacos adyuvantes

Los coanalgésicos aumentan la eficacia de los opioides tratando los síntomas simultáneos que pueden aumentar el dolor y produciendo una analgesia independiente para determinados tipos específicos de dolor. (Tabla 8). Su uso precoz consigue un mayor control analgésico disminuyendo la toxicidad inducida por los opioides. Los síndromes de que más se benefician del tratamiento con adyuvantes son: las metástasis óseas, compresión nerviosa, infiltración nerviosa periférica, y en la distensión visceral.

Corticoides: Son de ayuda en el dolor causado o exacerbado por el efecto masa del edema inflamatorio como sucede en el dolor secundario a la compresión nerviosa aguda, la distensión visceral, incremento de la presión intracraneal y por infiltración de los tejidos blandos. Una administración breve, de tratamiento bien ajustado, a dosis altas es capaz de optimizar los beneficios y disminuir los efectos secundarios como miopatía proximal y síndrome cushingoide.

Antidepresivos: Los antidepresivos tricíclicos (ATC) son utilizados como tratamiento coanalgésico de primera línea en el dolor neuropático y podrían también mejorar la depresión subyacente y el insomnio. .

- La amitriptilina es un agente demasiado sedante, con muchos efectos anticolinérgicos para la mayoría de los enfermos oncológicos. La amitriptilina se convierte por metabolismo hepático en nortriptilina, su metabolito activo. La nortriptilina y en su lugar la imipramina tienen el perfil más favorable en relación con los efectos secundarios.
- Dosis bajas de inicio (10 a 25 mg) se pueden administrar dos horas antes del momento de acostarse, escalando la dosis cada 2-3 días hasta conseguir la máxima dosis efectiva y tolerada. Se suelen utilizar dosis más bajas de lo necesario para tratar pacientes con depresión.
- El alivio del dolor puede verse a las 2 semanas con una discreta elevación a las 4-6 semanas más tarde o con un alivio marcado de forma directa o indirecta.
- Aunque útiles en el tratamiento de la depresión, los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tales como la sertralina o la paroxetina no parecen efectivos en el tratamiento coanalgésico del dolor neuropático.
- Los antidepresivos más recientes inhibidores de la recaptación de serotonina y de la noradrenalina como la venlafaxina o mirtazapina se han mostrado efectivos en el control del dolor neuropático

Anticonvulsivantes (FAE):

Deberían añadirse a los antidepresivos tricíclicos para el alivio del dolor neuropático, que no ha podido ser completamente aliviado después de 4 a 8 semanas de dosis plenas de estos fármacos.

- La Gabapentina GPT ha sido aprobada para el control de las neuropatías por diabetes y la neuropatía postherpética, con pocos efectos secundarios. La mayoría de los trabajos muestran que es un fármaco rápido, menos tóxico, pero menos efectivo (40% de respuestas) que los antidepresivos tricíclicos (60% de respuesta).

- Pregabalina PGB es un análogo del GABA que no se liga al receptor ni es capaz de desarrollar acciones gabaérgicas. El perfil concentración/tiempo es el mismo si las dosis se administran dos o tres veces al día. No se une a proteínas plasmáticas y no se metaboliza en hígado por lo que no se producen interacciones farmacológicas a estos niveles. El 98% de la PGB circulante se elimina inalterada en orina lo que condiciona ajuste en caso de insuficiencia renal. En el anciano no hay tener consideraciones especiales. El rango de dosis es de 150 – 600 mg/día. En el dolor, la dosis inicial es de 150 mg/día en dos tomas, el incremento es cada 3-7 días hasta un máximo de 600 mg/día. La interrupción del tratamiento, tanto en la epilepsia como en el dolor neuropático, debe hacerse de forma gradual en un plazo no menor a una semana. Su principal indicación sería el dolor neuropático periférico, siendo sus patologías dianas la neuralgia postherpética, neuralgia diabética, neuropatías tóxicas por fármacos y étlicas, las metabólicas y las carenciales, las neuralgias funcionales, las compresiones nerviosas y las lesiones nerviosas periféricas, siendo necesario esperar las experiencias en marcha.
- Anticonvulsivantes anteriores como la carbamacepina y el clonacepam son también bloqueadores de los canales del calcio y se han mostrado capaces de disminuir los síntomas neuropáticos.

Otros coanalgésicos: El interés creciente en el tratamiento del dolor oncológico ha conducido al desarrollo de una variedad de otros coanalgésicos que pueden tener un papel importante en pacientes seleccionados.

- Anestésicos sistémicos: **Mexiletina** ha demostrado eficacia en el dolor neuropático DN de la diabetes o por daño en los nervios periférico. Debe ser evitada en pacientes con enfermedades cardíacas clínicamente significativas. Efectos secundarios más frecuentes incluyen náuseas, temblores, vértigos, inestabilidad y parestesias. Dosis en escalada iniciando con 100 a 150 mg/vo/ al acostarse y se incrementaran de 2 a 3 veces al día en pocos días, según tolerancia. Dosis máxima 300 mg/vía oral tres veces al día.
- **Ketamina** anestésico con papel en el tratamiento del dolor neuropático por su actividad antagonista de NMDA, habiendo demostrado eficacia en el dolor agudo post operatorio y el dolor crónico intratable. Uso muy limitado por efectos secundarios neuropsiquiátricos y sobre todo en pacientes frágiles.
- **Octeotrido** es un análogo de la somatostatina de larga actividad que reduce la secreción intestinal y pancreática en pacientes con obstrucción intestinal no operable y fístulas pancreáticas. Puede reducir los vómitos intratables y el dolor asociado a los espasmos musculares de fibra lisa de estas condiciones.
- **Anticolinérgicos:** Hioscina, Escopolamina se pueden administrar por vía oral, subcutánea, intravenosa o intramuscular. Son fármacos utilizados para el dolor cólico, pero pueden precipitar delirium. Se deben utilizar a la dosis más baja posible.

Tabla 8. Síndromes comunes de dolor oncológico y su tratamiento apropiado

<u>Síndrome de dolor Oncológico</u>	<u>Analgésicos – Coanalgésicos</u>
Metástasis óseas, infiltración de tejidos blandos, artritis, serositis y otros dolores inflamatorios.	<ul style="list-style-type: none"> AINES <ul style="list-style-type: none"> Ibuprofeno: 600 mg po tres veces /día Metamizol: 575 mg po/ 6-8 horas Ketorolaco: 10 mg po/ 6 horas (7d)
Dolor postquirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> AINES <ul style="list-style-type: none"> Ketorolaco: 30 mg/ iv-im / 6 horas Indometacina 50 mg vía rectal cada 6-8 h
Compresión aguda nerviosa, distensión visceral, aumento de presión intracraneal, infiltración de tejidos blandos.	<ul style="list-style-type: none"> Corticosteroides: <ul style="list-style-type: none"> Dexametasona: 4-8mg oral/ 2-3 veces día Metilprednisolona 16-32 mg oral/ 2-3 v día Prednisona 20-40mg oral/ 2-3v día
Compresión medular aguda, aumento de la presión intracraneal severa	<ul style="list-style-type: none"> Corticosteroides: <ul style="list-style-type: none"> Dexametasona: 10-20 mg i.v/sc. cada 6 horas Metilprednisolona 40-80 mg i.v. cada 6 horas
Dolor neuropático	<ul style="list-style-type: none"> Antidepresivos Tricíclicos <ul style="list-style-type: none"> Nortriptilina (Martinil): 100-150 mg oral noche Amitriptilina (Tryptizol): 100-150 mg oral noche Anticonvulsivantes <ul style="list-style-type: none"> Gabapentina:300-900 mg VO/3-4 veces/día Pregabalina: 150 -600 mg VO/2-3 veces/día Carbamazepina: 200 mg VO/2-4 veces/día Clonazepan: 0.25-0.5 mg VO/ 3 veces/día Fenitoina: 100-200 mg VO / 3 veces/día Otros fármacos <ul style="list-style-type: none"> Mexiletina: 150-300 mg VO/ 3 veces /día Baclofen: 5-30 mg VO/ 2 ó 3 veces/ día Lidocaína tópica:1-3aplicaciones/ día
Dolor óseo por metástasis	<ul style="list-style-type: none"> Zoledronato: 4 mg IV cada 4-6 semanas Calcitonina 200 UI IV / intranasal cada 4-6 sem Estroncio 89: 4 mCi IV cada 3 meses Samario-153 1mCi/kg IV cada 2-3 meses

Dolor por metástasis óseas

Se benefician del tratamiento coanalgésico con agentes antiosteoclásticos como pamidronato, ácido zoledrónico, ibandronato y calcitonina y/o la utilización de radiofármacos como el Estroncio-90 y el Samario-153.

- Los bisfosfonatos inhiben la reabsorción del hueso (actividad osteoclástica). Empleados inicialmente para la hipercalcemia, presentan beneficios sobre la evolución de las metástasis óseas disminuyendo el número de eventos óseos desfavorables (aplastamientos vertebrales, fracturas patológicas, episodios de hipercalcemia) y a la vez han demostrado eficacia aliviando el dolor maligno del hueso. Se debe vigilar función renal, nivel de calcio y la posible aparición de osteonecrosis. El ibandronato se administra vía oral (50mg/día) ó iv (6 mg/ cada 4 semanas/ 15 minutos), con resultados similares. Existen trabajos muy prometedores de control de dolor difícil utilizando dosis densas de este fármaco en presencia de metástasis ósea.
- Radiofármacos como el Estroncio y Samario son emisores beta, que se unen selectivamente a los osteoblastos y pueden reducir el dolor o los requerimientos analgésicos en el 60-90% de los pacientes con metástasis óseas, pudiendo alcanzar alivio completo entre el 10-20% de los enfermos tratados. El alivio puede mantenerse tres meses pudiendo repetir su administración. Pueden producir depresión de la actividad de la médula ósea.

CONOCIMIENTO BASICO DEL PAPEL DE LA RADIOTERAPIA

Los médicos generales deben conocer las indicaciones más frecuentes de radioterapia con intención paliativa como son:

- Compresión medular secundaria a metástasis vertebrales, siendo el dolor el síntoma más precoz relatado por el paciente.
- Metástasis óseas: responsables de la causa más frecuente de dolor óseo.
- Metástasis cerebrales, siendo la cefalea el síntoma predominante de presentación clínica. Se puede o no acompañar de hipertensión intracraneal, déficit neurológicos y/o afectación de pares craneales.
- Dolor neuropático producido por la infiltración y/o compresión de plexos nerviosos (Afectación cervical y/o axilar con infiltración de plexo cérvico-braquial, masas pélvicas con infiltración de plexo lumbosacro).
- Presencia de dolor irruptivo, entendido como la exacerbación transitoria del dolor que tiene su dolor de base controlado y estable. Se caracteriza por su elevada intensidad, su rapidez de instauración y su corta duración.
- Obstrucciones esofágicas y bronquiales. En el caso de las obstrucciones esofágicas, para el alivio de la disfagia a través de técnicas de braquiterapia paliativa. Así mismo, la braquiterapia endoluminal está indicada en aquellos casos de obstrucciones bronquiales secundarias al crecimiento endobronquial que producen disnea, neumonía obstructiva o atelectasia, tos y/o hemoptisis.
- Situaciones de hemorragia refractaria (hemoptisis, rectorragia, hematuria....).

SITUACIONES ESPECIALES Y SU ANALISIS

El tenesmo rectal y vesical es un dolor de difícil tratamiento. En ocasiones es una mezcla de dolor nociceptivo somático (óseo y secundario al tumor), neuropático y por espasmo muscular. Además, puede aparecer dolor disestésico perineal y dolor ano rectal espasmódico.

En el **dolor rectal** podemos utilizar opioides, analgésicos adyuvantes, corticoides, hioscina y fenotiazinas (sobre todo la clorpromacina, utilizada con frecuencia en el tenesmo rectal aunque no hay evidencias científicas de su acción analgésica, pero si tiene acción ansiolítica que puede contribuir a su efecto). También pueden utilizarse benzodiazepinas como relajantes musculares. Un bloqueante de los canales del calcio, como el diltiazem, puede ser eficaz en el tenesmo rectal, aunque no existen estudios clínicos controlados. En ocasiones, hay que recurrir a bloqueo simpático lumbar, bloqueo del plexo hipogástrico superior, neurolisis con fenol, etc.

En el **tenesmo vesical y en el dolor por espasmo vesical** debe intentarse, como primera opción, la asociación de un AINE con un opioide. Pueden utilizarse espasmolíticos, con la hioscina u oxibutinina, e incluso puede valorarse la administración de un anestésico local como la bupivacaína por vía intravesical, aunque no hay estudios controlados que apoyen su uso. No hay técnicas anestésicas, salvo la administración de opioides por vía espinal, que sean afectivas en el control del dolor tenesmoide y por espasmo vesical.

La valoración del dolor en el paciente con **delirium** puede ser difícil. La causa del delirium puede estar en relación con la neurotoxicidad opioide, por lo que debemos plantearnos la rotación opioide. Debemos buscar la posible contribución de otros fármacos que estemos utilizando para el dolor, con anticolinérgicos, AINE, antidepresivos, etc. Es importante identificar y tratar, si es posible, los factores que pueden contribuir al delirium como son la deshidratación, alteraciones metabólicas y otras.

MANEJO NO FARMACOLOGICO DEL DOLOR

Los métodos físicos como la fisioterapia, las técnicas frío-calor o la musicoterapia son medidas no farmacológicas, que permiten al paciente y su familia mejorar el dolor con el consiguiente aumento de la sensación de control de la situación. Existen pocos ensayos randomizados para demostrar la eficacia de estos métodos, pero publicaciones recientes indica que estas técnicas son muy bien recibidas y que proporcionan cierto grado de alivio. Entre las ventajas esta el que aporta contacto físico con los pacientes, pocos efectos secundarios y ofrecen a la familia la posibilidad de implicarse en el tratamiento a vez que directamente puede reducir el dolor.

El masaje terapéutico es lo más fácilmente aceptado por los pacientes y se puede implementar con cierta facilidad. Es una técnica no invasiva y puede ser administrada por profesionales de la salud o miembros de la familia. Los profesionales entrenados en masaje pueden alcanzar un mayor grado de eficacia más allá de la relajación y la distracción.

Tratamiento Invasivo del dolor

El conocimiento de lo que pueden aportar estas técnicas y el trabajo interdisciplinar con las unidades del dolor amplia y posibilita un mayor control en el numero de pacientes oncológicos con dolor controlados.

METODOS TERAPEUTICOS

1.- Métodos neuromodulativos:

- Infusión Espinal
 - Implante de catéter tunelizado
 - Implante de reservorios subcutáneos
 - Implante de bombas internas de infusión
- Estimulación medular y de nervios periféricos

2.- Métodos Ablativos

- Bloqueos nerviosos
- Bloqueos neurolífticos
- Crioanalgesia
- Radiofrecuencia

5.2. Disnea

Se define como la sensación subjetiva de falta de aire en pacientes que se encuentran en una fases avanzadas de la enfermedad, en la cual las necesidades de oxígeno del organismo, sobrepasan la capacidad de aportación del sistema respiratorio.

Las necesidades de oxígeno son constantes y toda alteración en su saturación, real o percibida, constituye una sensación de angustia tanto para el enfermo como para la familia. La situación es especialmente grave si la disnea persiste en reposo y no se encuentra ningún tipo de alivio. Su gravedad, como experiencia subjetiva, está en relación con la naturaleza de la enfermedad y debe evaluarse su intensidad a partir de las manifestaciones de distrés⁴ del paciente. Ello justifica una actuación rápida y adecuada.

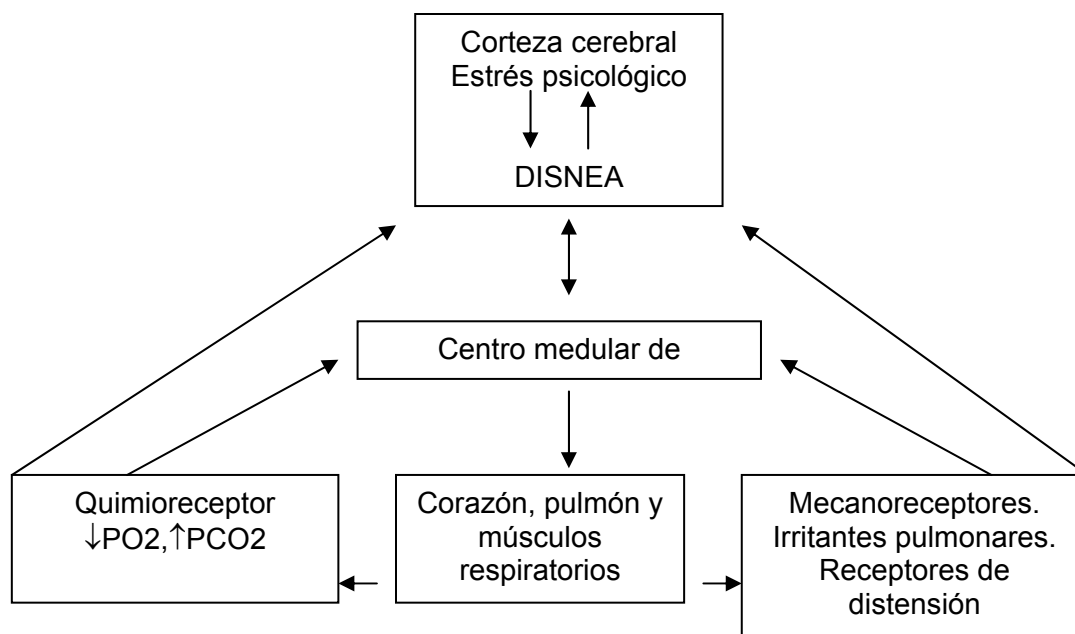
PUNTOS CRITICOS

- ◆ La disnea es subjetiva y no tiene que ser relacionada con los hallazgos en la exploración respiratoria, como taquipnea, sibilancias o el uso de los músculos respiratorios
- ◆ Recordar, es importante preguntar al paciente sobre su percepción de la disnea
- ◆ La disnea puede tener diversas causas
- ◆ El objetivo del tratamiento es aliviar la disnea subjetiva, no la mejora única de los signos psicológicos o los problemas respiratorios.
- ◆ Educar a la familia del paciente sobre la disnea puede prevenirles de una situación de ansiedad importante

Mecanismo de la disnea

El complejo fisiopatológico de la disnea es multifactorial afectando a los centros corticales del cerebro que se ven estimulados de la señal de los receptores pulmonares que responden a los estímulos químicos y mecánicos. (Figura 1)

Figura 1. Mecanismo de la disnea



Causas de la disnea

La aparición de la disnea puede ser provocada por un único proceso o por problemas concurrentes. (Tabla 1)

Tabla 1. CAUSAS DE DISNEA

<u>NO MALIGNAS</u>	<u>MALIGNAS</u>
Pulmonares <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infección respiratoria ▪ Asma / EPOC ▪ TEP ▪ Neumotórax Cardiacas <ul style="list-style-type: none"> ▪ ICC ▪ Angina ▪ IAM ▪ Arritmia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocupación parénquima pulmonar ▪ Obstrucción aguda vía aérea superior ▪ Obstrucción aguda VCS ▪ Obstrucción crónica VCS ▪ Obstrucción bronquial ▪ Derrame pleural ▪ Derrame pericárdico ▪ Linfangitis carcinomatosa

La disnea puede ser un resultado directo o indirecto de la afectación primaria o metastásica del cáncer de pulmón. Los efectos directos de la enfermedad neoplásica incluyen obstrucción de la vía aérea, atelectasia, afectación del parénquima pulmonar linfangitis carcinomatosa, derrame pleural o Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS). Entre los efectos indirectos de la enfermedad cabe destacar, la embolia pulmonar o anemia. Como factor etiológico también influyen los efectos secundarios relacionados con el tratamiento como la neumonitis o fibrosis secundarias al tratamiento con quimioterapia o radioterapia. Por otra parte

en muchas ocasiones los pacientes presentan enfermedades crónicas obstructivas subyacentes como el EPOC. La elevación diafragmática debido a hepatomegalia, ascitis o afectación del nervio frénico pueden dar lugar a disnea. Así mismo patologías cardíacas previas pueden conllevar a insuficiencia cardíaca congestiva, pericarditis o derrame pericárdico. La astenia generalizada debida a caquexia severa y anorexia o astenia puede aumentar la disnea. Y por último no hay que olvidar que la ansiedad puede ser un factor agravante y desencadenante.

Tratamiento de la disnea

El objetivo fundamental en el tratamiento de la disnea es una mejora rápida subjetiva.

1. Paso

Es importante la valoración a través sobretodo de lo que refiere el paciente y el examen físico. La realización de pruebas diagnósticas (pulsioxímetros y radiografía de tórax) se realizará cuando se precise en función de su situación clínica.

2 Paso

Tratamiento de las causas subyacentes:

- Derrame pleural: se realizará drenaje cuando este sea significativo
- Anemia: transfusión de concentrado hematíes.
- Obstrucción aérea secundaria a tumor: El tratamiento de elección son los corticosteroides, (ej. Dexametasona 8-10mg día), valorar tratamiento con radioterapia (con irradiación externa o braquiterapia paliativa)
- Linfangitis Carcinomatosa: Corticosteroides, (ej. Dexametasona 8-10mg día).
- EPOC subyacente: uso más eficaz de los broncodilatadores, además de esteroides.
- Embolia pulmonar: anticoagulantes.
- Neumonía: antibióticos, siendo la vía de administración preferente la vía oral preferente

Todos los tratamientos deben ser considerados en función de la enfermedad del paciente y sus necesidades, realizando una valoración global, pronóstico y expectativa de vida estimada. Las visitas clínicas deben ser programadas de forma flexible de forma que permita a los pacientes permanecer en su domicilio.

3. Paso

Medidas generales habituales:

- Oxígeno : Si el paciente esta hipóxico intentar mantener la saturación de O₂ > o igual del 90%
 - ◆ Administrar O₂ vía cánula nasal 2- 6 litros minuto o por mascara, midiendo la saturación de O₂.
 - ◆ Ser cuidadoso cuando se administra O₂ al paciente con EPOC
 - ◆ El O₂ puede ser utilizado de forma intermitentemente si el paciente encuentra molesto con la cánula y refiere que le es difícil tolerarlo.

- Opioides
 - ◆ Opioides sistémicos reducen la sensación subjetiva de la disnea sin reducir el ritmo respiratorio ni la saturación de O₂.
 - ◆ Sin embargo el opioide de elección, las dosis y modalidad de administración no ha sido demostrada. Los fármacos con mayor experiencia clínica son la morfina, hidromorfona y fentanilo en forma de infusión intravenosa o en forma de citrato de fentanilo transmucoso
 - ◆ Algunos autores han evidenciado que la administración continua de opioides, reducen la disnea, pero tiene incrementos significativos de PCO₂, mientras que cuando su administración es en bolos no se produce este hecho, pero en ocasiones esta forma de administración cada 4 horas no consigue controlar la disnea.
 - ◆ En los pacientes que ya toman opioides se pautan dosis extras (extradosis) para tratar la disnea, así como el dolor.
 - ◆ Si el paciente no tomaba opioides previamente se puede iniciar el tratamiento con morfina a dosis de 5-10 mg, po, o 2,5 - 5 mg sc, cada 4 horas, Si el paciente presenta episodios irruptivos de disnea se administrarán dosis a demanda 2,5 - 5 mg po o 2,5 sc.
 - ◆ Los Opiodes en nebulizador presentan poca efectividad y no deben ser utilizados de forma habitual.

- Diuréticos: En pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva o edema de pulmón de origen no cardiogénico pueden beneficiarse del tratamiento con furosemida.

- Benzodiazepinas. Aunque estos fármacos son muy utilizados no se ha encontrado ninguna evidencia en estudios randomizados. Sin embargo, pueden ser muy eficaces en algunos pacientes sobre todo en aquellos que presentan episodios de mayor ansiedad. Se deberá suspender su uso cuando aparezcan efectos secundarios como cuadros de confusión o caídas.

- Educación de la familia/paciente. Es más importante valorar la disnea subjetiva del pacientes más que la taquipnea o el distrés respiratorio. Para la familia y el personal sanitario la disnea puede ser más estresante y agobiante que el dolor. Ante la sintomatología dolorosa, cuando el paciente refiere mejoría o alivio completo del dolor, los familiares y/o el personal se sienten satisfechos. En el caso de la disnea, aunque el paciente refiera y de muestras de pequeña o nula disnea, los signos psicológicos de la respiración dificultosa, ruidos respiratorios o respiración rápida (jadeos) permanecen, con el consiguiente distrés de los cuidadores y del personal sanitario. Por tanto es fundamental destacar que los objetivos fundamentales del tratamiento tienen como fin mejorar el confort del paciente, más que reducir los signos externos de los problemas respiratorios.

Problemas especiales

Tos: Ocasionalmente los opioides utilizados solos, no controlan la tos persistente. Las inhalaciones de cromoglicato disódico cada hora, ayudan a prevenir los ataques de tos. Algunos autores han propuesto la inhalación de anestésicos locales, sin embargo estos agentes pueden inhibir el reflejo de deglución por

espacio superior a una hora, el sabor puede ser desagradable y la dosis no ha sido bien establecida.

Secreciones respiratorias: Cuando algunos pacientes no son capaces de expulsar las secreciones, estas se acumulan en las vías respiratorias y producen ruidos (Estertor). El ruido al respirar, no molesta al paciente pero puede ser estresante para la familia y para pacientes en otras habitaciones. Comunicar a la familia que no va a morir ahogado y que el ruido es debido simplemente a las secreciones que muchos de nosotros tragamos puede ayudar a relajar tensión. Además en pacientes que claramente no responden a los cambios posturales (decúbito supino semisentado y con la cabeza rotada), los agentes anticolinérgicos como hioscina 0,4 mg sc pueden reducir los ruidos respiratorios. Sin embargo estos medicamentos deben ser utilizados con extremo cuidado en aquellos pacientes que no se encuentran en la fase final, debido a la posibilidad de desencadenar delirium

5.3. Delirium (Estado Confusional Agudo)

CONCEPTO

Trastorno mental agudo o subagudo, como resultado de una disfunción cerebral orgánica difusa, por alteraciones en el metabolismo cerebral y/o alteraciones específicas de neurotransmisores, que afecta a la *atención* y a la *cognición* con una disminución del *nivel de conciencia*, *agitación* de la actividad psicomotora y alteración del ciclo *sueño-vigilia*.

Se instaura en un breve periodo de tiempo, horas o días, con tendencia a fluctuar a lo largo del día.

Más o menos el 80% de los pacientes oncológicos terminales desarrollan delirium en las últimas semanas de su vida.

Representa una importante fuente estresante para la familia, pero también para los sanitarios.

CAUSAS

Suele ser multifactorial y no es raro no identificar ninguna causa específica. De forma didáctica se habla de factores predisponentes y desencadenantes, aunque algunos se imbrican. También explica la individualidad de respuesta en diferentes personas.

Factores predisponentes

- Demencia y otras enfermedades del SNC (afectación tumoral)
- Cuadros anteriores de delirium
- Edad avanzada
- Insuficiencia de órgano, alteraciones metabólicas y electrolitos, infecciones
- Medicamentos psicoactivos (benzodiazepinas, opiodes, anticolinérgicos), dependencias a drogas-alcohol
- Pérdida de visión y aislamiento.

Factores desencadenantes

- Como esquema mental “a pie de cama” descartar:
 - Proceso intracraneal
 - Proceso metabólico, sobre todo alteraciones del calcio y sodio
 - Retenciones: Impactación fecal y retención urinaria
 - Medicamentos: Reacción adversa a opiodes y benzodiacepinas
 - Dependencias: Síndrome de abstinencias y Síndrome de retirada.

Las causas más frecuentes:

- *Farmacológicas*: opiodes, benzodiacepinas, anticolinérgicos, AINES, digital, antidepresivos, antiparkinsonianos, anti H1 y H2, nifedipino, ciprofloxacino, corticoides, propranolol, 5-FU, interferón e IL2
- *Infecciones*: especialmente respiratorias y urinarias
- *Insuficiencia de órgano*: cardíaca, hepática, renal respiratoria
- *Metabólicas e hipoxemia*: deshidratación, hiponatremia, hipomagnesemia, hipoglucemia, hipercalcemia
- *Procesos compresivos cerebrales*: tumores, metástasis, hematomas, abscesos
- *Retención urinaria, impactación fecal*
- *Hematológicas*: anemia, CID, PTI
- *Deprivación*: nicotina, alcohol, benzodiacepinas

Generalmente en el paciente terminal concurren múltiples causas.

CLINICA

Se aceptan mayoritariamente los criterios de la DSM-IVR como diagnóstico de delirium:

- 1) Alteración global de la *conciencia* con capacidad reducida de mantener, fijar o cambiar la *atención* variando desde alerta-obnubilado-estuporoso hasta coma
- 2) Trastorno de la *esfera cognitiva* (memoria de trabajo, orientación y lenguaje sobre todo secuencias de palabras)
- 3) Alteraciones *perceptivas* (ilusiones, alucinaciones, falsos reconocimientos)
- 4) Trastorno del *comportamiento psicomotor* (agitación, sopor, perplejidad)
- 5) Estas alteraciones son de *comienzo reciente* de horas y tiende a la *fluctuación* a lo largo del día
- 6) No es criterio diagnóstico pero sí frecuente un trastorno del ciclo sueño-vigilia (esto se puede traducir con aumento de las necesidades analgésicas durante la noche). Alteraciones emocionales(ansiedad, ira, miedos)

Un algoritmo diagnóstico para diagnóstico de delirium son los criterios diagnósticos del Confusion Assessment Method (CAM): Se creó basándose en los criterios diagnósticos del DSM-III-R:

- Respuesta positiva de un *familiar*:
 - 1) Comienzo *súbito* y curso *fluctuante* (evidencia del cambio “agudo” en el estado mental y fluctúa el comportamiento anormal a lo largo del día)
 - 2) *Disminución de la atención* (sobre todo en mantener)
 - 3) *Pensamiento desorganizado* (incoherentes)
- Cualquier respuesta que no sea alerta:
 - 4) *Alteración del nivel de conciencia* (calificar al paciente: alerta, hiperactivo, obnubilado, estuporoso o coma)
- Diagnóstico de delirium: 1+2+3 ó 4; requiere 1y 2 y la presencia de 3 y 4 indistintamente.

Tiene un uso limitado para comparaciones internacionales de diagnóstico de delirium basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV, ya que en éste se requiere un trastorno de conciencia para el diagnóstico y además tampoco se valora en este test el estado cognitivo.

Como test de cribaje se puede utilizar el Minimental MMSE de Lobo ajustando a estudios y edad para mayores de 65 años, con punto de corte 27/28. Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales, y además es la única versión autorizada actualmente por los titulares de los derechos de Copyright. Tanto en una versión como en la otra los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción. (Anexo IV)

Desde un punto de vista clínico se dividen en:

- 1) *Hiperactivo*: la agitación psicomotora es la característica más relevante, con hiperactividad del sistema nervioso autónomo con taquicardia, temblor, midriasis poco reactiva, sudoración fría.
- 2) *Hipoactivo*: quietud psicomotora, incluso pseudocatonía, disminución marcada de la atención y de la alerta.
- 3) *Mixto*: alterna la agitación con la letargia.

Cerca del 70% son mixtos ó hipoactivos.

Debido a la alta incidencia, sobre todo en mayores de 70 años, y la posibilidad de un diagnóstico etiológico hasta en el 50% de los casos con un éxito de tratamiento de hasta el 65% de forma global, nos obliga a estar alerta para un diagnóstico precoz y si es posible dependiendo del nivel asistencial aproximarnos a un diagnóstico causal, salvo en una situación de últimos días.

Como esquema mental de diagnóstico rápido:

- Valoración cognitiva y de la atención aguda y fluctuante.
- Historia de fármacos (opioides) y dependencias.
- Exploración de impactación ó retención, y neurológica.
- Hemograma, iones, calcio, función renal (sedimento), pulsioximetría.
- En alguna ocasión radiografía de tórax, TAC craneal.

TRATAMIENTO

Tratamiento no farmacológico:

- Explicar a la familia lo que está ocurriendo, una insuficiencia cerebral debido a algunas causas y no locura o demencia, que va cursar con fluctuaciones incluso durante el día y que existe la posibilidad de recuperación ó mitigarse con el tratamiento, debido a la naturaleza transitoria del delirium.
- Aconsejar al cuidador como transmitir seguridad y confianza. Luz nocturna y objetos familiares cerca. Evitar sobre-estímulos o deprivación sensorial. Si está ingresado intentar que no permanezcan dos pacientes delirantes en la misma habitación.
- Evitar los enfrentamientos con el enfermo por parte de profesionales y/o familia.
- Fomentar reminiscencia mediante la memoria de largo plazo para fomentar su confianza.
- Cuidar el medio ambiente en lo que sea posible para evitar objetos peligrosos.
- Proporcionar confort con un buen control analgésico, no interrumpir el sueño nocturno y una nutrición adecuada a este momento.
- Intentar continuidad del equipo que la atiende.

Por si solas no son eficaces sin la ayuda de los neurolepticos.

Medidas farmacológicas:

- Tratar causas subyacentes: Algunas causas son factores de buen pronóstico de reversibilidad como la deshidratación y los secundarios a psicofármacos sobre todo opiodes. El resto de causas no presenta un buen pronóstico de reversibilidad y es un factor independiente de mal pronóstico de supervivencia, no mayor a 4 semanas:
 - Infección con tratamiento antibiótico si pensamos que es adecuado y tras comentarlo con familia y paciente.
 - Fármacos, en especial los psicofármacos, dejad de administrar, lavando ("wash out") medicamentos lo máximo posible. Si la analgesia es buena, reducir 20-30% de la dosis diaria de opiodes. Si la analgesia no es buena, se puede probar asociar metilfenidato para no acentuar el sopor al fallo cognitivo, e intentar aumentar opiodes para el control del dolor añadir.
 - Deshidratación, muy útil aprovechar los catéteres centrales con reservorio implantados para la quimioterapia, en el ámbito extrahospitalario, para la hidratación, si no utilizar vía subcutánea.
 - Hipercalcemia.
 - Hipoxia.
 - Retención urinaria y estreñimiento.
- Tratamiento de los síntomas de delirium: En general se basa en el uso de neurolepticos generalmente solos y en ocasiones asociados a benzodiazepinas, de forma pautada y escalonada en las crisis. En ocasiones por el pobre control se precisa la sedación. Si está confuso pero sin angustia ni agitación psicomotora es más recomendable no introducir psicofármacos para no agravar el cuadro:

- Haloperidol, es el neuroléptico de primera elección. Se puede usar oral, subcutáneo o intravenoso (aunque la Federal Drug Administration ha dado una señal de alerta en cuanto a la administración IV y su asociación con el alargamiento del QRS). Comenzar con 2,5 mg/ 8 horas, la mitad en anciano frágil, y aumentar habitualmente hasta 20mg/ día en 2-3 tomas. Se indica como “rescate” para las crisis 2,5 mg que se puede repetir cada 20-30 minutos hasta el control del paciente. Si después de 3 rescates no se logra un buen control, se recomienda saltar a otro neuroléptico más sedante del tipo de la clorpromazina a dosis de 12,5 a 50 mg/ 4-12 horas o levopromazina a dosis de 12,5 a 50 mg/ 4 -12 horas. Otra alternativa sería asociar una benzodiazepina en el 2º ó 3º rescate, midazolán subcutáneo un bolo de 2,5-15 mg en función de tolerancia, comprendiendo que puede agravar el delirium. Las dosis de mantenimiento de haloperidol, y en su caso del midazolán se establecerán en función de la respuesta clínica (Tabla I) El haloperidol controla especialmente la agitación psicomotora y las alteraciones de la percepción. Si hay agitación es recomendable comenzar con vía subcutánea (sc).
- Clorpromazina, más sedante que el haloperidol. Se usa por vía oral o intravenosa, y la subcutánea puede ser irritativa por su acidez. Comenzar con 12,5 mg/ 4-12 horas, hasta una dosis de 150 mg/ día vía oral y esta misma dosis de 12,5 mg de rescate cada 30 minutos, hasta un máximo de 3 rescates para considerar fracaso de respuesta.
- Levomepromazina, cuando el haloperidol ha fracasado y se precisa la vía sc. También se puede usar por vía oral e intravenosa. Comenzar con 12.5 mg/ 4-8 horas, con dosis de rescate de 12,5-25 mg cada 30 minutos hasta un máximo de 3 rescates antes de considerar fracaso y pasar a sedación con benzodiazepinas. En alguna ocasión se podría intentar yugular las crisis asociando en algún rescate midazolán, asumiendo que puede acentuar el delirium.
- Si se controla bien con neurolépticos y precisa continuidad por vía oral se puede rotar a neurolépticos atípicos.
- Algunos estudios experimentales han demostrado que el metilfenidato a dosis de 15-30 mg/ día repartido en 3 tomas, controla el delirium hipoactivo.
- Benzodiazepinas, para pacientes pobre respondedor a neurolépticos, en alguna ocasión asociados a estos después de varios rescates. Comenzar con un bolo de 2,5-5 mg sc, seguir cada 10-20 minutos con esa dosis hasta control y posteriormente 5mg/ 2-4 horas ó perfusión continua 30-100 mg/ día.
- Si es resistente a este último paso se pasaría a sedación con anestésicos intravenosos como el propofol.

Tabla I. Fármacos usados en el delirium

Farmaco	Dosis aproximada	Vía de administración
Neurolépticos		
Haloperidol	Dosis de inicio: 0.5-5 mg Mantenimiento: 5-20mg/día	v.o., iv, im, sc vo, iv, im, sc?
Clorpromazina	12,5 a 50 mg/ 4 o 12 horas	vo, iv, im, sc
Levopromazina	12,5 a 50 mg/ 4 o 8 horas	oral
Risperidona	0,5 a 1 mg/ 8 o 12 horas	oral
Onlazapina	2,5 a 10 mg/ 12 o 24 horas	
Benzodiacepina		
Lorazepan	0,5 a 2 mg/ 8 o 12 horas	Oral
Midazolán	Dosis de inicio: 5-15 mg Mantenimiento: 15- 45 mg/día	Sc,iv Sc,iv,icsc,iciv

Vo: via oral. Iv: intravenosa, im: intramuscular, sc: subcutánea, icsc: infusión continua subcutánea, iciv: infusión continua intravenosa

5.4. Distrés Psicológico

Se define el distrés como el estrés desagradable. Un nivel normal y deseable podría denominarse estrés, ese nivel puede ser superado llegando a ser potencialmente perjudicial; pudiéndose diferenciar tal estado con el nombre de distrés. La progresiva pérdida de energía, el agotamiento emocional y la desmotivación general convierten al distrés en una sobrecarga emocional.

Algunas veces un exceso de estrés positivo puede ser también causa de distrés.

Centenares de estímulos internos o externos de carácter físico, químico o social, como puede ser el trabajo, la familia, **las enfermedades**, los tratamientos agresivos, el clima, el alcohol, el tabaco, las frustraciones, influyen en la aparición del distrés.

El distrés es una experiencia emocional desagradable de naturaleza psicológica, social o espiritual que puede interferir en la capacidad de reacción de la persona para hacer frente a cualquier situación. El distrés se extiende desde sentimientos normales de vulnerabilidad, tristeza y miedo hasta problemas que pueden resultar incapacitantes, como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y crisis espiritual.

En el caso de una enfermedad grave y terminal, el sufrimiento del paciente y la familia, da lugar a respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que si se mantienen en el tiempo y en intensidad, sin una adaptación emocional, pueden llegar a convertirse en situaciones de alta complejidad (síntomas de distrés psicológico). El reconocimiento de este estado y su tratamiento puede ser dificultoso.

SÍNTOMAS DEL DISTRÉS	
Físicos	Psíquicos
Palpitaciones, Sensación de ahogo, Hiperventilación, sequedad de boca, apnea, náuseas, malestares digestivos, diarrea, estreñimiento, tensión y/o dolor muscular, calambres, inquietud, hiperactividad, temblor en las manos, fatiga, mareos, dificultades en el sueño, dolores de cabeza, sofocos, manos y pies fríos, aumento o disminución del apetito, disminución del deseo sexual, mayor consumo sustancias (alcohol, drogas, tabaco)	Angustia, preocupación, desesperanza, introversión, depresión, impaciencia, irritación, hostilidad, agresividad, frustración, aburrimiento, inseguridad, sentimiento de culpa, desinterés por la apariencia, por la salud, por el sexo; incapacidad de finalizar una tarea antes de comenzar otra, dificultad para pensar con claridad, concentrarse y/o tomar decisiones, fallos en la memoria, olvidos, falta de creatividad, disminución de la atención, inflexibilidad, hipercrítica, comportamiento irracional, pérdida de eficacia en la productividad

5.5. Hemorragia

Se define que una hemorragia es grave cuando se pierde de forma abrupta cantidades mayores de 250 cc., o más de 400-600 cc. en 24 horas. La incidencia de hemorragia grave en paciente oncológico terminal varía en función del ámbito asistencial donde se registre el estudio, entre 2-10%. Sobre el 5% de estas hemorragias terminan con el fallecimiento del paciente.

CAUSAS

Las hemorragias en forma de hemoptisis, hematuria, hematemesis, melenas, metrorragias, vascular y otras, pueden ser por:

- Propio tumor
- Iatrogénica por corticoides generalmente si había antecedentes de ulcus péptico
- Complicación de la cirugía
- Secundaria trombopenia quimioterápica
- Secundaria a técnicas como el Láser o radioterapia endobronquial
- Secundaria a quimioterapia

CLINICA

Las hemorragias masivas pueden provenir:

- De *grandes vasos superficiales*, como los tumores de cabeza y cuello, la causa más frecuente de este tipo de hemorragias. Se da con más frecuencia si ha sido tratado con cirugía y radioterapia. También en región inguinal en tumores pélvicos o genital que han sufrido linfadenectomía. De igual forma en tumores rectales y los de canal anal.
- De *órganos internos* en forma de hemoptisis, hematemesis, hematoquecia, melenas, hematuria, metrorragias.

TRATAMIENTO

- *Consideraciones generales ante la posibilidad o la realidad de una hemorragia grave:*
 - Explicar a la familia, intentando en la medida de lo posible, que la información llegue a la mayor parte de la familia, del riesgo vital del paciente.
 - Debemos atender las dudas sobre la necesidad de sondas o sueros.
 - Explicar el proceso de muerte, informando sobre la posibilidad de aparición de estertores, disnea, agitación, apneas. Se debe explicar que cuando el paciente esté próximo a fallecer, la hemorragia grave es una complicación terminal, y no está indicado medidas de resucitación. Si se encuentra en el hospital esto debe quedar por escrito.
 - Debemos valorar signos de agotamiento y de angustia de anticipación, para orientar pautas de actuación, o si la situación es claudicante ingresos hospitalarios si nos encontramos en domicilio, ó bien valorar la presencia in situ de la familia en esos momentos según impacto emocional, si el paciente está ya ingresado.
 - Si el familiar lo asume, puede ser útil que disponga de jeringuillas con midazolam cargadas con 3cc/ 15 mg para suministrar por vía subcutánea, que se puede repetir cada 5 minutos hasta sedación. Se recomienda aplicar curas locales superficiales que compriman la lesión, cambiándolas frecuentemente a medida que se empapan. Si los paños son de color oscuro se mitiga el impacto emocional del sangrado.

- *Consideraciones particulares ante una hemorragia grave:*
 - HEMOPTISIS:
Aunque no sea masiva (más de 600 cc/día), a partir de 50-100cc ya produce repercusión grave respiratoria.
 - Si es candidato, generalmente de pequeña cuantía pero repetitivas, se puede beneficiar de técnicas como la embolización arterial, radioterapia externa paliativa, eficaz hasta en 80% de las ocasiones. Si ya ha recibido dosis máximas, y la lesión está intraluminal, se puede beneficiar de braquiterapia, incluso asociarla crioterapia, broncoláser o electrocoagulación.
 - Si conocemos el lado sangrante, recomendar decúbito lateral sobre ese lado y ligeramente Trendelenburg.
 - Retirar si tenía anticoagulantes o antiagregantes.
 - Oxigenoterapia a demanda.
 - Antitusígenos a dosis plenas.
 - Adrenalina nebulizada 1:1000 1cc diluido con 5 cc de suero salino 0,9% cada 4 horas.
 - Corticoides: Dexametasona 4 mg/día o prednisolona 20 mg/día.
 - Agentes antifibrinolíticos: El ácido tranexámico (TA) y ácido aminocaproico (EACA). Actúan disminuyendo la lisis del coágulo de fibrina. El TA es unas diez veces más potente. Existen casos clínicos y un estudio de menos de 20 casos que tratan

hemorragias de vejiga, pulmón, digestivo y cutáneos. La dosis recomendada en el estudio de TA 1,5 g dosis inicial vía oral, seguido de 1 g/ 8 horas. En España hay comprimidos de 500 mg y ampollas de 500mg que de forma empírica se pueden beber. Por vía intravenosa 500 mg-1 g/ 8-12 horas en infusión lenta. El EACA se comienza con 5 g vía oral y se sigue con 1 g/ 6 horas. Como la utilidad terapéutica no es clara, se suele usar una actitud de tratamiento de “prueba” durante unos días y si no hay un claro beneficio se suspende. Si es eficaz se mantiene una semana más.

- *Hemoptisis masiva* (más de un vaso de golpe, 2 vasos en 3 horas, 3 vasos en 24 horas) es una urgencia que conduce al fallecimiento con asfixia en poco tiempo. Debemos estar alerta ya que es raro que debute masivamente, siendo lo habitual hemoptisis “anunciadoras” un tiempo antes, que van aumentando progresivamente al igual que la tos. Hay que sedar al paciente y si es posible por vía intravenosa, con 2,5-5 mg de midazolán y 5-10 mg de morfina; si no se puede, 10-15 mg subcutáneo de midazolán y 10 mg de morfina (si no contacto previo). No dejar solo al paciente y valorar si la familia quiere estar presente.

○ HEMATURIA:

La presencia de coágulo grande con repercusión hemodinámica y hemoglobina apoyan que es una hematuria importante.

- Si es intermitente se coloca sonda normal de 2 vías y se realizan lavados vesicales dos o tres veces al día. Si no cede ó es continúa se introduce sonda urinaria de 3 vías y se realizan lavados continuo con suero frío hasta que ceda.
- En las intermitentes y de mediana cuantía se puede intentar tratamiento de prueba con antifibrinolíticos a dosis menores que para otros órganos, ya que existe el riesgo de formar coágulos firmes intravesicales de difícil eliminación, al eliminarse por vía renal sin metabolización. Como orientación el TA se recomienda a una dosis 500 mg/ 8 horas oral, y el EACA 4 g/6-8 horas.
- Embolización de la arteria renal en casos específicos de tumores renales con sangrado incoercible.
- Radioterapia hemostática sobre todo en tumores de próstata, ginecológicos y digestivos.
- Resección transuretral en algunos casos de tumores vesicales.
- En tumores vesicales resistente a lo anterior se intenta con lavados continuos con formalina al 1% pero requiere anestesia.

○ SANGRADO GASTROINTESTINAL:

No han demostrado un beneficio los lavados gástricos, vasoconstrictores, antiácidos, vasopresina, anti H₂ intravenoso:

- Podíamos intentar tratamiento de prueba con ácido Tranexánico.

- CUTANEAS:
 - Poca manipulación, interponiendo apósitos de silicona, medidas compresivas, solución tópica de adrenalina 1:1000, hemostáticos tópicos de gelatina ó celulosa oxidada, solución de sucralfato.
 - Valorar el tratamiento con radioterapia externa, en lesiones tumorales con infiltración cutánea y que en ocasiones producen sangrado. Se valorará el tratamiento en función de su localización tratamientos previos y situación clínica del paciente. Es muy importante evitar la sobreinfección y el olor.

5.6. Atención a la fase final

Se habla de situación de últimos días (SUD) o de agonía al periodo de tiempo previo a la muerte, concretamente en aquellos procesos de enfermedad avanzada y terminal, donde tanto el enfermo, la familia y los profesionales vamos viendo ese proceso cuyo final es la muerte. Esta situación puede ser variable, incluyendo la mejoría en algunos casos. La agonía suele asociarse con Muerte Inminente.

RECONOCIMIENTO DE LA AGONÍA – SIGNOS DIAGNÓSTICOS (Menten - 2004):

- Nariz fría o pálida.
- Extremidades frías.
- Livideces.
- Labios cianóticos.
- Estertores de agonía.
- Pausas de apnea (>15 segundos/minuto).
- Anuria (<300ml/24horas).
- Somnolencia (>15horas/24horas).

La presencia de >4/8 signos determina el éxito en los siguientes 4 días. Aunque existe un 8% de enfermos que mueren súbitamente.

OBJETIVO:

Conseguir la máxima comodidad y bienestar tanto para el enfermo como para su familia.

ACTUACIÓN EN EL ENFERMO:

Conocimiento de la existencia de Instrucciones Previas para actuar en consecuencia.

Control sintomático y prevención de situaciones de crisis con medicación adecuada:

- La agonía es una situación cambiante que requiere de una valoración frecuente para adecuar el tratamiento a la nueva sintomatología.
- Prever las posibles complicaciones y determinar las medidas más adecuadas (medicación extra o a demanda).

- Adecuar la vía de administración. En caso de pérdida de la vía oral optar por la vía parenteral. Si previamente tuviera vía venosa será la de elección, sino se optará por la vía subcutánea.
- El estado de disminución del nivel de conciencia del enfermo no significa que no precise ya de analgesia, generalmente es preciso aumentar dicha dosis en relación al dolor por postración.
- Evitar todas aquellas maniobras molestas y de dudosa eficacia (administración de enemas, aspiración de estertores, movilizaciones excesivas...).
- Higiene corporal muy cuidadosa para evitar dolor, hidratación de la piel con cremas oleosas, mantener postura natural con ayuda de cojines.
- En el caso de presencia de úlceras, el cuidado de las mismas se reducirá a limpieza y cambio de apósitos. Utilizando medidas que mitiguen el dolor local, el olor, la infección y el sangrado.
- Higiene bucal para disminuir sequedad de la mucosa con infusión de manzanilla diluida con ayuda de torunda de gasa. En el caso de presencia de restos de sangre utilizar dilución de agua oxigenada. Aplicar cacao en los labios para hidratarlos. Retirada de prótesis dental cuando ésta quede floja, evitando lesiones, ruidos desagradables y posible atragantamiento.
- Limpieza de los ojos con suero fisiológico y aplicación de crema lubricante. Oclusión con parches si es preciso. Retirada de lentes de contacto.
- La aparición de estertores recomienda la disminución de fluidos y la administración de Buscapina o Escopolamina por vía subcutánea. Higiene bucal con infusión de manzanilla diluida. Colocación del enfermo en el decúbito lateral en el que sean menos audibles y cuello ligeramente flexionado.
- La fiebre únicamente debe tratarse si al enfermo le molesta. En este caso utilizar: 1.- Metamizol 2g. / vía venosa. 2.- Paracetamol 1g. /vía venosa o rectal. 3.- Ketorolaco 30 mg /vía venosa o subcutánea, y dejar pautado.
- En caso de fiebre valorar que la administración de estos antitérmicos van a provocar sudor profuso que conlleva a un cambio de ropa de toda la cama (movilización → dolor → medicación extra → incomodidad → angustia familiar).
- Las medidas físicas (paños fríos o helados) no están recomendados por aumento de la incomodidad del enfermo.
- La incontinencia urinaria no es indicación de sondaje vesical, solo se procederá al mismo cuando las maniobras de higiene y cambio de ropa sean más dolorosas y traumáticas que el propio sondaje.
- Cuando el enfermo presente estado de agitación que no cede con la medicación y no ha orinado, valorar la posibilidad de presencia de globo vesical, en este caso si estaría indicado su sondaje.

Apoyo Psicológico:

- Comunicación abierta con el personal sanitario y la familia.
- Expresión de sus últimos deseos.
- Expresión de miedos y temores.
- Conocimiento de su pronóstico, apoyo en la toma de decisiones.
- Aceptación o no por parte de la familia de sus decisiones.

Acompañamiento:

- Realizar muestras de afecto y protección para evitar sentimientos de desamparo y angustia.
- Mostrar nuestro apoyo con nuestra presencia aunque no estemos de acuerdo con sus decisiones.

ACTUACIÓN EN LA FAMILIA:

- El enfermo controlado a nivel sintomático va a proporcionar tranquilidad y calma en la familia.
- Potenciar que la familia participe en los cuidados del enfermo para sentirse útil.
- Cuando además tiene la función de cuidador principal, brindándole todos los cuidados que requieren sus necesidades básicas le va a generar un aumento de su autoestima.
- Es preciso y necesario reconocerle su labor fundamental con el enfermo para que no le genere una sobrecarga emocional.
- Informar y explicar de los cambios que se van produciendo y las medidas que se van a adoptar, teniendo en cuenta la consecución de la máxima comodidad para el enfermo.
- Insistir en la necesidad de que mantengan la comunicación con el enfermo a pesar de que él no les pueda contestar de forma verbal.
- Potenciar el contacto con el enfermo proporcionando caricias, mimos, besos...
- Mantener una comunicación abierta, proporcionando la información necesaria para la toma de decisiones (control de la situación).
- Proporcionar apoyo y soporte en esos momentos, permitiendo la expresión de sentimientos.
- Potenciar la presencia familiar, incluidos niños y ancianos, para proceder a la despedida.
- Atención a las necesidades espirituales. Suele ser algo excesivamente privado e íntimo, cuando un enfermo lo verbaliza es indicativo de proximidad y confianza.
- La atención espiritual no debe ser impuesta al enfermo porque su familiar lo desee.
- Si el paciente se encuentra en fase preagónica informar a la familia.
- Prever la documentación necesaria cuando fallezca (DNI, certificados de defunción, seguros...).

Anexo I: Palliative Performance Scale (Anderson et al., 1996)

%	Deambulaci3n	Actividad/ evidencia enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de consciencia
100	completa	Normal/ no evidencia enfermedad	Completo	Normal	Completo
90	completa	Normal/ alguna evidencia enfermedad	Completo	Normal	Completo
80	completa	Normal con esfuerzo/ alguna evidencia enfermedad	Completo	Normal o reducida	Completo
70	reducida	Incapacidad laboral/ alguna evidencia enfermedad	Completo	Normal o reducida	Completo
60	reducida	Incapacidad para trabajo dom3stico o hobby/ enfermedad significativa	Necesita ayuda ocasional- mente	Normal o reducida	Completo o confuso
50	Sill3n/ cama	Incapacidad total/ enfermedad extensa	Necesita ayuda considerable	Normal o reducida	Completo o confuso
40	Fundamental- mente cama	Idem	Fundamental- mente ayuda	Normal o reducida	Completo o confuso o obnubilado
30	Encamado	Idem	Cuidado total	Reducida	Completo o confuso o obnubilado
20	Idem	Idem	Idem	M3nimos sorbos	Completo o confuso o obnubilado
10	Idem	Idem	Idem	Cuidados boca	Obnubilado o coma
0	muerte	-	-	-	-

Metodolog3a de empleo de la escala PPS:

- Se debe buscar en cada caso el nivel que mejor encaje con el paciente, valorando los 5 ítems que componen la escala.
- Los ítems con mayor peso est3n a la izquierda de la tabla y los de menor peso a la derecha: primero decidir si el paciente puede andar o no; luego si puede realizar alguna actividad; si puede asearse; si puede ingerir y finalmente su estado cognitivo.
- Por tanto, la escala PPS cae de arriba abajo pero tambi3n tiene implicaciones de izquierda a derecha (es m3s importante la movilidad que la cognici3n).

ANEXO II: ESCALA ZARIT REDUCIDA. Escala de sobrecarga del cuidador. (Gort, March, Gómez, Miguel, Mazarico y Ballesté, 2004).

Item	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?	
2	¿Se siente estresado al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?	
3	¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	
4	¿Se siente agotada cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?	
5	¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	
6	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
7	En general, ¿se siente muy sobrecargado al tener que cuidar de su familiar/paciente?	

Cada ítem se valorará así:

Frecuencia	Puntuación
Nunca	1
Casi nunca	2
A veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

El punto de corte está establecido en mayor o igual a 17 puntos, que indicaría claudicación familiar pero no puede diferenciar respecto a la intensidad de la sobrecarga.

Anexo III: Definiciones de los términos empleados

Eutanasia

Siguiendo a Azucena Cruceiro en la monografía ya citada anteriormente, Ética y sedación al final de la vida, con el término eutanasia se debe designar exclusivamente a: “Aquellos actos que tienen por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con enfermedad Terminal o irreversible, que padece sufrimientos que él vive como intolerables, y a petición expresa, voluntaria y reiterada de éste”. En esta definición aparece lo que los juristas denominan como triple juicio: de motivos – razones humanitarias, de irreversibilidad del estado y de calidad de vida personal.

Suicidio médicamente asistido

El suicidio médicamente asistido, o mejor, el **auxilio médico al suicidio**, tal como lo menciona nuestro código penal, consiste en proporcionar un método al paciente (por ejemplo, una receta de barbitúricos) para que sea él mismo y bajo su propia responsabilidad quien lo lleve a cabo.

Serviría para ayudar a morir a aquellos pacientes incurables que lo desearan por estar sufriendo de una forma intolerable, a pesar de estar recibiendo la máxima ayuda médica y al no existir otra alternativa. El fundamento estaría en proporcionar al paciente una muerte noble y digna, sobre la que él ejercería algún tipo de control, como expresión de nuestra compasión y preocupación sobre su destino final.

Se distinguiría claramente de la eutanasia, ya que, en ésta última, el médico no sólo le facilitaría al paciente un modo de suicidarse, sino que, en caso de que éste se lo pidiera, actuaría como el causante real de la muerte. Se puede apreciar claramente que el equilibrio de poder entre el médico y el paciente, está mucho más igualado en el suicidio asistido que en la eutanasia voluntaria. De ser únicamente consejero y proporcionar los medios, en el primer caso, el médico pasa, en el segundo caso, a proporcionar los medios y a desarrollar por sí mismo el acto final, definitivo, con lo que aumenta de forma considerable su poder sobre el paciente, así como también la posibilidad de que se produzcan errores, abusos y actitudes coercitivas.

De acuerdo con Timothy E. Quill y colaboradores (1992), existirían una serie de criterios clínicos para llevarlo a cabo. Así, el médico de cabecera del paciente se debería de asegurar siempre de que se cumplen los siguientes criterios clínicos para el suicidio asistido:

Primero, que el paciente sufra una enfermedad incurable y que la misma le esté originando un sufrimiento severo o implacable.

Segundo, que el médico se cerciore de que se han utilizado todas las medidas paliativas posibles y adecuadas para aliviar el dolor y el sufrimiento de su paciente, ya que nunca se debería realizar el suicidio asistido como sustitutivo de la búsqueda y empleo de dichas medidas.

Tercero, que el paciente ha manifestado su petición de morir de forma clara y repetida, con total libertad e iniciativa. Por tanto, el médico debe tener certeza de que la petición de morir del paciente es seria, y comprender sus deseos de morir.

Cuarto, el médico debe asegurarse de que su paciente no tiene trastornado el juicio, y de que es capaz de comprender su decisión y el alcance de la misma. Debe descartar algún tipo de trastorno mental, sobre todo una posible depresión, y en caso de duda, consultar con un psiquiatra.

Quinto, el suicidio asistido sólo puede efectuarse en el marco de una relación médico-paciente adecuada.

Sexto, siempre es aconsejable consultar con otro médico que ten experiencia sobre el tema, quien deberá revisar de nuevo al paciente.

Finalmente, documentar adecuadamente todo el proceso, haciendo constar todas las exigencias clínicas citadas, y obtener un consentimiento informado en el que conste la firma del paciente, del médico de cabecera y del médico consultado. También sería muy recomendable informar a la familia del paciente, pero éste decidiría a quién informar.

El suicidio médicamente asistido está sancionado en el artículo 143.1, 143.3 de nuestro vigente código penal:

1. “El que induzca al suicidio será castigado con pena de prisión de 4 a 8 años.
2. Se impondrá la pena de prisión de 2 a 5 años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de 6 a 10 años si la cooperación llegare hasta el punto de ejecutar la muerte”.

Sedación paliativa

De acuerdo con un documento de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) publicado en Medicina Paliativa en 2002, la sedación paliativa consiste en:

“La administración deliberada de fármacos, en la dosis y combinaciones requeridas, para inducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o Terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado”.

Los síntomas refractarios, de acuerdo con Cherny y Portenoy son: “Aquellos síntomas que no pueden ser adecuadamente controlados, a pesar de intensos esfuerzos para identificar un tratamiento tolerable que no comprometa la conciencia del paciente”. Los más frecuentes son: disnea, dolor, delirium y sufrimiento emocional (o distrés emocional). En algunos casos bastará con lograr una sedación suave, intermitente, para aliviar al enfermo. En otros casos, se requerirá una sedación más profunda y permanente para lograr el alivio necesario.

Sedación Terminal

De acuerdo con Porta y otros (Medicina Paliativa, 1999), la sedación Terminal, o mejor, **sedación en la agonía**, como se entiende a denominarle modernamente, consiste en:

“La administración de fármacos a un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia, con la intención de aliviar un sufrimiento físico – disnea, delirium- y/o psicológico –crisis de ansiedad- inalcanzable con otras medidas, y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente”.

Dado que la expresión “sedación Terminal” puede llevar a la confusión e interpretarse en el sentido de que es el acto de la sedación el que acaba con la vida del paciente, se ha propuesto su sustitución por el de “sedación en la

agonía”, con la que se describe un tipo particular de sedación paliativa que se aplica a un paciente agónico.

Consentimiento informado

Nos parece adecuada la definición que se da extraída de la ley 41/2002.

La definición que se expone a continuación de la anterior: “Es la explicación a un paciente atento y competente”, caso de que se ponga, deberá advertirse que sólo se muestra para favorecer la comprensión histórica del consentimiento informado, ya que procede del Manual de Ética del Colegio de Médicos Americano, de 1989. Sería además conveniente cambiar la palabra “**competente**” por “**capaz**”, que es la única que se emplea en nuestra “Ley de autonomía del paciente” (Ley 41/2002) y en nuestro Derecho. Igualmente y por razones similares, sería conveniente cambiar la palabra “**dominancia**”, que no tiene sentido en nuestro Derecho, por “**dominación**”.

Anexo IV: MINIEXAMEN COGNITIVO de LOBO (Basado en Folstein et al 1975, Lobo et al. 1979)

ORIENTACION TEMPORAL Y ESPACIAL
<p>1. - Día Fecha Mes Estación* Año (5)</p> <p>_____</p> <p>(En Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre se dan por válidas cualquiera de las dos estaciones del mes)</p>
<p>2.- Lugar , Planta , Ciudad, Provincia , Nación</p> <p>_____</p> <p>(en 1 y 2 señalar abreviaturas de ítems correctos)</p>
MEMORIA DE FIJACION
<p>3.- Repita estas 3 palabras: Peseta - Caballo - Manzana (3) ó Balón- Bandera- Árbol</p> <p>_____</p> <p>(repetir hasta que las aprenda y contar nº de intentos)</p>
ATENCIÓN Y CALCULO
<p>4.- Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? (5)</p> <p>_____</p> <p>(Anote 1 punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta. Máx 5 p.)</p>
<p>5.- Repita estas tres cifras: '5-9-2" (Anotar nº de intentos) Ahora hacia atrás (1 p. por cada cifra en orden correcto) (3)</p> <p>_____</p>
MEMORIA (RECUERDO diferido)
<p>6.- ¿Recuerda las tres palabras que le dije antes? (3)</p> <p style="text-align: center;">Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1</p> <p>_____</p>
LENGUAJE Y CONSTRUCCION
<p>7.-DENOMINACIÓN: Mostrar un bolígrafo y preguntar: ¿Qué es ésto? (2)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Repetir con un reloj</p>
<p>8.- REPETICIÓN: Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" (1)</p> <p>_____</p>
<p>9.- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Que son el rojo y el verde?-. ¿y un perro y un gato? (2)</p> <p>_____</p>

10.- ORDENES: Coja un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo
(3)

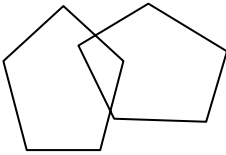
(no repita ni ayude. Puntúe un movimiento como correcto si es realizado en el orden correcto)

11.- LECTURA: Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (1)

12.- ESCRITURA: Escriba una frase completa (1)

(la frase debe tener un sujeto. real o implícito, y en verbo. "Ayúdeme" o "váyase" pueden aceptarse)

13.- COPIA: Copie este dibujo. (1)



(cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección formar un diamante al entrelazarse en dos puntos de contacto)

TOTAL:

Escolaridad	65-69	70-74	75-79	80-84	>85
Sin estudios	23	23	23	24	17
Elementales	26	25	23	25	22
Medios	27	27	27	24	24
Universitarios	26	27	28	27	

Bibliografía

Aabom B, Kragstrup J, Vondeling H, Bakkeiteig LS, Stovring H. Defining cancer patients as being in the terminal phase: who receives a formal diagnosis, and what are the effects? *J Clin Oncol* 2005; 23(30):7411-6.

Ahmedzai S.H. and Walsh D. Palliative medicine and modern cancer care. *Seminars in Oncology*. 2000; 27: 1-5

Altisent Trota R, Porta i Sales J, Rodeles del Pozo R, Gisbert Aguilar A, Loncan Vidal P, Muñoz Sánchez D, et al. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Med Pal*. 2002; 9 (1):37-40.

Anderson F, Michael Downing G, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care* 1996; 12(1): 5-11.

Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos. Barcelona: Ariel, 2003. pp141 – 181.

ASCO-ESMO Consensus Statement on Quality Cancer Care. *J Clin Oncol* 2006; 24:3498-99.

Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE, editores. Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology. 2ª ed. Filadelfia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

Blanco-Echevarria, Cea- Calvo, García Gil et cols. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario "12 de Octubre". 5º edición. 2003

Boyd A. Changing cancer services to provide the care patients want. *Cáncer future*. Vol. 3 (2). Pág. 121-123. March / April 2004.

Camps C, Carrulla J, Casas A, González Barón M, Sanz-Ortiz J, Valentín V, Cassinello J, Camps C, editores. Guía rápida SEOM: tratamiento médico del dolor oncológico. Madrid: Adalia; 2005.

Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. *Palliative Medicine* 2004; 18(3): 184-94

Centeno C, Sanz A, Vara F, Pérez P, Bruera E. Abordaje terapéutico del delirium en pacientes con cáncer avanzado. *Medicina paliativa (Madrid)* 2003; 10(3): 149-56

Centeno C, Vara F, Pérez P, Sanz A, Bruera E. Presentación clínica e identificación del delirium en el cáncer avanzado. *Medicina Paliativa (Madrid)* 2003; 10(1): 24-35

Chang UT. The confusion about confusion. *J Pal Med* 2002; 5 (5): 659-60

Cherny N, Portenoy R. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care*. 1994; 10 (2): 31-8.

Código Penal Español. L.O. 10/1995 de 23 de noviembre de 1995. BOE (nº 281 de 24 de noviembre de 1995; rectificaciones en nº 54 de 2 de marzo de 1996).

Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005 – 2008. Comunidad de Madrid, 2005

Cortés Funes H, Díaz Rubio E, García Conde JR, Germá Iluch, Guillem porta V, López López JJ, Moreno Nogueira JA, Pérez Manga.G et cols. Oncología Médica Nova Sidonia 84-7885-207-7.1999

Couceiro A. El enfermo terminal y las decisiones al final de la vida. En: Couceiro A (ed) Ética en Cuidados Paliativos. San Sebastián: Triacastela, 2004. pp 263 – 304.

Davies E, Higginson IJ, editores. WHO. Informe Técnico: Hechos sólidos en cuidados paliativos. Madrid, 2004.

De Miguel Sanchez C, Garrido Elustondo S, Estirado A et al. Palliative Performance Status, heart rate and respiratory rate as predictive factors of survival time in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 485-492.

Die Trill M, López Imedio E. Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. La comunicación c el enfermo y la familia. Ades ediciones, 2000.

Driver ME, Bruera C. The M.D. Anderson Palliative Care Handbook. Houston (TX): University of Texas Health Science Printing; 2000.

Camps Herrero A, CarullaTorrent J, Casas Fernández AM, González Barón M, Sanz Ortiz J, Valentín V, editores. Manual SEOM de Cuidados Continuos. Madrid: Dispublic S.L.; 2005.

Educational Book of the 29th ESMO Congress; 2004 oct 29-nov 2: Viena, Austria. Dordrecht (NL): Kluwer, c2004. 336 p. (Annals of Oncology; vol. 15 suppl. 4).

Fischer SM, Gozansky WS, Sauaia A, Min SJ, Kutner JS, Kramer A. A practical tool to identify patients who may benefit from a palliative approach: the CARING criteria. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 285-292.

Gómez Sancho, M. Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS (Gabinete de Aseoramiento y Formación Sociosanitaria S.L.); 2003.

González Barón M, Lacasta M, Ordóñez A. Evaluación del sufrimiento. En M Gonzalez Barón y A Ordóñez Gallego (eds). Dolor y Cáncer. Madrid: Editorial Panamericana; 2003.

González Barón M, Lacasta MA y Ordóñez A. Valoración clínica en el paciente con cáncer. Editorial panamericana 2006.

Gort AM, March J, Gómez X y cols. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos Medicina Clínica, 2004; 124 (17): 651-653.

Gracia D. Ética de los cuidados paliativos: de la convicción a la responsabilidad. En: Couceiro A (ed) Ética en Cuidados Paliativos. o.c.; pp 363 – 393.

Guía de Practica Clínica en Cuidados Continuos. SEOM. IBSN: 84-611-2850-8. 2006

Guía de Recomendaciones en Cuidados Continuos Oncológicos. Asistencia- Investigación- Docencia. Sección SEOM de Cuidados Continuos. Sept. 2006.

Harrold J, Rickerson E, Carroll JT, McGrath J, Morales K, Kapo J, Casarett D. Is the palliative performance scale a useful predictor of mortality in a heterogeneous hospice population?. *J Palliat Med* 2005; 8(3): 503-9.

Head B, Ritchie CS, Smoot TM. Prognostication in hospice care: can the palliative performance scale help?. *J Palliat Med* 2005; 8(3): 492-502.

Jackson KC, Lipman AG. Tratamiento farmacológico para el delirio en pacientes en fase terminal. Revisión Cochrane traducida. Biblioteca Cochrane 2005; núm. 2 Oxford. (www.update-software.com)

Kosmidis PA, Schrijvers D, Fabrice A, Rottey S, editores. ESMO Handbook of Oncological Emergencies. Abingdon (GB): Taylor & Francis; 2005.

Lacasta M. El papel del Psicólogo en cuidados paliativos. Infocop. Colegio de psicólogos, (1997), 36-37.

Lacasta Reverte MA y col. “Intervención psicológica en cuidados paliativos. Análisis de los servicios prestados en España” (Pendiente de publicar)

Lacasta Reverte MA. Cartera de Servicios de cada profesional en el proceso de la enfermedad terminal. Psicología. Medicina Paliativa, 2005; 12: 52.

Lafuente A. En Porta J, Gómez Batiste X, Tuca A, editores. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid Aran 2004, p 152-54

Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. L.O. 41/2002, de 14 de noviembre de 2002. BOE (nº 274 de 15 de noviembre de 2002).

López Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998.

Maddi SR, Khoshaba DM. Hardiness and mental health. *Journal of Personality Assesment*, 1984; 63(2): 265-274.

Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C et al. Prognostic factors in advanced cancer patients: evidence-based clinical recommendations – a study by the Steering

Committee of the European Association for Palliative Care. *J Clin Oncol* 2005; 23: 6240-6248.

Manual SEOM de Cuidados Continuos. Dep Legal M-41079-2004.

Mayán Santos JM. *Enfermería en Cuidados Socio Sanitarios*. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2005.

Meagher DJ. Delirium: optimising management. *BMJ* 2001; 322: 144-49

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Moliner M. *Diccionario de uso del español*. 1ª ed. Madrid: Gredos; 1982. Entereza; p. 1141.

Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330:1007-1011

Nabal M, Naudi C. En Porta J, Gómez Batiste X, Tuca A, editores. o.c. ; p 135-37
Newcomer RJ, Clay TH, Yaffe K, Covinsky KE. Mortality risk and prospective medicare expenditures for persons with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(11):2001-6.

Núñez Olarte JM, López Imedio E. *Guía rápida de manejo avanzado de síntomas en el paciente terminal*. Madrid: Editoriial Médica Panamericana; 2007.

Oliver D, Borasio GD, Walsh D. *Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis*. Oxford University Press 2005

Peñacoba C, Moreno B. El concepto de personalidad resistente: Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 1998; 58:61-96.

Pérez Cayuela, P. Valentín, V. Rosa, J. Ausejo, M. Corral, C. Programa de Coordinación para la Asistencia Domiciliaria al Paciente Oncológico Terminal en el Área XI - INSALUD. Madrid. 1992. N° Registro Propiedad Intelectual: 10257.

Porta i Sales J, Núñez Olarte JM, Altisent Trota R et al. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa* 2002; 9(1): 41-46.

Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. *Control de Síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Madrid: Arán; 2004.

Porta J, Guinovart C, Ylla-Catalá A, Estibalez A, Grimau I, Lafuerza A, et al. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano-balear. *Med Pal*.1999; 6 (3): 108-115.

Porta J, Lozano A. En Porta j, Gómez Batiste X, Tuca A, editores. .o.c.; p 162-70
Porta J, Nabal M. Síntomas respiratorios en cuidados paliativos (II): Tos, hemoptisis y estertores agónicos. *Medicina Paliativa (Madrid)* 1997; 4(2): 53-61

Porta J, Núñez JM, Altisent R, Gisbert A, Loncan P, Muñoz JD, et al. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. *Med Pal*. 2002; 9 (1): 41-6.

Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Care of the hopelessly ill. Proposed clinical criteria for physician-assisted suicide. *N Engl J Med*. 1992; 327: 1380-4.

Redondo MJ, Cuervo MA. Síntomas respiratorios en Cuidados Paliativos. Abordaje integral del paciente oncológico avanzado en atención primaria. *Atención Primaria* 2006; 38 (upl. 2): 38-46

Regnard C, Tempest S. *A Guide to Symptom Relief in Advanced Cancer*. 3ª ed. Manchester: Haigh & Hochland; 1992.

Rivas Flores J, Vilches Aguirre Y, Muñoz Sánchez D, Altisent Trota R., Gisbert Aguilar A. Consentimiento informado en cuidados paliativos. *Med Pal*. 2002; 9 (1): 32-6.

Rummans TA, Matthew M., Clark M., et al. Impacting Quality of Life for Patients With Advanced Cancer With a Structured Multidisciplinary Intervention: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol* 2006; 24:635-642.

Russo P. Urgencias Urológicas. En: *Cancer. Principios y práctica en Oncología*. DeVita V, Hellman S, Rosenberg SA, editores. Editorial Médica Panamericana SA y Arán Ediciones SA. Madrid 2000: 2512-2522

Salas MT y Lacasta M. Asistencia Psicológica. En: *Esclerosis Lateral Amiotrófica. Una enfermedad tratable*. Madrid: Prous Science 1999, 34: 455 – 469.

Salas MT. Calidad de Vida en pacientes terminales con esclerosis lateral amiotrófica. Tesis doctoral (inédita) 2007

Sandrin L. *Ayudar sin quemarse*. Madrid: San Pablo, 2005.

Sanz Ortíz J, Gómez Batiste X, Gómez Sancho M, Nuñez Olarte JM. Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad española de Cuidados Paliativos. SECPAL. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1993

SEOM. *Guía de Práctica Clínica en Cuidados continuos*. SEOM. Coordinador Vicente Valentín Maganto. 2006. ISBN: 84- 611-2850-8.

SEOR. *Guía de cuidados continuos en Oncología radioterápica*. SEOR 2007 Editor: M Teresa Murillo González. Dep Legal: M. 17. 168- 2007.

Sereno Marín. Cistitis hemorrágica. *Rev Oncológica* 2003; 5: 315-19

Solís Muñoz, M. *Enfermería en trasplantes*. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2005.

Stuart B, Connor S, Kinzbrunner BM et al. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. *Hosp J* 1996; 11 (2): 47-63.

The EAPC Ethics Task Force on palliative care and euthanasia. Euthanasia and physician - assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *European Journal of Palliative Care* 2003; 10(2): 63 – 66.

The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA*, 1995; 274:1591-8.

Valentín Maganto V, editor. *Oncología en atención primaria*. Madrid: Nova; 2003.

Valentín V., Murillo M. y Royo D.: Alternativas en el modelo de atención al paciente en fase terminal. *Revista de Administración Sanitaria*. Vol. 3, nº 9, Enero/ Marzo 1999. Pág. 147-162.

Valentín V., Murillo M., Royo D, y col. Cuidados continuos. Un modelo de atención integral. *Rev Adm Sanit* 2005; 3 (4): 647-68

Valentín V., Murillo MT., Valentín M. Continuos care in the cancer patient; palliative care in the 21st century. *Revista de Oncología*. Vol. 6 (7) Oct 2004. Pág. 448-458.

Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Editorial Masson 1999

Vera B, Carbelo B, Vecina ML. La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y Crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*, 2006; 27(1): 40-49.

Virik K, Glare P. Validation of the Palliative Performance Scale for inpatients admitted to a palliative care unit in Sydney, Australia. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23: 455-

Zamora P, Espinosa E, Martínez Martínez B, González Barón. Cuidados Paliativos en oncología urológica. En: *Tratado de urología oncológica*. Resel Estévez L, Moreno Sierra J, editores. Sanidad y Ediciones SL 2003: 195-206

