

ABC

del Manejo del Dolor

y otros síntomas en cuidados paliativos

A decorative graphic element consisting of a thick, wavy line that curves across the page. The line is composed of multiple parallel bands in shades of gray and black, creating a sense of movement and depth.

Dra. MARIANA VALLEJO MARTÍNEZ
Dra. NANCY LINO GUTIÉRREZ

La titularidad del Manual “El ABC del Manejo del Dolor y otros síntomas en cuidados paliativos” es propiedad de las Dras. Mariana Vallejo Martínez Y Nancy Lino Gutiérrez.

Los derechos de autor que recaen sobre la obra se encuentran debidamente protegidos por el Derecho de Autor, tal como consta en el certificado No. 001193 emitido por la Dirección Nacional de Derecho de Autor del Instituto Ecuatoriano de la Propiedad Intelectual en el Ecuador el 06 de Diciembre de 2010.”

ABC

del Manejo del Dolor

y otros síntomas en cuidados paliativos



EDITORAS

Dra. MARIANA VALLEJO MARTÍNEZ

*Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para Estudio y Tratamiento
del Dolor Capítulo-Guayas*

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos.

Universidad Las Palmas de Gran Canarias

*Médico del Servicio de Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto
Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA*

Miembro del staff médico del Omni-hospital

Miembro de la LASP (Asociación Internacional par estudio del Dolor)

Miembro de la Sociedad Española de Dolor (SED)

Dra. NANCYLINO GUTIÉRREZ

*Past . Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para estudio y
Tratamiento del Dolor Nacional SEETD*

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos.

Universidad Las Palmas de Gran Canarias

*Jefe del Servicio de Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto
Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA*

Miembro de la LASP (Asociación Internacional par estudio del Dolor)

*Miembro de la HIACP (Asociación Internacional de Hospice and
Palliative Care)*

COMITÉ CIENTÍFICO.

A decorative graphic element consisting of three overlapping wavy lines in black, dark gray, and light gray, flowing from the left side of the page towards the right.

Dr. Luis Zavala.

Anestesiólogo Clínica Gil.

Vicepresidente SEETD-G.

Past Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología .

Dr. Manuel Reyes.

Anestesiólogo Maternidad Enrique Sotomayor.

Secretario SEETD-G.

Dr. Eduardo Álvarez.

Anestesiólogo del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social IESS.

Vocal Principal SEETD-G.

Dr. Víctor Hugo Centeno.

Anestesiólogo.

Vocal suplente SEETD-G.

Dra. Evelyn Frías T.

Magister en Gerencia Hospitalaria

Editor Médico.

Revista Oncología - SOLCA

AUTORES

A decorative graphic element consisting of several overlapping wavy lines in shades of gray and black, flowing from the left side of the page towards the right.

Dra. Mariana Vallejo Martínez.

Dra. Nancy Lino Gutiérrez.

Dr. Esteban Reyes.

Dr. Xavier Cáceres Barroso.

Dra. Ana Knezevich.

Dra. Mayra Cadena.

Dra. Olivia De la Torre Terranova.

Dra. Esther Mena Flor.

Klga Enriqueta Mena Flor.

Dr. Jorge Gencón.

Lcda. Psic. Clínica Jéssica Barba.

Dra. Dolores Rodríguez.

Enf. Lilia Urrutia.

Enf. Sonia Mora.

Enf. María De los Ángeles Andrade.

CONTENIDO

	Pág.:
PRÓLOGO	11
Dr. Juan Tanca Campozano Presidente del Consejo Directivo Nacional SOLCA - Matriz	
PREFACIO	13
Capítulo 1. Definición, Clasificación y Etiopatogenia del Dolor.	14
Capítulo 2. Síndromes dolorosos en cáncer:	22
• Introducción. • Compromiso óseo. • Compromiso nervioso. • Compromiso muscular o mialgias. • Compromiso visceral.	
Capítulo 3. Manejo del Dolor Postoperatorio.	28
Capítulo 4. Manejo y estrategia terapéutica:	34
• Principios de tratamiento con opioides. • Tratamiento farmacológico: • Analgésicos no opioide. • Analgésicos opioides. • Manejo de neurotoxicidad. • Rotación de opioides.	

Capítulo 5. Fármacos coadyuvantes en Dolor.	50
Capítulo 6. Intervencionismo en Dolor.	56
Capítulo 7. Principios básicos de la Medicina Paliativa.	62
Capítulo 8. Control de síntomas.	68
• Tos – disnea – estertores .	
• Astenia - anorexia - náuseas - vómito estreñimiento - hipo.	
Capítulo 9. Trombosis venosa profunda, linfedema.	82
Capítulo 10. Complicaciones psiquiátricas en Dolor: Ansiedad, depresión, delirium.	90
Capítulo 11. Intervención psicológica en Dolor.	102
Capítulo 12. Nutrición en cáncer.	106
Capítulo 13. Intervención de enfermería en Dolor.	111
• Vía subcutánea en cuidados paliativos.	
• Cuidados de sondas y ostomías.	
• Prevención y manejo de escaras.	

PRÓLOGO

Dr. Juan Tanca Campo

*Presidente del Consejo Directivo Nacional
SOLCA - Matriz*

La primera referencia que hemos encontrado con respecto al dolor se encuentra en el antiguo testamento en el libro del Génesis, cuando el Señor expulsó del paraíso a Adán y Eva al referirse a la mujer le dijo: Se multiplicará en gran manera el dolor en tu preñez... etc. (Génesis 3:16).

Desde el comienzo de la humanidad existe esta sensación penosa que debemos soportar ante diversas circunstancias de la vida. Así mismo, el hombre ha tratado siempre de conseguir un alivio para este mal, bien sea buscando su origen o paliando sus efectos.

El presente Manual “El ABC del Manejo del Dolor y otros Síntomas en Cuidados Paliativos”, es un gran esfuerzo de las doctoras Nancy Lino y Mariana Vallejo, distinguidas profesionales que se han especializado en el tratamiento y alivio del Dolor, parte primordial del tratamiento del cáncer y de muchas otras patologías.

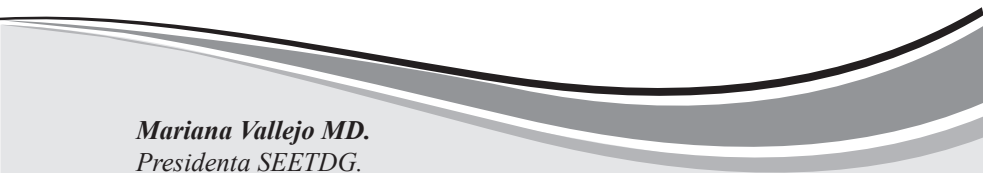
La elaboración de este libro ha demandado un gran esfuerzo de parte de las editoras que, a su vez han contado con la colaboración de competentes profesionales que se dedican a la lucha diaria para aliviar el dolor.

Los capítulos son todos muy importantes y muy bien logrados como los síndromes dolorosos en cáncer, manejo y estrategia terapéutica, intervención psiquiátrica y de enfermería etc.

Felicitó a las doctoras Nancy Lino y Mariana Vallejo, Past Presidenta, y Presidenta actual respectivamente, de la Sociedad Ecuatoriana para el Estudio y Tratamiento del Dolor Capítulo Guayas (SEETD-G), y a sus colaboradores por su magnífico esfuerzo. Por tanto, recomiendo la lectura del presente manual a todos los que nos dedicamos a la profesión médica.

Hay un conocido aforismo en Medicina que dice “ Si no puedes curar, sí puedes aliviar y consolar”.

PREFACIO

A decorative graphic element consisting of several overlapping, wavy lines in shades of gray and black, flowing from the left side of the page towards the right, positioned below the title.

*Mariana Vallejo MD.
Presidenta SEETDG.*

“Aunque el mundo está lleno de sufrimiento, también lo está de deseos de superarlo.”

Helen Keller (1880-1968)

Nuestro interés fundamental como representantes de la Sociedad Ecuatoriana para Estudio y Tratamiento del Dolor Capítulo Guayas, al elaborar este manual de bolsillo “El ABC del dolor y otros síntomas en cuidados paliativos”, es difundir información necesaria para que el médico clínico y otras disciplinas dedicadas al control del dolor, brinden un tratamiento cualificado. Ya que el dolor es el principal motivo por el que los pacientes solicitan atención de los profesionales de salud; además de ser un factor importante que influye el deterioro de la calidad de vida. Como consecuencia, todos los médicos deben estar capacitados para un diagnóstico preciso y tratamiento completo del dolor.

DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN, ETIOPATOGENIA DEL DOLOR

Capítulo 1

Esteban Reyes

*Presidente de la Sociedad Ecuatoriana para Estudio
y Tratamiento del Dolor Cap. Pichincha*

*Fellowship: Manejo del dolor y Cuidados
Paliativos en New York Medical College*

*Cirujano, Algesiólogo. Hospital Metropolitano de Quito
Miembro de la IASP*

Miembro de la APS (America Pain Society)

Secretario SEETD

El dolor oncológico es un problema de primera magnitud, hasta un 95% de los pacientes con cáncer en estadios avanzados tienen dolor.

El dolor fue definido por la IASP (International Asociación for Study of Pain) como una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular, real o potencial, o que se describe como ocasionada por la lesión₁.

En la misma definición, la IASP la complementaba con las siguientes observaciones:

- El dolor es siempre un fenómeno subjetivo; por tanto es el paciente quien mejor puede informar su dolor.
- La imposibilidad de verbalizar la existencia de dolor no excluye su existencia y por ende su adecuado tratamiento.
- Ante el dolor no siempre es posible encontrar un daño tisular, pudiendo existir razones estrictamente psicológicas.
- El dolor es una experiencia somato-psíquica de carácter multidimensional y subjetivo donde el único que nos puede informar con precisión es el mismo paciente.

Esta visión multidimensional permite que Saunders acuña el término de dolor total, refiriéndose a que el dolor experimentado y expresado por el paciente viene modulado desde diferentes fuentes, tanto físicas como emocionales, sociales y espirituales

CLASIFICACIÓN

De manera global y por su utilidad clínica el dolor se clasifica en base a:

- Duración.
- Mecanismo fisiopatológico.
- Curso de su enfermedad.

DURACIÓN.

- Agudo.
- Crónico.

MECANISMO FISIOPATOLÓGICO.

- Nociceptivo.
 - Somático.
 - Visceral.

- Neuropático.
 - Central.
 - Periférico.
 - Simpático.

CURSO.

- Continuo.
- Episódico.
 - Incidental.
 - Intermitente.
 - Fallo al final de dosis.

DOLOR SOMÁTICO.

- Producido por lesión de piel, pleura, peritoneo, músculo, periostio o hueso.
- Es descrito como sordo, mordiente y continuo.
- Localizado en el lugar lesionado.

DOLOR VISCERAL.

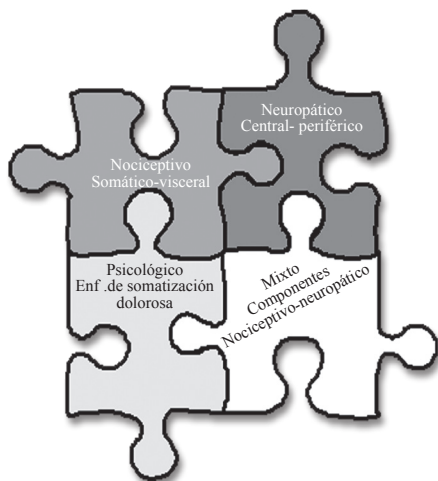
- Producido por lesión de víscera hueca o no.
- Es descrito como dolor constante, puede ser cólico, mal localizado e irradiado.
- Dolor neuropático.
- Producido por lesión del sistema nervioso central o periférico.
- Es descrito como urente, con sensación de escozor o calambre eléctrico, continuo o lancinante.
- Asociado frecuentemente a cambios sensoriales (disestesias), motores y autonómicos.
- El control analgésico suele ser difícil.

ETIOPATOGENIA.

En la fisiopatología del dolor por cáncer intervienen tres factores:

1. Nocicepción.
2. Mecanismos neuropáticos.
3. Procesos psicológicos.

Es necesario estudiar las posibles causas del dolor oncológico porque éstas orientarán hacia el tratamiento más adecuado.



El dolor neoplásico puede estar ocasionado₂:

1. Por el propio tumor y su progresión natural, así como por su patología asociada.
2. Intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos invasivos diagnósticos y terapéuticos.
3. Toxicidad de la quimioterapia y radioterapia.
4. Infección.
5. Dolor muscular cuando el paciente tiene limitada su actividad física.

EVALUACIÓN

Una cuidadosa evaluación es la clave para establecer la causa o causas del dolor. Por ello es recomendable seguir una anamnesis sistemática y exploración minuciosa, así como la ayuda de las pruebas complementarias oportunas.(Cuadro 1).

El examen físico del paciente con dolor por cáncer es el instrumento más importante en el diagnóstico, superado solo por la historia del dolor. Debido a la significativa importancia que tiene el examen físico, éste tiene que ser metódico, eficiente, fácilmente reproducible y dirigido a diferentes regiones y sistemas. Además de estar basado en los principios anatómicos y fisiológicos que expliquen el significado de los hallazgos₃

Cuadro 1: ELEMENTOS BÁSICOS EN LA ANAMNESIS DEL DOLOR.

- Inicio.
- Localización.
- ¿Qué lo mejora?.
- ¿Qué lo empeora?.
- Curso en el tiempo. (episódico/constante)
- Características. (pulsátil/urente/pinchazo/descarga eléctrica, etc.)
- Irradiación.
- Intensidad basal.
- Intensidad en crisis.
- Respuesta a tratamientos previos.
- Determinar factores pronósticos.

Un gráfico corporal, con o sin distribución metamérica, ayuda a informar sobre la localización del dolor y al médico de su diagnóstico. (Fig. 1)

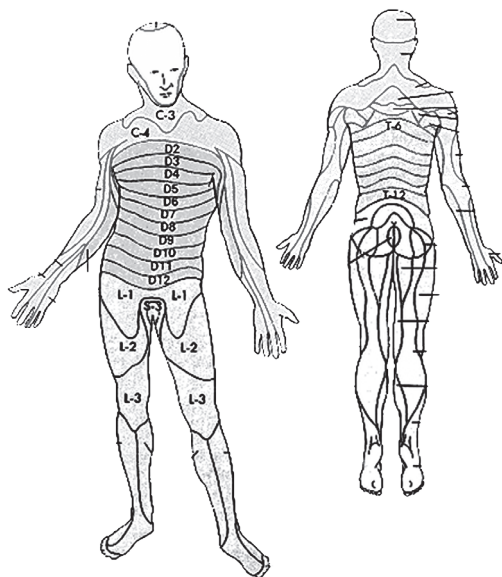


Fig.1.- Homínido con distribución metamérica

La intensidad del dolor puede ser medida con diferentes escalas. Escala numérica verbal, en la que cero significa que el paciente no tiene dolor y diez el peor dolor imaginable. De este modo, el paciente asignará un valor determinado a su dolor.

Escala analógica visual.- Es una línea de 10 cm de longitud, uno de los extremos (valor cero) equivale a no tener dolor y el otro (valor 10) al peor dolor imaginable. El paciente marcará el punto en el que se encuentra su dolor. El dolor es leve de 0 a 3, moderado de 4 a 6 e intenso de 7 a 10. (Fig. 2)

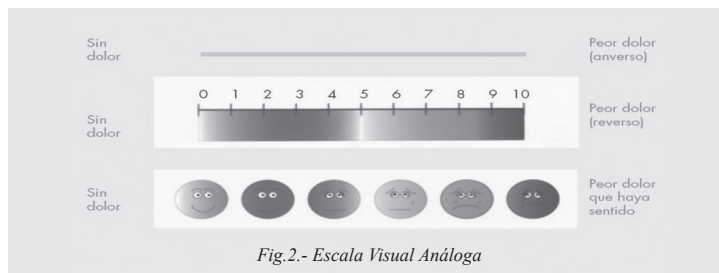


Fig.2.- Escala Visual Analógica

Para valorar otros aspectos del dolor como son su localización, cualidad, impacto emocional y funcional que se produce en el paciente, existen escalas como el McGill Pain Questionnaire.

Si el paciente no puede comunicarse adecuadamente, el dolor será valorado por la expresión facial, postura antiálgica, irritabilidad o manifestaciones del sistema nervioso autónomo como sudoración, taquicardia etc.^{4,5}

DIARIO DEL DOLOR.

Este diario es útil para evaluar la relación entre el dolor y la actividad diaria. El objetivo principal de la evaluación es el informe del paciente mismo para mejorar el control del dolor en todas sus situaciones en casa.

Se le explica al paciente cómo llevar un registro de la descripción de su dolor qué intensidad, qué patrón lo calma o lo aumenta, el uso de medicación basal y el número de rescates utilizados.

Una de las claves para lograr un alivio adecuado del dolor es visitar regularmente al paciente y determinar la efectividad del tratamiento.

SEMIOLÓGÍA DEL DOLOR.

Se requiere un examen físico completo, incluyendo:

1. Examen físico general: Apariencia, postura, marcha, expresión.
2. Examen neurológico: Orientación temporo-espacial del paciente, memoria reciente, elección de palabras para describir su dolor, bagaje cultural, evaluación de nervios craneales, función motora, presencia o ausencia de reflejos tendinosos profundos (Babinski), test de fuerza y test de equilibrio.
3. Examen músculo esquelético: Las anomalías se evidencian en la inspección de la postura y la simetría muscular. La atrofia muscular significa desuso, la flacidez, debilidad extrema es por parálisis. Los movimientos anormales indican lesión neurológica o daño en la propiocepción. La movilidad limitada en una articulación puede generar dolor, enfermedad del disco o artritis. La palpación

de los músculos ayuda a evaluar el rango de motilidad así como la presencia de puntos gatillos.

4. Valoración del estado mental: Es importante no limitar el examen solamente a la localización del dolor y a los tejidos y estructuras circundantes. También se recomienda evaluar al paciente:
 - A intervalos regulares después de la iniciación del tratamiento.
 - Cada vez que se presente el dolor.
 - Después de cada intervención farmacológica o no farmacológica.

RESUMEN

1. INFORMACIÓN RELACIONADA CON DOLOR.
 - a) Historia del dolor.
 - i. Factores paliativos.
 - ii. Cualidades del dolor.
 - iii. Irradiación.
 - iv. Intensidad.
 - b) Historia médica sobre localización del tumor.
 - c) Resultados laboratorio/radiológicos.
 - d) Examen físico pertinente.
2. DIAGNÓSTICO DE TRABAJO.
 - a) Diagnóstico provisional del dolor.
 - b) Estimación de sobrevida.
 - c) Manejo del dolor total.
3. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA CONTINUA.
 - a) Causa de diferentes dolores.
 - b) Impacto psicológico del dolor y la enfermedad.
4. LISTA DE PROBLEMAS.
 - a) Extensión y curso de enfermedad.
 - b) Aspectos paliativos.
 - c) Planes de contingencia.
5. RETROALIMENTACION DEL PACIENTE.

GLOSARIO

El dolor tiene su propia terminología, que ayuda a la hora de transmitir la información recabada en la evaluación. Algunos de los términos habitualmente relacionados con el dolor son los detallados en el Cuadro 2.

Cuadro 2: TERMINOLOGÍA RELACIONADA CON EL DOLOR

1. ALGOLOGÍA: Ciencia y estudio del fenómeno doloroso.
2. ANALGESIA: Ausencia de dolor ante estímulos dolorosos.
3. ANESTESIA: Ausencia de todas las sensaciones.
4. ALODINEA: Dolor que aparece ante un estímulo que normalmente no produce dolor.
5. DISESTESIA: Sensación anormal desagradable, que puede ser espontánea o provocada, puede referirse como hormigueo, escozor, puede asociarse o no a dolor.
6. HIPERESTESIA: Sensibilidad aumentada a los estímulos.
7. NEURALGIA: Dolor que se presenta en el trayecto de uno o más nervios.
8. HIPERALGESIA: Respuesta aumentada a estímulos dolorosos.
9. HIPOESTESIA: Sensibilidad disminuida a los estímulos.
10. PARESTESIA: Sensación anormal ya sea espontánea o provocada, no siempre es molesta.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Raj P. Prithvi. Practical Management of pain. En: Saunders WB, Gilbert. editores. Barcelona: Edide.SL; 2000.
2. Stephen BM, Koltzenburg M. Evaluación del Dolor Oncológico. En: Wall y Melzack, editores. Tratado del dolor. Madrid:Elsevier; 2007; p. 1131 – 1154
3. Plancarte R, Mayer. Manual de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer. México:Mc Graw Hill; 2003.
4. Bruera E, Schoeller T, Wenk R. A prospective multicenter assessment of the Edmonton staging system for cancer pain. J Pain Symp Man.1995; 10 (5): 345-355
5. Bonnica JJ. Cancer Pain.In Bonica JJ, editor. The Management of cancer pain.Philadelphia:Lea/Fabiger;1990;p 400-60.

SÍNDROMES DOLOROSOS EN CÁNCER

Capítulo 2

Mariana Vallejo M

*Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para Estudio
y Tratamiento del Dolor Capítulo-Guayas*

Ana Knezevich

*Médico Cirujano del Servicio de Dolor y
Cuidados Paliativos Instituto Oncológico
Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA*

Xavier Cáceres

*Anestesiólogo Hospital Clínica Kennedy Policentro
Miembro de la SEETD-G*

INTRODUCCIÓN.

Es preciso recordar que no todo dolor que presenta un paciente con cáncer está relacionado con la propia neoplasia. Antes bien, pueden estar implicados con otros factores etiológicos, algunos relacionados con el tratamiento y otros por condiciones ajenas al cáncer.

A continuación se presenta los principales síndromes dolorosos en cáncer: ^{1,2}

SÍNDROMES DOLOROSOS POR COMPROMISO ÓSEO.

1. **METÁSTASIS EN LA BASE DEL CRÁNEO:** Semiológicamente se trata de un dolor que el paciente localiza bien. La zona o zonas dolorosas con relieve óseo y la presión sobre el hueso exagera el dolor; aliviándose al desaparecer dicha presión. Puede estar acompañada de afectación de uno o más pares craneales. Los síndromes dolorosos pueden ser, del seno cavernoso, seno esfenoidal, foramen yugular, orbital, cóndilo occipital, clivus. Los cuales originan cefaleas a diferentes niveles con compromiso de alteraciones neurológicas.
2. **METÁSTASIS VERTEBRALES:** Son metástasis de localización frecuente para diferentes tumores (pulmón, mama, próstata). El dolor suele estar bien localizado en la región del raquis afecto, incrementándose con la presión sobre los relieves de las apófisis espinosas y con la carga. Ante la sospecha clínica, junto a la radiografía simple, la gammagrafía ósea suele establecer el diagnóstico (no en mieloma múltiple), en caso de duda debe indicarse una TAC o RMN.
3. **METÁSTASIS MÚLTIPLES Y POLITÓPICAS:** La presencia de múltiples lesiones óseas dolorosas en diferentes territorios del esqueleto, produce habitualmente un dolor intenso y de carácter incidental (dolor al movimiento). Los analgésicos ayudan a controlar el dolor basal, pero hay maniobras para el dolor incidental como irradiación hemicorporal, cirugía ortopédica, radioisótopos y bifosfonatos.

4. **FRACTURAS COSTALES:** Son la causa del dolor torácico más o menos localizado típicamente incidental. Se exacerba con los cambios de posición, con la tos, las respiraciones profundas y la torsión del tronco. Ocasionalmente el dolor puede desaparecer o cambiar si el tumor crece y fija la fractura. Aparte de la analgesia, la manera más rápida y satisfactoria suele obtenerse con el bloqueo anestésico con corticoides, o la neurolisis con fenol o radiofrecuencia.

SÍNDROMES DOLOROSOS POR COMPROMISO NERVIOSO.

1. **COMPRESIÓN MEDULAR:** Se considera una emergencia oncológica, ya que su diagnóstico y tratamiento precoz es primordial para el mantenimiento de la función neurológica. El mantener una alta sospecha es la clave del diagnóstico; ante cualquier incremento variable y súbito del dolor en la columna vertebral junto con alteraciones de fuerza y sensibilidad en extremidades y en la función de esfínter rectal y vesical. Respecto a su localización, entre el 60 - 70% de las compresiones ocurre en columna dorsal, mientras que en el 13 - 66% son lumbares y un 4 - 15% cervicales.
2. **PLEXOPATÍA CERVICAL (C1 - C4):** El paciente habitualmente refiere dolor de característica neuropática en la región cervical latero posterior y área retroauricular, acompañado de dolor en el oído, por afectación sensitiva de los pares craneales VII - IX - X, por afectación tumoral o compresión de adenopatías.
3. **PLEXOPATÍA BRAQUIAL (C5 - C8 - D1):** Dolor de características neuropática más debilidad muscular y trastornos tróficos. El compromiso del plexo superior C5-6, afecta el hombro, brazo, antebrazo y dedos índice y pulgar. El compromiso del plexo inferior C8-D1 afecta hombro, brazo, codo y el aspecto cubital de antebrazo y mano. Los tumores frecuentemente implicados son pulmón, mama y linfoma.

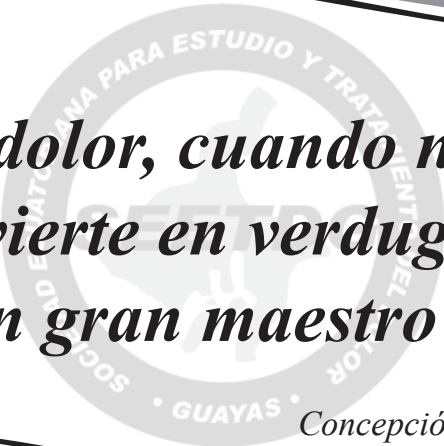
4. **PLEXOPATÍA LUMBOSACRA (D12 - L1-L5 - L5- S4):** Dolor de características neuropática, pero su manifestación clínica y distribución puede ser muy variable. La afectación radicular acontece en el 85% de los casos. La lesión del plexo lumbar alto D12-L1 produce dolor infra umbilical y en articulación coxofemoral con alteración sensitiva pero raramente motora. Las lesiones de cola de caballo L4-S5 presenta dolores radiculares, ciática, hipoestesia o anestesia en silla de montar e incontinencia fecal y urinaria. Los tumores implicados son genitourinarios, mama, sarcomas y linfomas.
5. **CARCINOMATOSIS MENÍNGEA:** Para todos los cánceres se estima un 10%, el dolor de cabeza es el síntoma predominante asociado con manifestaciones de irritabilidad meníngea (vómito, rigidez de nuca) y alteraciones del nivel de alerta.^{3,4} Aproximadamente, el 50% de los pacientes presenta dolor de espalda relacionado con afectación meníngea y nervios espinales. Puede acompañarle afectación de pares craneales, convulsiones, parestias, ataxias y síndrome de cola de caballo. Este tipo de diseminación es frecuente en cáncer de mama, pulmón leucemias, linfomas.
6. **POSTMASTECTOMÍA:** Aparece en el 5% de las pacientes sometidas a mastectomía. La causa es la lesión quirúrgica de la rama cutánea del nervio intercostobraquial que se origina en las raíces de D1-D2. Suele aparecer varias semanas después de la intervención, con características neuropáticas en la región de la axila y cara interna del brazo, con zonas de hipo-hiperestesia y alodineia. Los cambios en el dolor deben alertar sobre posibles recurrencias.
7. **POSTORACOTOMÍA:** Dolor de características neuropáticas que aparece al 1º - 2º mes postoracotomía, dolor referido en la zona de cicatriz por afectación de nervio intercostal. La afectación pleural hace que el dolor adquiera una distribución difusa afectando todo el hemitórax
8. **POLINEUROPATÍAS:** Algunos tratamientos quimioterápicos frecuentemente producen polineuropatías, donde

el aspecto diagnóstico clave suele ser el antecedente de su administración. El cisplatino y los taxanos producen neuropatía sensorial (disestesia en manos y pies). La vincristina puede producir una polineuropatía motora con debilidad distal en extremidades superiores e inferiores.

9. *DOLOR SIMPÁTICO*: El dolor simpático expresa la irritación de los nervios simpáticos regionales, suele afectar más las extremidades inferiores que superiores. La extremidad está fría, con afectación trófica de la piel y atrofia muscular. Se asocia a diaforesis, el dolor es referido como urente, empeora con el frío y hay alodineia, hiperpatía e hipoestesia; el bloqueo simpático es diagnóstico y terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Caraceni A, Portenoy RK. An International Survey of Cancer Pain characteristics and syndromes. IASP Task Force on cancer Pain. Pain 1999; 82:263-74.
2. Bennett D, Burton A, Fishman S. Consensus panel recommendations for the assessment and management of breakthrough pain. Phar Ther. 2005;30:296- 30
3. Porta - Sales J, Codorniu N, Gomez - Batiste X. Patient appointment process, symptom control prediction of follow-up compliance in a palliative care outpatient clinic. J Pain Symp Man. 2005; 30:145-53.
4. Polomano RC, Farrar JT. Pain and neuropathy in cancer survivors. AJN 2006; 106: 39-47.



***“El dolor, cuando no se
convierte en verdugo,
es un gran maestro”***

Concepción Arenal

DOLOR PERIOPERATORIO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

Capítulo 3

Olivia De la Torre Terranova

*Jefa del Departamento de Anestesiología .Instituto
Oncológico Nacional “ Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA
Directora del Postgrado de Anestesiología y
Terapia del Dolor. Universidad de Guayaquil
Miembro Association International of Pain IASP)*

INTRODUCCIÓN

A pesar de los enormes avances en el tratamiento del dolor perioperatorio, más del 50% de los pacientes quirúrgicos oncológicos sufren de dolor severo. El dolor agudo postoperatorio pobremente controlado puede ser un importante factor predictivo en el desarrollo de dolor crónico después de la cirugía.^{1,2}

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO.

Entre las metas importantes del manejo del dolor perioperatorio del paciente con cáncer están las siguientes: Minimizar o eliminar el discomfort, facilitar el proceso de recuperación, evitar o manejar efectivamente efectos secundarios asociados con la terapia y hacer la terapia costo-efectiva. El objetivo es prevenir más que controlar el dolor postoperatorio severo. El dolor agudo perioperatorio en el paciente oncológico inadecuadamente tratado puede impactar negativamente en su calidad de vida.³

EVALUACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE.

La evaluación y planificación es esencial en el manejo del dolor perioperatorio del paciente con cáncer; es así que el tratamiento del dolor postoperatorio empieza en el preoperatorio. Debido a las diferencias individuales en la percepción del dolor y en las respuestas a la injuria tisular, los enfoques y los problemas pueden ser distintos en un mismo paciente dependiendo de algunos factores como:

1. Tipo de operación.- Es bien conocido que ciertos procedimientos quirúrgicos resultan más dolorosos que otros. La severidad del dolor depende del sitio, naturaleza y duración de la intervención quirúrgica. Se observa dolor secundario a cirugía torácica seguido por cirugías de abdomen superior y renal.
2. Factores psicológicos.- Ansiedad, temor al dolor, a la muerte, a la mutilación, a la pérdida del control y de la dignidad, insomnio y depresión. Todos estos son factores que exacerbaban los efectos adversos del dolor y que en parte puede ser prevenidos estableciendo una comunicación temprana y abierta entre médico y paciente, así como una psicoterapia preoperatoria apropiada.⁴ El enfoque multidisciplinario es

esencial en este tipo de pacientes.

3. Dolor preexistente.- La existencia de dolor preoperatorio representa un factor de riesgo para el desarrollo de dolor persistente postoperatorio en una serie de condiciones quirúrgicas, tales como amputación de miembros, mastectomía, toracotomías, histerectomías y reparación de hernias.⁵
4. Pacientes en tratamiento crónico con opioides.- Pacientes que reciben terapia opioide por largo tiempo presentan problemas significativos en el manejo perioperatorio del dolor. Por ejemplo, los requerimientos de opioides son frecuentemente incrementados (en promedio cerca de tres veces más que los pacientes que no reciben terapia opioide previa), aunque es difícil predecir las necesidades de opioides postoperatorias para cada paciente.
5. Técnica Anestésica.- Ésta debe asegurar que el paciente una vez concluida la cirugía, recupere la conciencia con un buen control del dolor y que este control persista durante el mayor tiempo del postoperatorio. Esto es por ejemplo, si vamos a utilizar opioides sistémicos durante el postoperatorio suele ser natural emplear una técnica anestésica basada en opioides, incluyendo la elección de la vía de administración adecuada. Así nos permitirá establecer concentraciones farmacológicas en sitios activos para conservar la analgesia y la ansiolisis, según sea apropiado.
6. Condiciones médicas subyacentes.- Una buena historia de dolor, un examen físico dirigido y un plan de control del dolor debe ser incluido en la evaluación anestésica preoperatoria.

PREPARACIÓN PREOPERATORIO DEL PACIENTE.-

Esta incluye:

1. Ajuste o continuación de medicaciones cuya cesación causaría dolor preexistente y ansiedad.
2. Tratamiento para reducir el dolor preexistente y la ansiedad.
3. Medicación previa a la cirugía como parte de un programa de manejo multimodal del dolor, esto es la iniciación de la terapia para el manejo de dolor postoperatorio.
4. Educación del paciente y la familia. (incluyendo técnicas que controlan el comportamiento del dolor).

TÉCNICAS PERIOPERATORIAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR.

La literatura apoya la eficacia y seguridad de tres técnicas usadas por los anestesiólogos para el control del dolor postoperatorio: Analge-

sia opioide epidural; PCA con opioides sistémicos; y técnicas analgésicas regionales incluyendo bloqueo de plexos e infiltración anestésica de incisiones.

La Analgesia Epidural, frecuentemente se realiza usando opioides con concentraciones bajas de anestésicos locales, intra y postoperatoriamente. Es ampliamente aceptada como una modalidad valiosa para el manejo peri operatorio del dolor.

La elección del método se basa en la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos de la lesión tisular y el dolor, de la habilidad del médico, el conocimiento farmacológico de los analgésicos y adyuvantes, la capacidad del personal que evalúa y monitorea al paciente y el costo beneficio del uso de cualquier opción.

Históricamente, la monoterapia opioide ha sido el pilar del tratamiento del dolor peri operatorio, y estos agentes continúan siendo la piedra angular de las modalidades actuales de tratamiento durante las primeras 24 a 48 horas del postoperatorio. Aunque frecuentemente efectivos, estos agentes tienen varios efectos secundarios que restringen su eficacia práctica tanto como exponen al paciente a peligrosos eventos adversos.

Debido a la evidencia del inadecuado control del dolor perioperatorio y las limitaciones asociadas con la monoterapia opioide se ha motivado intensa investigación de estrategias analgésicas alternativas. Específicamente, el principio de la analgesia multimodal, definido como el uso de diferentes clases de analgésicos que emplean diferentes vías y receptores para alcanzar alivio dinámico y superior, ha ganado gran aceptación. El uso de agentes con diferentes mecanismos analgésicos resulta en efectos aditivos o sinérgicos. Lo que permite el uso de bajas dosis de cada agente, limitando así sus efectos colaterales. La Analgesia Multimodal Moderna consiste en el uso de agentes farmacológicos locales y sistémicos así como anestesia regional y bloqueos perineurales.

Además de los opioides IV, los antiinflamatorios no esteroideos IV (AINES), Ketorolaco e Ibuprofeno son drogas aprobadas para el control del dolor peri operatorio. Aunque el Ketorolaco es eficaz, esta droga tiene limitaciones específicas que lo hacen inaceptable en algunos casos, incluyendo contraindicaciones en pacientes con insuficiencia renal e historia de sangrado intestinal.

Adicionalmente otros agentes han entrado al mercado o están en las últimas etapas de desarrollo como el Acetaminofén, los alfa agonistas y los antagonistas del receptor NMDA.

Los AINES alivian el dolor inhibiendo las ciclooxigenasa 1 y 2, reduciendo la producción de mediadores de la respuesta inflamatoria aguda.

El Ketorolaco ha demostrado su utilidad en reducir el uso de opioides en el perioperatorio de pacientes seleccionados. Está indicado para el manejo del dolor agudo perioperatorio moderadamente severo por corto periodo de tiempo (< 5 días). Tiene un efecto máximo de tal forma que dosis mayores de las convencionales no producen efectos analgésicos adicionales. Es recomendable iniciar siempre con una dosis de carga previa a la cirugía y continuar con las dosis terapéuticas recomendadas. Se encuentran informes favorables en pacientes con cáncer.

El Acetaminofén endovenoso produce un efecto analgésico central que es mediado a través la activación de las vías descendentes serotoninérgicas, aunque el mecanismo preciso por el cual ocurre no permanece claro. Puede ser eficaz para dolor postoperatorio cuando se administra en el periodo preoperatorio disminuyendo el consumo de morfina en las primeras 24 horas. Con dosis mayores de 4 g. diarios pueden causar necrosis hepática centro lobulillar.

OPIOIDES PARENTERALES.- Son los fármacos más importantes en el manejo del dolor postoperatorio del paciente con cáncer pero para su adecuada administración es necesario seguir ciertas recomendaciones:

1. Conocer sus acciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, a fin de sustituir adecuadamente un opioide por otro en presencia de efectos colaterales.
2. Elegir la dosis, vía de administración de la droga seleccionada según el tipo de anestesia a recibir y la severidad de dolor que se espera.
3. Evaluar la historia del paciente tolerante a opioides.
4. Evitar siempre la administración PRN (por razones necesarias), considerando siempre el beneficio adicional de la dosis de rescate. Vigilar estrechamente la aplicación de las primeras dosis del opioide. Considerar la alternativa de un cambio de la vía de administración si se justifica, sin olvidar que en este caso el concepto de equianalgesia será indispensable

para el paso de una ruta a otra y la continuación de una analgesia sostenida.

5. Anticipar el manejo de los efectos indeseables de la terapia analgésica y de los adyuvantes.
6. Nunca usar placebos.

Antagonistas de receptores de NMDA. - La Ketamina intraoperatoria en dosis bajas reduce el consumo de opioides y la intensidad del dolor en las 48 horas del postoperatorio en pacientes opioide-dependientes. Tiene múltiples mecanismos de acción, incluyendo la disminución de la excitabilidad central, disminuyendo la tolerancia opioide postoperatoria aguda y una posible modulación de receptores opioides.

CONCLUSIONES.

A pesar de la alta prevalencia del dolor postoperatorio en el paciente con cáncer y la disponibilidad de una variedad de medicación y múltiples medios para proporcionar analgesia, el dolor postoperatorio no logra ser adecuadamente controlado. Es necesario establecer un efectivo manejo multimodal, individualizado, con supervisión continua que nos permita prevenir más que controlar el dolor postoperatorio agudo severo que generalmente presenta el paciente oncológico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesth.* 2000;93(4): 1123-1133.
2. Macrae WA. Chronic pain after surgery. *Br J Anaesth.* 2001; 87: 88.
3. Strassels SA, McNicol E, Wagner AK, Rogers WH, Gouveia WA, Carr DB. Persistent postoperative pain, health-related quality of life, and functioning 1 month after hospital discharge. *Acute Pain.* 2004; 6(3):95-104.
4. Gil KM. Psychological aspects of acute pain. *Anesth Rep.* 1990; 246-255.
5. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CL. Persistent postsurgical pain: Risk factors and prevention. *Lancet* 2006; 367:1618-25

MANEJO Y ESTRATEGIA TERAPÉUTICA.

Capítulo 4

Nancy Lino G.

*Past . Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para
Estudio y Tratamiento del Dolor Nacional SEETD*

Mayra Cadena

*Anestesióloga, Instituto Oncológico Nacional
"Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA*

PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO CON OPIOIDE.

Un numeroso grupo de pacientes presenta dolor como primer signo del cáncer, y el 30 – 50% de los pacientes presentaran dolor de moderado a intenso. Con el avance de la enfermedad, la presencia y la intensidad del dolor serán mayor. Lo que lleva a una presentación del 75 - 95% de los pacientes con enfermedad terminal avanzada. En la tabla No. 1 se enumeran los principios básicos para el manejo del dolor en pacientes oncológicos.

Tabla No. 1: PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO ANALGÉSICO ONCOLÓGICO.

1. Identificar la causa o causas del dolor.
2. Explicar causa y posibles opciones terapéuticas (paciente y familia).
3. No esperar la queja. Anticiparse.
4. Plantearse objetivos realistas.
5. Tratamiento analgésico pautado y de rescate.
6. Tratamiento co-analgésico.
7. Monitorización y revisión sistemática.
8. Tratamiento no farmacológico.
9. Considerar medidas específicas (quimioterapia, radioterapia, cirugía, etc.).
10. Considerar aspectos emocionales, sociales y espirituales.

ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS.

El tratamiento farmacológico del dolor oncológico se basa en el uso racional y ordenado de los analgésicos según el modelo conocido como escalera analgésica de la OMS. Esta es una herramienta eficaz de abordaje del dolor oncológico, dada en función de la intensidad del dolor del paciente y la respuesta a los analgésicos. La correcta utilización permite controlar el dolor en un 80% de los casos. Consta de 3 escalones que pueden ser utilizados de acuerdo a la intensidad del dolor. Como coadyuvantes se pueden emplear analgésicos no opioides para lograr sinergismo. En la tabla No. 2 se presentan los fármacos de la escalera analgésica de la OMS.

Tabla No. 2: FARMACOS DE LA ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS.

<i>Escalón</i>	<i>Fármacos</i>
Primer Escalón.	• Paracetamol. • Aspirina. • Aines. • Metamizol.

Segundo Escalón.	• Codeína. • Tramadol. • Dihidrocodeína.
Tercer Escalón.	• Morfina. • Fentanilo. • Oxycodona. • Metadona. • Buprenorfina. • Hidromorfona.
Coadyuvantes	• Corticoides. • Neurolépticos: Haloperidol, Risperidona. • Antidepresivos: Tricíclicos, Recaptadores de Serotonina.

Analgésicos no opioides: Son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), como por ejemplo el paracetamol. Están indicados para controlar los dolores por compresión mecánica de los músculos, periostio, tejidos subcutáneos y tejido óseo. Se recomienda administrarlos con protección gástrica y teniendo en cuenta su perfil de toxicidad hepatorenal. Su mecanismo de acción se basa en la inhibición de la actividad de la ciclooxigenasa en la producción de las prostaglandinas. En la tabla No. 3 se indica la clasificación de estos fármacos.

Tabla No. 3: CLASIFICACIÓN DE ANALGÉSICOS NO OPIOIDES DE USO MÁS FRECUENTE

- Salicilatos: Aspirina / acetilsalicilato de lisina / diflusal.
- Paraaminofenoles: Paracetamol.
- Pirazolonas: Dipirona o Metamizol / Fenilbutazona.
- Derivados del ácido acetílico: Indolacéticos (Indometacina / Sulindaco), Fenilacéticos (Diclofenaco), Pirrolacetis(Ketorolaco).
- Oxicanes: Piroxicam / Meloxicam.
- Coxibs: Celecoxib / Etoricoxib.
- Derivados del ácido propiónico: Ibuprofeno / Ketoprofeno/ Naproxeno.

ANALGÉSICOS NO OPIOIDES: PRIMER ESCALÓN.

Tanto el Paracetamol y demás AINES constituyen un grupo amplio de medicamentos químicamente heterogéneos. Tienen te-

cho terapéutico es decir, una dosis máxima diaria, por encima de la cual no se consigue efecto analgésico. Sus indicaciones son:

- Manejo de dolor de intensidad leve o moderada con afectación ósea o músculo-tendinosa y en la comprensión mecánica de pleura y peritoneo.
- Potencian la acción analgésica de los opioides en el dolor moderado a intenso.
- Se recomienda gastroprotección: Omeprazol, ranitidina, o misoprostol.

Sus efectos secundarios son:

- Gastrointestinales: Pirosis, dispepsias, úlcera gastroduodenal, hemorragia.
- Renales: Insuficiencia renal, nefritis intersticial, síndrome nefrótico, necrosis papilar.
- Pulmonares: Broncoespasmo.
- Aterotrombótico: Infarto del miocardio.
- Reacciones de hipersensibilidad: Shock anafiláctico, urticaria.

CONSEJOS PARA SELECCIONAR UN AINE EN PACIENTES CON CÁNCER.

- Valorar el perfil de toxicidad.
- Vigilancia estrecha en comorbilidad del paciente (Hipertensión arterial, diabetes, ascitis).
- Revisar tratamiento concomitante (No en curso de quimioterapia).
- No superar dosis recomendadas.
- Reducir en lo posible la duración del tratamiento.
- No emplear dos AINES juntos.
- Evitar la asociación con anticoagulantes o esteroides.
- Controlar la trombocitopenia.

OPIOIDES DÉBILES: SEGUNDO ESCALÓN.

En nuestro país los más utilizados son la codeína y el tramadol. Los cuales poseen una buena eficacia analgésica aunque tiene efecto techo. El perfil de efectos secundarios es similar al de los opioides potentes, destacándose el estreñimiento y los efectos sobre el sistema nervioso central (Somnolencia, desorientación y delirium).

CODEÍNA.- Es una prodroga, metabolizada por vía hepática a través de la Citocromo P450 2D6 hacia metil morfina, y finalmente hacia su metabolito activo morfina. Tiene acción central en el sistema del control endógeno del dolor, su inconveniente más importante se encuentra centrado hacia la deficiencia congénita de CYP-450 2D6 que se observa en aproximadamente el 10% de la población latinoamericana, situación que la puede dejar inactiva en algunos pacientes de este grupo.

Alta cantidad de medicamentos pueden interferir en su acción como la cimetidina, fluoxetina, paroxetina, propranolol, haloperidol, antidepresivos tricíclicos, celecoxib. Por tanto se debe considerar sus interacciones medicamentosas al momento de formular.

- Potencia analgésica 1 a 10 con la morfina.
- Precauciones en insuficiencia hepática y renal.

TRAMADOL.- Es un analgésico de efecto central que actúa a través de una unión de leve afinidad con los receptores (u, d, y k) no inhibe las prostaglandinas. Inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina en el asta dorsal de la médula espinal, manteniendo los mecanismos de inhibición descendente. También inhibe los canales de sodio voltaje dependientes, por lo cual su beneficio frente a la alodineia está comprobado. Se le reconoce un pequeño efecto inhibitorio sobre receptores NMDA. Bloquea canales de potasio en células neuronales y reduce la secreción de catecolaminas.

Estas propiedades lo hacen apto para actuar sobre mecanismos de sensibilización periférica, central y sobre el control del sistema endógeno del dolor. Por esta razón es que se lo considera como el opioide de primera línea para ser utilizado en dolor neuropático. Puede administrarse por vía oral, subcutánea y endovenosa a dosis entre 50 - 100 mg. cada 6 - 8 horas; aunque produce menos estreñimiento que la morfina, se recomienda administrar laxantes de forma periódica y profiláctica.

- Precauciones. Es prudente evitar el tramadol en pacientes predispuestos a sufrir ataques epilépticos porque disminuye el umbral convulsivo (Pacientes con tumores o metástasis cerebrales).
- En pacientes ancianos reducir dosis de inicio.
- En pacientes con insuficiencia renal puede acumularse y aumentar sus efectos secundarios₂.

ANALGÉSICOS OPIOIDES POTENTES: TERCER ESCALÓN.

Son los fármacos indicados en el tratamiento del dolor oncológico de moderado a intenso. La eficacia analgésica es similar entre ellos a dosis equianalgésicas. No existe dosis máxima en su administración más allá de un adecuado balance entre eficacia analgésica y efectos secundarios.

La dosis necesarias para controlar el dolor pueden ser extremadamente variables, por lo que hay que personalizar el tratamiento de forma adecuada a la situación clínica, necesidades y objetivos de cada paciente.

MORFINA.- Es el opioide potente de referencia en el dolor oncológico intenso, no tiene techo analgésico. Siempre que sea posible se utilizará por vía oral, porque es igual de eficaz que por otras vías. La biodisponibilidad de la morfina oral varía ampliamente entre los pacientes.

DOSIS INICIAL:

- Pacientes no tratados previamente con opioides 5 - 10 mg. cada 4 horas.
- Pacientes ancianos o debilitados 2,5 - 5 mg. cada 4 horas.
- En pacientes tratados previamente con opioides calcular dosis total diaria equianalgésica de morfina según la tabla No. 6 y repartir en dosis cada 4 horas. Ej.: 300 mg. diarios de Tramadol oral equivalen a 60 mg diarios de morfina oral.

Transcurridas 24 horas desde el inicio del tratamiento, si el paciente:

- No tiene dolor se mantienen dosis.
- Si continúa con dolor, se aumenta la dosis total diaria en un 25 - 50% y así cada 24 horas hasta obtener un alivio adecuado del dolor, evaluando las causas por las que no se controla apropiadamente el dolor.

¿Cómo pasar de morfina de acción rápida a retardada?

Una vez que el paciente tiene controlado el dolor con Morfina de acción rápida, se sustituye por Morfina de acción retardada. Se utiliza la misma dosis diaria repartida cada 12 horas Ej.: 120 mg. (20 mg. c/4 horas) de morfina rápida equivalen a 60 mg. de morfina de acción retardada cada 12 horas. La primera dosis de morfina retardada se administrará junto con la última dosis de morfina rápida.

Agudizaciones del dolor.- A lo largo de la evolución clínica el paciente puede sufrir crisis agudas de dolor. El tratamiento consistirá en dosis suplementarias de morfina rápida (dosis 10 - 15% de la dosis total diaria utilizada), que podrá repetir cada hora hasta lograr un control adecuado de la agudización del dolor. Ej.: Un paciente que toma 200 mg. diarios de morfina, en las agudizaciones del dolor necesitará dosis suplementarias de 20 a 30 mg.

Incremento de la dosis.

Si el paciente necesita más de tres o cuatro dosis suplementarias al día, probablemente precisa un incremento de la dosis diaria total de morfina. Esto se hará aumentando un 25 - 50 % la dosis total que se repartirá cada doce horas. Ej.: En el paciente que toma 60 mg./12 horas, la nueva dosis será de 90 mg./12 horas. Además hay que evaluar al paciente para averiguar la causa o las causas que motivan el descontrol del dolor.

Morfina Subcutánea.- Está indicada si el paciente no puede utilizar la vía oral. Existen presentaciones de 10 y 20 mg. Las dosis iniciales en pacientes no tratados previamente con opioides:

- Pacientes jóvenes o adultos 5 mg. cada 4 - 6 horas.
- Pacientes ancianos o debilitados 2,5 mg. cada 4 - 6 horas.

Para los pacientes tratados previamente con opioides se debe calcular la dosis diaria total equianalgésica de morfina (ver tabla No. 6) y repartir en dosis cada 4 - 6 horas.

El incremento de las dosis diarias por mal control del dolor y las dosis de rescate en las agudizaciones se harán siguiendo las mismas especificaciones que la vía oral.

Modo de administración: Se coloca un catéter 24 G en el tejido subcutáneo del paciente se añade un tapón de cierre para facilitar la aplicación de las dosis y que no se tenga que pinchar varias veces al paciente; o también con bombas de perfusión elastomérica para analgesia de 2, 5 y 7 días.

¿Cómo pasar de morfina oral a morfina subcutánea? La dosis aproximada de morfina subcutánea a administrarse en 24 horas se obtiene dividiendo para dos la dosis total diaria de morfina oral. La dosis obtenida se reparte cada 4 - 6 horas. Ej.: 120mg. de morfina oral diarios equivalen a 60 mg. diarios (10 mg. cada 4 horas) de morfina subcutánea.

¿Cómo pasar de morfina subcutánea a oral? Multiplicar por dos la dosis diaria total de morfina subcutánea, la dosis obtenida se repartirá en una dosis cada 12 horas si se utiliza morfina retardada, o bien en seis dosis (1 dosis cada 4 horas) si se utiliza la de liberación rápida.

¿Cómo se disminuye la dosis de Morfina? Si el dolor es controlado con terapia antitumoral (quimioterapia, radioterapia), el paciente necesitará menos dosis de morfina o incluso podría ser suspendida. La disminución de la dosis de morfina oral o subcutánea se realizará de modo gradual, a razón de un 25% de la dosis diaria total de morfina.

Importante a considerar: La morfina no tiene techo terapéutico, excepto por la aparición de efectos secundarios que se deben explorar periódicamente y cuya aparición puede indicar la necesidad de cambio del opioide₃.

OXICODONA.- Es un potente agonista μ y κ con propiedades similares a la morfina. La oxycodona por vía oral (VO) es 1,5 - 2 veces más potente que la morfina.

La oxycodona de liberación controlada se la utiliza cada 12 horas. Tiene un patrón de liberación y absorción bifásico, con un pico de acción a la hora de la administración junto a la analgesia sostenida por 12 horas. La biodisponibilidad es más predecible que la de la morfina. Sin metabolitos activos clínicamente significativos. Se asocia con un menor prurito y posiblemente con menos alucinaciones que la morfina.

Es una interesante alternativa para realizar rotación de opioides, ya que actúa sobre receptores NMDA de la médula espinal al igual que la metadona con excelente alivio de la hiperalgesia y de la alodineia. Es eficaz en el control del dolor neuropático.

Inicio de Tratamiento: En pacientes no tratados previamente con opioides 5 mg. cada 4 horas. En pacientes debilitados o ancianos 2,5 mg. cada 4 horas. Para pacientes previamente tratados con opioides se debe calcular la dosis diaria total equianalgésica (ver tabla No. 6) y repartirla cada 4 horas. En aquellos pacientes que no han respondido a opioides débiles puede iniciarse dosis de oxycodona de liberación prolongada de 10 mg. cada 12 horas.

Agudizaciones del dolor.- El tratamiento consiste en administrar dosis suplementarias de oxicodona rápida (dosis de rescate), que será el 10 - 15% de la dosis total diaria utilizada, que podrá repetir cada 1 - 2 horas hasta lograr control adecuado de la agudización del dolor.

Incremento de la dosis.- Si el paciente necesita más de 3 - 4 dosis suplementarias o rescates al día hay que aumentar la dosis diaria total de oxicodona. Esto se hará aumentando un 25 - 50% la dosis total diaria que se repartirá cada 12 horas.

BUPRENORFINA.- De moderada a alta potencia es un opiode derivado de la tebaína. Aunque se clasifica como agonista parcial de los receptores μ y antagonista de los receptores K y D. Se considera que clínicamente se comporta como agonista μ , por lo que tiene con ellos un efecto aditivo.

A altas dosis de buprenorfina (mayor de 10 mg./día equivalente a 480 - 680 mg. /24 horas VO de morfina) puede aparecer antagonismo con morfina o con los otros μ agonistas. A las dosis habituales se puede intercambiar morfina y buprenorfina sin pérdida de analgesia.

La buprenorfina no precisa ajustes de dosis en la insuficiencia renal ni hepática. Su intoxicación es revertida por naloxona con dificultad por lo que se precisan altas dosis y medidas de apoyo complementario.

Se encuentra disponible en ampollas de 0,3 mg. y tabletas sublinguales de 0,2 mg.

La dosis de inicio en pacientes que vienen del segundo escalón es 0,2 mg Sublingual (SL) cada 8 horas.

Para pasar de buprenorfina a morfina oral se debe multiplicar la dosis de buprenorfina SL diaria por 50 que será equivalente a la dosis de morfina oral diaria.

Buprenorfina Transdérmica: Está disponible en parches de 35, 52,5 y 70 mcg./hora. Una de las ventajas prácticas es que el parche se lo puede cortar permitiendo una dosificación personalizada. Su acción comienza 8 - 12 horas después de habérselo aplica-

do e igualmente sigue habiendo buprenorfina circulando después de quitarlo.

La dosis inicial en pacientes que vienen del segundo escalón es de $\frac{1}{2}$ a 1 parche de 35 mcg./hora cada 72 horas.

Un parche de 35mcg./ hora, equivale a una dosis de morfina oral entre 30 y 60 mg.

Las dosis de rescate se pueden hacer con buprenorfina SL 0,2mg. Algunos autores prefieren administrar como dosis de rescate tramadol o morfina.

En pacientes previamente tratados con opioides mayores se debe calcular la dosis equianalgésica de morfina oral (ver tabla No. 6) y multiplicarla por 0,7 - 0,9 para obtener el parche de buprenorfina que hay que utilizar.

FENTANILO.- Viene en ampollas 500 mcg. Es una preparación galénica destinada a la administración por vía parenteral. Está indicado cuando se pretende un rápido alivio del dolor. Es el opioide recomendado en pacientes con alteraciones importantes del tránsito gastrointestinal o en oclusión intestinal, ya que el fentanilo produce menos estreñimiento. Se recomienda en infusión continua SC o EV.

Fentanilo 100 mcg equivale a Morfina 10 mg.

- La dosis inicial en pacientes que vienen del segundo escalón es de 300 mcg./ 24 horas SC/EV. La dosis de rescate de fentanilo 25 mcg. se puede repetirla cada 20 minutos.
- Para ajustar la dosis se debe sumar a la dosis basal del día anterior la totalidad de las dosis de rescate administradas en las últimas 24 horas y se recalcula dosis de rescate con un 50 - 100% de dosis horaria.
- La dosis inicial para pacientes que están ya en tercer escalón se obtiene convirtiendo la dosis de morfina oral a SC o EV. Para ello se debe calcular la dosis de fentanilo según el ratio de conversión 10 a 100 mcg.

El Fentanilo Transdérmico no se comercializa en el país. Tras

ser aplicado un parche, el efecto analgésico comienza a las 12 - 24 horas. Al retirar el parche e interrumpir su uso la analgesia continúa durante 16 a 24 horas.

Uso clínico: Es especialmente útil en:

- Pacientes con dificultad o imposibilidad para utilizar la vía oral.
- Intolerancia a los efectos secundarios de otros opioides potentes.
- Pacientes con cuadro clínico compatible con obstrucción intestinal parcial.
- Pacientes con obstrucción del conducto biliar.
- Pacientes con insuficiencia renal porque se metaboliza a nivel hepático en compuestos no activos y no tóxicos.
- Se debe tener especial precaución en pacientes ancianos, caquéticos o febriles. No se recomienda utilizarlo en pacientes con dolor agudo postoperatorio porque en esta situación puede causar depresión respiratoria.

HIDROMORFONA.- Es un opioide con una potencia cinco veces mayor que la morfina. Se puede administrar por vía oral, rectal, parenteral e intraespinal. Presenta biodisponibilidad variable (30 - 40%), un radio oral parenteral de 1:5, una vida media de una hora y media a tres horas y una corta duración de acción.

Su alta solubilidad, la posibilidad de preparados con altas concentraciones y alta biodisponibilidad en la infusión continua subcutánea la hace particularmente adecuada para este tipo de infusión. Existen preparados de liberación retardada. No se comercializa en el país

METADONA.- Es un opioide sintético, agonista mixto μ y δ , tiene actividad antagonista sobre los receptores NMDA. Ha demostrado ser útil en mejorar la respuesta opioide en pacientes cuyo dolor ha dejado de responder a dosis altas de morfina. En la mayoría de estudios sobre rotación a metadona hubo una mejoría de las mioclonias, somnolencia, náuseas, vómitos y alucinaciones. Por su actividad antagonista en los receptores NMDA tiene ventajas en el dolor neuropático. Pero tiene importantes desventajas por la acumulación que puede producir su vida media larga y que hace la rotación compleja. No se comercializa en el país.

Tabla No. 4: EFECTOS SECUNDARIOS DE ALARMA DE TOXICIDAD OPIOIDEA.

M6g (6 glucorónido de morfina)	M3g(3 glucorónido de morfina)
Somnolencias.	Agitación, alucinaciones.
Náuseas, vómitos.	Mioclónias, convulsiones.
Coma.	Hiperalgesia.
Depresión respiratoria.	Delirium.
Diaforesis.	

FACTORES DE RIESGO DE NEUROTOXICIDAD INDUCIDA POR OPIOIDES.

- Dosis altas de opioides.
- Tratamiento prolongado con opioides.
- Deterioro cognitivo previo.
- Deshidratación.
- Insuficiencia renal.
- Tratamiento con psicofármacos (benzodiacepinas, anti-depresivos, anticolinérgicos).
- Edad avanzada.

Efectos secundarios de los opioides.- Todos los analgésicos tienen efectos secundarios que limitan su utilización. En el caso de los opioides, éstos constituyen la limitación más importante. En la tabla No. 5 se recogen los efectos secundarios más frecuentes

Tabla No. 5: EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE DOLOR ONCOLÓGICO.

DIGESTIVOS	NEUROLÓGICOS	OTROS
1. Xerostomía. 2. Náuseas y vómitos. 3. Estreñimiento.	1. Enlentecimiento. 2. Psicomotriz. 3. Fallo cognitivo. 4. Mioclónias. 5. Hiperalgesia. 6. Alodinea. 7. Delirium	1. Depresión respiratoria. 2. Edema pulmonar. 3. Retención urinaria. 4. Prurito. 5. Diaforesis.

Xerostomía: Para controlarla se debe mantener mucosas húmedas con saliva artificial, mantener hielo picado, piña picada, caramelos cítricos para incentivar salivación.

Estreñimiento: Es necesario hacer profilaxis con laxantes de acción osmótica (polienglicol, lactulosa). Si persiste este síntoma son útiles los laxantes estimulantes (bisacodilo). Los pacientes con enfermedad avanzada en tratamiento paliativo que no responden a los laxantes habituales pueden ser tratados con metilnaltrexona subcutánea. En la impactación fecal se administra enema rectal o desimpactación manual.

Náuseas y vómitos: Hay que descartar la presencia de impactación fecal. Si son postprandiales están indicados los antieméticos procinéticos (domperidona, metoclopramida). Si ocurren con el movimiento (cinarizina), en ausencia de estas asociaciones pueden ser útiles el haloperidol, los corticoides o los antagonistas de la serotonina (ondasetrón).

Sedación y alteraciones de las funciones cognitivas: Es obligatorio evaluar y descartar posibles causas como la deshidratación, alteraciones metabólicas, insuficiencia hepática o renal, infecciones y demás patologías del sistema nervioso central o efectos secundarios de otros medicamentos.

La sedación puede ser tratada con psicoestimulantes (modafinilo 100 - 200 mg./día), las alteraciones cognitivas son tratadas con neurolépticos (risperidona), cambio de la vía oral a la subcutánea en el caso de la morfina, o la rotación de un opioide a otro; todo ello puede disminuir estos efectos secundarios.

Depresión respiratoria: El riesgo en pacientes con dolor oncológico es mínimo. La depresión respiratoria es tratada con Naloxona. Se disuelve una ampolla de 0,4mg. más 9 ml. de suero fisiológico, y se administran 0,5 ml. por vía intravenosa o subcutánea cada 2 minutos hasta el restablecimiento de una respiración satisfactoria.

Prurito: Se trata con antihistamínicos.

Mioclónías: Pueden revertir con clonazepan (0,5 – 2mg. c/8horas) e hidratación adecuada.

Sudoración: Pueden responder a corticoides o anticolinérgicos.

Retención urinaria: Algunas ocasiones precisa de sondaje y rotación del opioide₄.

A continuación se resume en la Tabla No. 6 la información necesaria para la conversión de los opioides. Los datos de la tabla son orientativos y la dosis equianalésicas es individualizada.

Tabla No. 6: CONVERSIÓN DE OPIOIDES.		
OPIOIDE ACTUAL	OPIOIDE NUEVO	FACTOR CONVERSIÓN
Codeína oral.	Morfina oral.	Dividir x10
Tramadol oral.	Morfina oral.	Dividir x 10
Morfina oral.	Hidromorfona oral.	Dividir x 5
Morfina oral.	Oxicodona oral.	Dividir x 2
Morfina oral.	Buprenorfina SL- IV	Dividir 30-50
Morfina oral.	Fentanilo Transdérmico.	Dividir x 2
Morfina oral.	Morfina subcutánea.	Dividir x 2
Oxicodona oral.	Fentanilo transdérmico.	Sin cambios
Oxicodona oral.	Morfina subcutánea.	Sin cambios

ROTACIÓN DE OPIOIDES (ROP).

El objetivo más importante para conseguir un adecuado control del dolor no es solo quitarlo, sino conseguir un balance adecuado entre analgesia y toxicidad.

Las indicaciones principales de ROP son:

- Toxicidad secundaria a opioides.
- Rápido desarrollo de la tolerancia.
- Efectos secundarios intolerables.
- Presencia de dolor intratable.

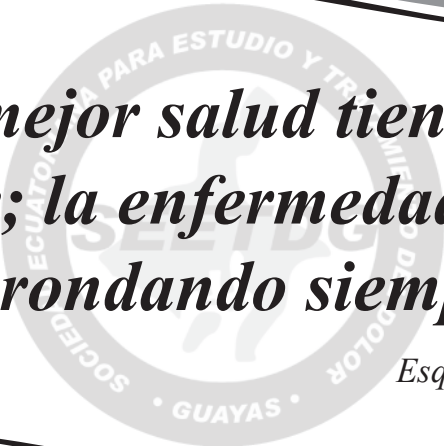
Antes de realizarse la rotación con otro opioide debe revisarse el tipo de dolor del paciente, valorar el uso de fármacos coadyuvantes, corregir alteraciones bioquímicas y el estado de hidratación del paciente. Además no debe existir globo vesical ni impactación fecal.

PASOS PARA REALIZAR ROP.

- Calcular dosis total diaria del opioide que se está administrando más las dosis de rescate.
- Calcular la dosis del nuevo opioide basándose en tablas de equianalgesia.
- Realizar reducción de la dosis del nuevo opioide en un 25 - 30% por tolerancia cruzada incompleta entre los distintos opioides, variabilidad individual en la potencia relativa.
- Considerar la situación clínica del paciente por la que se deba bajar más la dosis, edad avanzada, patologías cardiopulmonar, hepática, renal.
- Calcular dosis de rescate.
- Revisar con frecuencia efectos secundarios y el control del dolor.
- Escalar el nuevo opioide si es necesario para controlar el dolor.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Grupo de trabajo sobre Manejo de Dolor Crónico de la Sociedad Americana de Anestesiología. Directrices Prácticas para el manejo del dolor crónico: Un informe actualizado por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) y la Sociedad Americana de Anestesia regional y Medicina del Dolor (ASRA). Rev Anest. 2010 Abril;112(4):810-8.
2. Hernández J, Moreno C. Opioides en la práctica médica. Bogotá: Editorial Guadalupe SA; 2009; p. 99-101.
3. Porta J, Gómez - Batiste X, Tuca A. Manual I control de síntomas em pacientes com câncer avançado y terminal. Madrid: Editorial ARAN; 2004; p. 37- 48.
4. Galvez R. Principios básicos en el tratamiento del dolor neuropático, En: Serra Catafu J, editor. Tratado de Dolor Neuropático. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2007; p. 284- 285



***“La mejor salud tiene un
límite; la enfermedad lo
anda rondando siempre***

Esquilo

FÁRMACOS COADYUVANTES EN DOLOR.

Capítulo 5

Mariana Vallejo M

*Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para Estudio
y Tratamiento del Dolor Capítulo-Guayas*

Mayra Cadena

*Anestesióloga, Instituto Oncológico Nacional
"Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA*

Existe un amplio número de fármacos considerados como coadyuvantes. Los cuales además de modificar los procesos emocionales que normalmente acompañan a los pacientes con dolor crónico, en algunos casos producen efectos analgésicos, como se ha demostrado con:

- Antidepresivos.
- Anticonvulsivantes.
- Tranquilizantes y ansiolíticos.
- Neurolépticos.
- Lidocaína, mexiletina.
- Bifosfonatos.
- Otros.

La medicación coadyuvante en dolor oncológico es muy útil para disminuir la dosis total del opioide requerido y, a su vez, controlar algunos de sus frecuentes efectos secundarios. Además proveen características al esquema analgésico que otros grupos no poseen y son útiles en los diferentes síntomas que presenta el dolor neuropático: Crisis lancinantes, dolor urente continuo, parestesias y disestesias, alodinea, hiperalgesia. Actúan en los diferentes mecanismos de producción: En las terminaciones sensoriales primarias a nivel espinal, potenciando las vías descendentes inhibitorias y bloqueando los sistemas excitatorios.

Los coadyuvantes usados en el dolor neuropático se muestran en la tabla 1.

CRISIS LANCINANTE O PAROXÍSTICA.

- Bloqueadores de los canales de Na: Carbamazepina, Oxcarbamazepina.
- Bloqueadores de los canales de Ca: Gabapentina, Pregabalina.
- Potenciadores del sistema GABA: Clonazepan, Baclofeno, Tioridazina.
- Agonistas serotoninérgicos y noradrenérgicos: Amitriptilina, Venlafaxina, Duloxetine.
- Estabilizadores de membrana: Lidocaína, Mexiletina.

DOLOR URENTE CONTÍNUO.

- Agentes tópicos estabilizadores de membrana: Lidocaína, Prilocaína/Lidocaína.
- Bloqueadores de canales Na.
- Bloqueadores de canales Ca.
- Potenciadores del sistema GABA.
- Agentes potenciadores del sistema descendente: Amitriptilina, Tramadol, Oxycodona, Fentanilo, y Clonidina.

- Si existe componente simpático: Fentolamina y Guanetidina.

PARESTESIAS Y DISESTESIAS.

- Estabilizadores de membrana.
- Bloqueadores de los canales de Na.

ALODINEA.

- Estabilizadores de membrana.
- Bloqueadores de los canales de Na.
- Agentes potenciadores del sistema descendente.
- Potenciadores del sistema GABA.

HIPERALGESIA.

- Agentes tópicos estabilizadores de membrana.
- Bloqueadores de canales de Ca.
- Antagonistas de los receptores NMDA Ketamina.

Estrategia terapéutica en el dolor neuropático oncológico.

La elección del opioide depende de la intensidad del dolor:

- Dolor leve a moderado: Tramadol.
- Dolor intenso: Buprenorfina, Oxycodona, Morfina, Metadona.

Se debe asociar al opioide uno de los siguiente coadyuvantes según las características del dolor:

- Un antidepresivo tricíclico o un inhibidor selectivo de la serotonina y norepinefrina. (ISRN)
- Bloqueante de los canales de Ca.
- Agentes tópicos estabilizadores de membrana.

Si no hay adecuado control del dolor se pueden combinar estos coadyuvantes. Los pacientes no controlados con la medicación farmacológica deben ser evaluados para recibir:

- Terapias no invasivas como estimulación eléctrica transcutánea.
- Terapias invasivas como técnicas de neuromodulación: Catéteres de infusión espinal de medicamentos, bloqueos peridurales subsecuentes con corticoides, ganglio estrellado, etc.
- Técnicas de ablación nerviosa con radio frecuencia₂.

Tabla No. 1: FÁRMACOS ANALGÉSICOS ADYUVANTES

GRUPO FARMACOLÓGICO	FÁRMACO	DOSIS INICIAL	DOSIS DIARIA DE MANTENIMIENTO	EFECTOS SECUNDARIOS
ADT (ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS).	Amitriptilina. Nortriptilina.	10 - 25 mg. 20 - 40 mg.	75 - 150 mg. 30 - 150 mg.	Hipotensión, somnolencia, xerostomía son más intensos que con amitriptilina.
IRSN (inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina).	Venlafaxina. Duloxetina.	37.5 mg. 30 mg.	75 - 375 mg. 60 mg.	HTA, cefalea, palpitaciones.
CORTICOIDES.	Dexametazona.	4 - 32 mg.	4 - 8 mg	Agudos: HTA, hiperglicemia, alt. neuropsiquiátricas. Tardíos: Osteoporosis, Cushing iatrogénico, inmunosupresión, miopatías.
BENZODIACEPINAS.	Clonacepam.	0.5 mg.	2 - 4 mg.	Somnolencia, ataxia.
LIGANDO CANALES DE CALCIO.	Gabapentina. Pregabalina.	300 mg. 75 mg.	1800 - 2400 mg. 150 - 600 mg.	Somnolencia - astenia, inestabilidad
ANTICONVULSIVANTES.	CBZ(carbamazepina). Oxcarbamazepina. Valproato.	100 - 200 mg. 600 mg. 600 mg.	600 - 1600 mg. 900 - 2400 mg. 1200 - 2500 mg.	Toxicidad: Hematológica y hepática. Sedación, diplopía, vértigo, hiponatremia, somnolencia, mareo.
ANESTÉSICOS LOCALES.	Lidocaina IV.	2 mg/kg en infusión 30 minutos.	2 - 5 mg/kg.	Arritmias, convulsiones, parestesias.

GRUPO FARMACOLÓGICO	FÁRMACO	DOSIS INICIAL	DOSIS DIARIA DE MANTENIMIENTO	EFECTOS SECUNDARIOS
BIFOSFONATOS.	Ácido zolendrónico.	4 mg en infusión 15 minutos.		Cuadro pseudo gripal, fiebre.
BACLOFENO	Baclofeno.	15 mg	30–60 mg	Hipotensión, vértigo, GI, somnolencia.
Antg. NMDA (antagonista di-metiaspartato)	Dextrometorfán.	45 – 60 mg.	Variable.	Hipertensión, disforia, midriasis.
	Ketamina.	0.5 mg/kg.	2-5 mg/kg.	Taquicardia, HTA, HT craneal, psicomiméticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galvez R. Principios básicos en el tratamiento del dolor neuripático. En: Serra Catalu J, editor. Tratado de Dolor Neuropático. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2007; p 284 - 285.

2. A Pernia , L M Torres. Tratamiento del dolor oncológico terminal intenso. Rev Soc Esp Dolor. 2008; 15(5): [12 páginas].

Disponible en línea: <http://revista.cdolor.es/articulo.php?ID=565>, consultado Noviembre 2, 2010

INTERVENCIONISMO EN DOLOR.

Capítulo 6

Mariana Vallejo M

*Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para Estudio
y Tratamiento del Dolor Capítulo-Guayas*

Nancy Lino G.

*Past . Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para
Estudio y Tratamiento del Dolor Nacional SEETD*

Mayra Cadena

*Anestesióloga. Instituto Oncológico Nacional
"Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA*

El intervencionismo es la ejecución de procedimientos invasivos cuyo objetivo es controlar, reducir o anular el dolor en pacientes con cáncer y enfermedades crónicas degenerativas en los cuales la ingesta de medicamentos es excesiva. El intervencionismo es considerado como el cuarto escalón en la escalera analgésica de la OMS (Fig. 1) y se recomienda cuando las opciones farmacológicas habituales son ineficaces o cuando las reacciones adversas son intolerables e inmanejables.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Se debe partir de la premisa que la mejor terapia es la más sencilla y la de menor riesgo, y que se debe tener una probabilidad aceptable de lograr los resultados deseados. No hay que olvidar que, cuando sea posible, es mejor prevenir el dolor que tratarlo. Igual argumento aplica para los efectos secundarios. El objetivo principal del tratamiento es preservar o mejorar las funciones orgánicas y contribuir a mejorar la calidad de vida, la cual no depende solo del control del dolor, si no también de los síntomas.

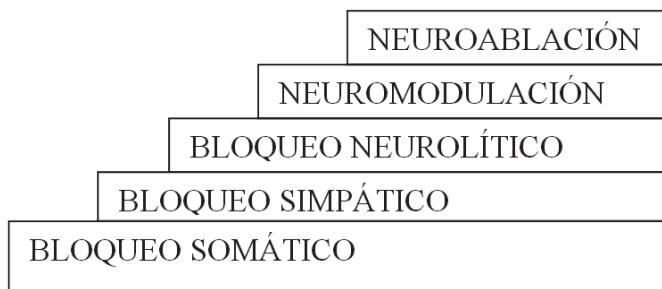


Fig. 1: Escalera intervencionista del Dolor según la OMS

El éxito del tratamiento del dolor se basa en la evaluación correcta del origen, características, ubicación, intensidad, factores que lo acompañan, que lo aumentan o lo disminuyen y tratamientos previos. La evaluación psicosocial proporciona información acerca del impacto del dolor en el paciente y su familia. En resumen el éxito del tratamiento se fundamenta en el conocimiento de los síndromes dolorosos, su origen multifactorial y la comprensión del dolor total.

Todas las modalidades terapéuticas, en particular las invasivas, se deben analizar con un balance de riesgo/beneficio, que debe considerarse en cada paciente. Los factores a evaluar son los siguientes:

- Naturaleza y severidad de los síntomas.
- Respuesta al tratamiento previo.
- Estado de la enfermedad.
- Estado físico y psicológico del paciente.
- Preferencia del plan terapéutico por parte del enfermo.
- Condiciones generales del entorno del paciente.

1. BLOQUEOS NERVIOSOS NEUROLÍTICOS

Se realizan bloqueos diagnósticos₁ previos para predecir el éxito de un bloqueo neurolítico permanente. Si el dolor disminuye en al menos 75% y el paciente acepta las parestesias y la posible pérdida motora, se podrá llevar a cabo. Su principal indicación₂ es:

- Pacientes con dolor crónico intratable.
- Esperanza de vida inferior a 1 año.
- Dolor de predominio somático.
- Dolor localizado en 2 ó 3 metámeras y que ha tenido una buena respuesta al bloqueo diagnóstico previo.

Los sitios de mayor indicación intervencionista en el territorio somático son:

1. Cabeza y cuello (V, VII, IX, X nervios craneales).
2. Extremidad superior (plexo braquial o sus ramas paravertebrales).
3. Pared toracoabdominal (intercostal paravertebral e intratecal).
4. Perineo y extremidades inferiores son los sitios menos frecuentes por la mayor afectación de diversas estructuras nerviosas.

2. INFUSIÓN ESPINAL

<i>Condiciones.</i>
• Persistencia de dolor crónico tras agotar el tercer escalón terapéutico de la OMS.
• Esperanza de vida > 2 meses.
• Efectos secundarios intolerables de los opiáceos usando las vías habituales.
• Rápido desarrollo de tolerancia.

<i>Indicaciones.</i>
• Dolor oncológico.
• Dolor secundario a tratamiento oncológico (dolor postradioterapia, postquimioterapia o postcirugía)
• Dolor crónico no oncológico.
Intercambio: Morfina VO= Intratecal (IT) X 300

<i>Precaución</i>
• Mejor intratecal que epidural.
• Si la concentración de morfina >12mg/día (riesgo: granulomas), asociar coadyuvantes.
• Post-operatorio ingreso durante mínimo 24h
<i>Efectos secundarios:</i>
• Prurito, náusea, vómito.
• Depresión respiratoria que se puede iniciar a las 6-12 horas y durar de 24-36 horas.
<i>Manejo de efectos secundarios:</i>
• Naloxona: Diluir la ampolla de 0.4 mg en 10 ml solución salina (SS) y administrar 1 ml (0,04 mg) hasta conseguir el efecto deseado.
• Estar atentos, pautar otro bolo o perfundir (6 amp/250 ml SS, ritmo 14-28 ml/h 5-10ug/kg/min).
• Una antagonización muy rápida puede ocasionar dolor, vómito, taquicardia, HTA y edema agudo de pulmón.

3. ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA MEDULAR
<i>Condiciones:</i>
• Dolor crónico no oncológico (isquémico o neuropático).
• Paciente: 18-75 años, sin obesidad, ni psicopatía mayor, que no se encuentre en litigios y entienda el proceso.
<i>Indicaciones:</i>
• Dolor vascular isquémico.
• Neuropatía.
• Angina de pecho intratable.

4. BLOQUEOS NERVIOSOS SIMPÁTICOS		
Clasificación	Temporales o diagnósticos	Neurolíticos
<i>Tipos</i>	<i>Dolor</i>	<i>Contraindicación</i>
Ganglio estrellado.	Neuropático Isquemia arterial	Neumotórax, Insuficiencia renal, Infarto del miocardio, Neumonectomía, Glaucoma
Simpático torácico T2-T3.	Neuropático, vascular (úlceras vasculitis), visceral (territorio T2-T3)	
Plexo Celiaco.	Oncológico abdominal (estómago-hígado, páncreas)	Invasión tumoral retroperitoneal.
Nervios Esplácnico.	Oncológico abdominal (esófago distal, estómago, hígado, vesícula biliar, páncreas, intestino delgado, colon ascendente), mal resultado o imposibilidad del bloqueo del plexo celiaco	
Plexo hipogástrico.	Pélvico oncológico (colon ascendente, recto, vagina, útero, próstata, testículo) Pélvico ginecológico (endometriosis, adherencial, dispareunia) Pélvico no ginecológico (cistitis crónica, tenesmo vesical), dolor prostatectomía, enteritis postradioterapia ₃	
Simpático lumbar.	Neuropático vascular (isquemia, arteriopatía diabética) lumbalgia irradiada, dolor visceral	Dilatación visceral en el lugar de punción, hipotensión
Ganglio impar	Oncológico visceral (recto-uretra y vagina distales) neuropático (periné, coccigodinia)	Invasión tumoral del sacro. Anormalidades en columna sacrococcígea

CONCLUSIONES:

- El intervencionismo forma parte del tratamiento del dolor crónico, oncológico o no oncológico, cuyo control es difícil.
- Se recomienda en los pacientes insensibles a terapias corrientes o cuyos efectos secundarios son muy graves o para los que simplemente no aceptan tomar medicamentos (opioides en especial, por el temor a la adicción).
- También es útil con fines diagnósticos, pronósticos y terapéuticos.
- Antes de efectuar cualquier procedimiento debe realizarse una cuidadosa valoración de cada paciente, ya que un error de semiología, diagnóstico, o de ambos, puede ocasionar daños irreversibles y fracaso terapéutico.
- Solo personal altamente calificado debe ejecutar estas técnicas, en lugares muy bien equipados a fin de obtener el máximo beneficio, con la mayor seguridad.
- No hay que olvidar que todos los procedimientos tienen un riesgo/ beneficio; por lo tanto es necesario seleccionar a los pacientes con mucho cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plancarte R, Velazquez SR. Palliative regional anesthesia for hospitalized patients. *Curr Opin Anesthesiol.* 1994;7:444-447
2. Plancarte R, Velazquez R, Patt RB. Cancer pain. *Europ J Palliative Care*, 1993;12: 377-425.
3. Haezem AZ, Bruera E. Regional pain syndromes in cancer patients. *Curr Opin Pain.* 2000: 179-186.

PRINCIPIOS BÁSICOS EN MEDICINA PALIATIVA.

Capítulo 7

Mariana Vallejo M

*Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para Estudio
y Tratamiento del Dolor Capítulo-Guayas*

Nancy Lino G.

*Past . Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para
Estudio y Tratamiento del Dolor Nacional SEETD*

Importas porque tú eres tú. Importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo cuanto podamos no solo para ayudarte a morir en paz sino también para vivir hasta que mueras.

(Dama Cicely Saunders)

Los cuidados paliativos son los cuidados activos y holísticos de pacientes con enfermedad progresiva y avanzada. El tratamiento del dolor, otros síntomas y la provisión de apoyo psicológico, social y espiritual es de mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida para los pacientes y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos también son aplicables en un curso más temprano de la enfermedad en conjunción con otros tratamientos.

Los orígenes de la investigación en cuidados paliativos en el movimiento moderno de hospicios del reino Unido datan de la fundación del Hospicio de St. Christopher en 1967. La excelentísima Cicely Saunders apoyó la observación científica y la investigación sistemática como un componente esencial de la especialidad^{1,2}.

A grandes rasgos, la investigación en cuidados paliativos comprende el control de síntomas, los aspectos éticos, la toma de decisiones clínicas, la comunicación, los aspectos relacionados con la familia y el cuidador, los aspectos relacionados con el equipo interdisciplinario, sistemas y servicios sanitarios y las preocupaciones existenciales y espirituales tanto antes como después de la muerte.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS:

- Reafirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente. (Fig. 1)
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar en la vida del paciente tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia y manejarse durante la enfermedad del paciente y en su propio ambiente.

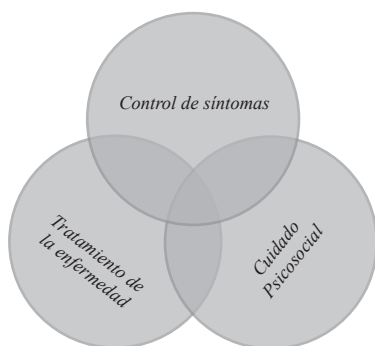


Fig. 1. Principios de los cuidados paliativos

No hay ninguna esfera de preocupación que no sea adecuada sin considerar la relación con las otras dos. Por lo general, esto requiere una colaboración interdisciplinaria genuina.

DEFINICION DE ENFERMEDAD TERMINAL

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida, inferior a seis meses.

BASES DE LA TERAPEUTICA

- Atención integral (Físicos, emocionales, sociales y espirituales).
- Enfermo y familia (Son la enfermedad a tratar).
- Promoción de la autonomía y dignidad (Solo será posible si se elaboran con el enfermo los objetivos terapéuticos).
- Concepción Terapéutica Activa (Superar el “no hay nada que hacer”).

- Importancia del ambiente (Atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación).
- Influyen positivamente en el control de síntomas.

Ética en el marco paliativo.

Desde el punto de vista ético, los profesionales que realizan cuidados paliativos se enfrentan a dilemas muy importantes, que salen del terreno exclusivamente técnico. Entre los que destacan los denominados momentos de interfase (entre curativa y terminal o terminal y agónica) o el objetivo de defender la calidad de vida frente a la aplicación de medidas de tratamiento agresivas. En estos y otros conflictos, la bioética y los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y, de forma especial, el de autonomía, deben ayudar a la toma correcta de decisiones.

Los Cuidados Paliativos admiten la validez del principio ético del doble efecto, según el cual la instauración o retirada de un tratamiento con el objeto de mejorar la calidad de vida está completamente justificado; aunque ello dé lugar a un acortamiento de las expectativas vitales. La aceptación de este principio permitió, en un inicio, la profusión de los tratamientos con opioides a pesar de los miedos al respecto. Posteriormente se ha observado que no existe evidencia científica que avale la creencia de que el tratamiento opioide prolongado provoque una aceleración del proceso de morir. El principio del doble efecto sigue siendo el fundamento básico que conduce las actuaciones durante la fase agónica, en la que se retiran aquellos tratamientos que no tienen un beneficio en la situación de bienestar o se realiza la sedación del paciente para el control de los síntomas

Los Cuidados Paliativos no pueden ser identificados con la Eutanasia. Por el contrario, deben considerarse como una actuación que favorece la muerte digna, la Ortotanasia. Los tratamientos instaurados por la medicina paliativa no están dirigidos a acortar la vida, ni siquiera como actos válidos para aliviar la situación de sufrimiento. El objetivo de los mismos es conseguir una situación de bienestar que permita vivir a la persona enferma los últimos tiempos de su vida en las mejores condiciones de calidad posibles ^{2,3}.

Calidad de vida en los pacientes terminales

Se la define como: toda situación de bienestar alejada de la vivencia de sufrimiento. La calidad de vida por lo tanto incluye

- a. Un componente físico caracterizado por la ausencia de dolor, dificultad respiratoria, síntomas digestivos y otros síntomas causantes de molestia.
- b. Un componente psicológico, determinado por la ausencia de emociones negativas, ansiedad y depresión, y por la presencia de un proceso de adaptación adecuado a las limitaciones que impone la enfermedad.
- c. Un componente social dado por la posibilidad de interactuar con los demás, sin alteraciones de la comunicación
- d. Un componente espiritual en el que se perciba una autoestima válida en relación al conocimiento y percepción de control de la propia vida, acompañado del respeto mostrado por los demás.

La opinión del paciente y familia con el conocimiento adecuado de causa son los determinantes últimos de la elección terapéutica.

El profesional adapta continuamente los conocimientos científicos al beneficio particular del paciente concreto y su familia. Primando la obtención de resultados en términos de calidad de vida, y no de mejorar un pronóstico difícilmente modificable de forma sustancial.

El ejercicio de la Medicina Paliativa requiere el conocimiento actualizado de todas las técnicas y procedimientos oportunos para conseguir el máximo alivio posible.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Saunders C. 1993 Introduction-history and Challenger. En: C. Saunders, N Sykes (editores) The Management of Terminal Malignant Disease 3 ed. Londres: Edward Arnold; 1993; p. 1 - 14.
2. Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I. Manual de Oxford de Cuidados Paliativos. Definiciones en Cuidados Paliativos. Madrid -España: Editorial Aula Médica 2008 .p.27-33.
3. Benites del Rosario M.A. Conceptos y fundamentos de los cuidados paliativos. En: Benites del Rosario M.A., Salinas Martín A. Cuidados Paliativos y Atención primaria. Aspectos de Organización. Barcelona: Editorial Springer; 2000; p. 50.

***“Hay libros cortos que,
para entenderlos como
se merecen se necesita
una vida larga”***

Francisco de Quevedo

CONTROL DE SÍNTOMAS.

Capítulo 8

Mariana Vallejo M

*Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para Estudio
y Tratamiento del Dolor Capítulo-Guayas*

Nancy Lino G.

*Past . Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para
Estudio y Tratamiento del Dolor Nacional SEETD*

Los síntomas son para el paciente una llamada de atención de su propio organismo manifestando que no se encuentra bien. Cuanto más intensos y persistentes sean, mayor sensación de amenaza representan.

Pueden deberse directamente a la misma enfermedad, indirectamente o por un trastorno coexistente no relacionado con la enfermedad principal.

Estos síntomas aumentan a medida que la enfermedad avanza. En los últimos días, los cambios pueden producirse en cuestión de minutos. Ello provoca una revisión constante de la situación y a proporcionar un servicio de atención continuada las 24 horas del día para su correcto control.

No es posible tratar la enfermedad como algo que le sucede sólo al organismo, sino a toda la persona, porque todo síntoma tiene una vivencia de amenaza que le ocasionan desamparo, soledad y dolor.

¹⁻³

Aumentan la intensidad de los síntomas:

- Desconocer el origen.
- Pensar que no existe alivio.
- Percibir su presencia como una amenaza.

Disminuyen la intensidad de los síntomas:

- Atención a los pequeños detalles.
- Detección y tratamiento precoz de otros síntomas.
- Compañía y apoyo.

Planteamiento de objetivos del control de síntomas:

- Los objetivos tienen que ser PROGRESIVOS y REALISTAS.

Principios generales del control de síntomas:

- Evaluar antes de tratar.
- Explicar las causas.
- La estrategia terapéutica siempre será mixta: General de la situación y específica para cada síntoma.
- El tratamiento siempre será individualizado.
- Monitorizar los síntomas, mediante instrumentos de medida estandarizados (escalas de valoración) y esquemas de registros.
- Atención a los detalles.

- Proporcionar instrucciones correctas y completas sobre el tratamiento.
- Síntomas constantes, tratamiento preventivo.
- Revisar, revisar y revisar.
- No limitar los tratamientos al uso de fármacos.

ANOREXIA: Pérdida de apetito. Incapacidad del paciente para comer normalmente.

CAQUEXIA: Marcada pérdida de peso con compromiso de masas musculares. Caracterizada por un déficit de tejido adiposo intenso, piel seca, rugosa y de color amarillento, edemas maleolares y faciales, astenia y anemia.

ASTENIA: Se caracteriza por la falta de energía, tanto física como mental. Cansancio, agotamiento, fatiga, debilidad. Es un síntoma que reduce el funcionamiento físico, psicológico y social y produce un distrés significativo para los pacientes y cuidadores.

El síndrome anorexia-caquexia-astenia contribuye de manera significativa a una peor calidad de vida, mayor morbilidad, y mortalidad. Se caracteriza por pérdida de peso, lipólisis, atrofia muscular, anorexia, náusea y astenia; con consiguientes importantes cambios en la imagen corporal, y generalmente va acompañado de angustia y depresión variable, tanto en el paciente como en su familia.

Está causado por alteraciones metabólicas secundarias a mediadores liberados por la enfermedad de base, como: la caquectina, factor de necrosis tumoral, interleucina I y VI, hormonas lipolíticas, factor inductor de la proteólisis. Además de empeorar la calidad de vida, ensombrecen el pronóstico por las dificultades en la implementación de otras medidas paliativas.

Prevalencia: El síndrome anorexia-caquexia-astenia, es muy frecuente en los pacientes con enfermedad avanzada incurable (50-90%).

Uno de los factores que contribuye al importante sufrimiento que ocasiona este “Síndrome” es la profunda “Alteración de la Imagen Corporal”. El paciente no se reconoce al mirarse al espejo por el intenso deterioro sufrido y llega a vivir una pérdida de identidad y pertenencia al medio socio-familiar^{2,3}.

La estrategia terapéutica va encaminada a conseguir el bienestar del paciente₄.

1. MEDIDAS GENERALES

- Ofrecer raciones pequeñas y en platos pequeños.
- Preparación adecuada de los alimentos.
- Ritmo del paciente (No siguen horarios fijos).
- Cuidar ambiente y compañía.
- Evitar olores molestos.
- A veces pequeñas cantidades de alcohol, estimulan la ingesta.
- Suele existir más apetito en el desayuno.
- Programa de ejercicios moderado, puede mejorar la capacidad funcional, reducir la astenia y mejorar el ánimo
- Fomentar sueño reparador.
- Ayudar a la familia: Escuchar sus preocupaciones y explicar la caquexia.

2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **Corticosteroides (Dexametasona):** Se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas 4 mg/día. Y por el riesgo de hemorragia digestiva, sería aconsejable la protección gastro intestinal. Inicio rápido de la mejoría en 2-3 días. Su papel es limitado por la aparición rápida de efectos colaterales (miopatía proximal, retención de líquidos, y resistencia a la insulina). Es útil en casos de pronóstico limitado y cuando se necesita respuesta rápida.
- **Acetato de Megestrol (Megace):** Dosis: 160- 360 mg/día. El inicio del efecto tarda hasta dos semanas. Indicación: Pronóstico de vida superior a un mes
- **Metoclopramida:** Útil en la ectasia gástrica. La acción procinética contrarresta la disfunción autonómica que es muy frecuente en el cáncer. Reduce las náuseas. En los casos indicados el uso regular oral o subcutáneo 10mg C/8 horas puede significar mejoría en el apetito y en la ingesta de alimento.

HIDRATACIÓN: Ya que la deshidratación, puede provocar confusión y agitación; y precipitar un fallo prerrenal, provocando la

acumulación de metabolitos farmacológicos activos. Estos metabolitos producen entre otros síntomas: mioclonias, náuseas, y delirio. Habrá que predecir las últimas horas de vida. Tratamiento de más o menos 4 semanas.

- Oral (1 L/día).
- Hipodermocclisis (catéter bajo la piel) hasta una semana.
- Suero salino o glucosalino. 500cc/ en bolos en una hora. Como tope 1 litro /día, en dos bolos. Puede interrumpirse y desconectarse con facilidad, permitiendo al paciente más movilidad.

BOCA SECA Y/O DOLOROSA: Se presenta hasta en el 100% de los casos, los pacientes pueden referir dolor bucal, dificultad para la ingesta y ausencia de saliva. Las causas más frecuentes son:

- Mucositis por Quimioterapia o Radioterapia.
- Fármacos (opioides, anticolinérgicos).
- Infecciones bucales (candidiasis, herpes, etc...).
- Deshidratación.

Tratamiento

- Si es secundaria a la ingesta de fármacos debemos revisar la necesidad de tomarlos.
- Medidas generales: Limpiar diariamente la boca y eliminar los detritus. Para ello se utilizan enjuagues con soluciones desbridantes ($\frac{3}{4}$ de Bicarbonato y $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada ó $\frac{3}{4}$ de suero salino fisiológico y $\frac{1}{4}$ de agua oxigenada). Si el paciente no es capaz de realizar enjuagues, se aplican estas soluciones con un cepillo suave de dientes o con un bastoncillo de algodón.
- Aumentar la salivación: Chupar pastillas de vitamina C, trozos de piña natural, caramelos sin azúcar, cubitos de hielo aromatizados con limón.
- Prescribir saliva artificial: 12mg de metil celulosa, 0.2 ml de esencia de limón y 600 cc. de agua

Tratamiento de la boca dolorosa

- En las afecciones dolorosas de la boca se pueden utilizar soluciones anestésicas varias veces al día:
- Lidocaína viscosa al 2%, 5- 10 ml enjuagar y tragar.
- Hidróxido de Aluminio y Lidocaína al 2% en partes iguales.

- Difenhidramina (enjuagues con cápsulas disueltas en agua).
- Sucralfato, enjuagar y tragar.
- En mucositis secundaria a radioterapia y/o quimioterapia podemos usar la solución de mucositis, esta es una Fórmula magistral compuesta por: Difenhidramina al 0.25%, Hidróxido de aluminio y Solución de Lidocaína clorhidrato 2% en carboximetilcelulosa 1%, mezclado todo a partes iguales.
- Tratar las infecciones: En caso de micosis, usar enjuagues con Nistatina cada 4-6 horas tragando el líquido o Fluconazol: 50-100 mgrs/ día por 5-7 días o bien dosis única de 200mg.
- Analgésicos por vía oral o parenteral: En pacientes con Mucositis secundaria a quimioterapia puede ser necesario utilizar opioides (morfina subcutánea o infusión continua).

NÁUSEAS Y VÓMITOS: Están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado. Pueden deberse a múltiples causas:

Tabla No. 1: Etiología de las Náuseas y Vómitos en los síntomas del paciente oncológico

Secundarios al cáncer.	1. Edema cerebral. 2. Obstrucción intestinal. 3. Hipercalcemia. 4. Hepatomegalia.	Toxicidad tumoral. Lesión gástrica. Dolor. Estreñimiento.
Secundarios al Tratamiento.	1. Quimioterapia. 2. Radioterapia.	Fármacos.
Sin relación con el cáncer ni con el tratamiento.	1. Uremia. 2. Úlcera péptica.	Infección.

Es necesario tratar las causas reversibles y es de elección la vía oral. Puede ser necesario usar la vía subcutánea si existen: Vómitos repetidos, obstrucción intestinal o malabsorción gastrointestinal. El tratamiento farmacológico puede ser:

- 1.-Vómitos inducidos por opioides:
 - Metoclopramida 5-10 mg/6-8 horas, oral o SC.
 - Haloperidol 0,5 – 1,5 mg/12-24 h. Vía oral o SC.

2.-Vómitos por quimioterapia:

- Ondansetrón 8-16 mg./24 horas.
- Granisetron 1mg c/12horas.
- Dexametasona 4-20 mg./24 h. Oral, SC, IM.
- Lorazepam en vómitos anticipatorios a la quimioterapia.

3.- Éstasis gástrico: Metoclopramida y/o procinéticos.

4.- Vómitos por hipertensión intracraneal: Dexametasona.

5.- En caso de obstrucción intestinal usar:

- Haloperidol SC 2,5 - 5mg/8-12 h.
- Tratamiento del dolor tipo cólico con Hioscina 10-20 mg./6 h, continuo con opioides (dosis según respuesta clínica)
- Bolos de Dexametasona 4-8 mg./12h. Parenteral.
- Octreotide 0,1-0,2 mg/ 8-12h. SC para reducir las secreciones intestinales.

6.- Vómitos por Hipercalcemia: Valorar la necesidad de tratarla según el estado clínico y evolutivo del paciente.

MEDIDAS GENERALES

- Básicamente centradas en la adecuación de la dieta. (blanda fraccionada, predominio de líquidos, infusiones, etc.).
- Posición en decúbito lateral (Para prevenir bronco aspiración).
- Vigilar contenido del vómito ("paso de café", "bilioso", alimenticio), para posterior abordaje terapéutico.

En algún paciente, será necesario administrar combinaciones si coexisten varias causas de vómito ej. (Metoclopramida+ Haloperidol).

Las indicaciones de S.N.G. por vomito son muy escasas y se reducen a los casos de obstrucción gástrica total y en casos de atonía gástrica muy severa que no responden a otras medidas.

ESTREÑIMIENTO:

- Es un síntoma frecuente y molesto, se caracteriza por dificultad y dolor durante la defecación. Se asocia con deposiciones infrecuentes y heces duras de escasa cantidad. Puede acompañarse de náuseas, flatulencias, cefalea, halitosis, dolor abdominal, incontinencia urinaria (debida al fecaloma). Su prevalencia varía según el uso de opiáceos (87%) ó ausencia de estos (63%)

CAUSAS**1. Directamente:**

1. Obstrucción.
2. Lesión neurológica.
3. Hipercalcemia.
4. Secundarias.
5. Dieta baja en fibra.
6. Deshidratación.
7. Astenia.
8. Ingesta inadecuada.
9. Confusión.
10. Inactividad/encamamiento.

2. Fármacos:

1. Opiáceos (morfina).
2. Anticolinérgicos.
 - a. Hioscina.
 - b. Fenotiacinas.
 - c. Antidepresivos tricíclicos.
 - d. Antiparkinsonianos.

3. Antiácidos

Los opiáceos producen más estreñimiento por vía oral, que por vía subcutánea.

TRATAMIENTO**Profilaxis**

- Aumentar la actividad física si mantiene un buen IK (Índice de Karnofski).
- Ingesta hídrica adecuada.
- Dieta rica en fibra si el paciente aún deambula.
- Prevenir el efecto astringente de los fármacos.

Laxantes.

Los requieren un 80% de los pacientes ingresados

Se considera que el empleo de laxantes por vía rectal, significa un fracaso de la vía oral. Estos varían de acuerdo a la administración:

Vía oral:

- Emolientes
 - Aceite de oliva.
 - Salvado.
 - Lactulosa. Produce flatulencia.
- Estímulo del peristaltismo.
 - Senósido: Inducen dolores cólicos (se evitan si se reduce la dosis y se añade un laxante emoliente). Su empleo crónico daña el Plexo Mesentérico.
 - Bisacodilo 10- 20mg /día
- Salinos: Sales de magnesio dosis 1-3g /día tiene efecto osmótico y estimulante del peristaltismo. A dosis bajas son bien tolerados a dosis altas pueden producir diarreas.

Vía Rectal

- Lubricantes: Enema de aceite de oliva. Se debe poner por la noche.
- Osmóticos: Supositorios de glicerina o enema de lactulosa.
- Salinos: Enema de Fosfato sódico, puede producir hipocalcemia e hiperfosfatemia.

TRATAMIENTO FECALOMA: En caso de impactación fecal, debemos valorar el estado de la ampolla rectal:

- Llena de heces blandas: Usar fármacos estimulantes por vía oral y/o rectal
- Llena de heces duras: Administrar durante dos días por vía rectal 100 cc de aceite y posteriormente un enema fosfatado, de no conseguir evacuación es necesario realizar una desimpactación manual.
- Ampolla rectal vacía: Usar fármacos estimulantes por vía oral y dosis altas de laxantes osmóticos

DISFAGIA: Es un síntoma molesto que complica otros tratamientos.

DIVERSAS CAUSAS

- Cáncer de Cuello.
- Cáncer de Esófago y de Mediastino.
- Secundaria a tratamiento Radioterapia.
- Candidiasis (micosis orofaringe).

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Hay que procurar que el paciente esté algo incorporado, para evitar una broncoaspiración.
- Son muy molestos los alimentos sólidos y la toma de sustancias ácidas.
- Espaciar el horario de comidas (mejor fraccionadas y en pequeñas cantidades).

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

- Dexametasona (12-16 mg/día), cuando la causa sea una masa peritumoral.
- Radioterapia paliativa: Si la causa es por compresión tumoral.
- Candidiasis: Se emplean gargarismos con nistatina cada 4 horas también se puede tratar con Ketoconazol 200mg cada 12 horas, por vía oral o Fluconazol a dosis de 50-100 mg al día por vía oral.

HIPO: Síntoma que a veces puede ser insufrible y difícil de tratar, Puede deberse a: distensión gástrica, irritación frénica, lesión cerebral, uremia o elevación del diafragma, (hepatomegalia, ascitis, masas subfrénicas).

Tratamiento No farmacológico

1. Se puede abordar por medio de la estimulación faríngea.
2. Ingerir dos cucharadas de azúcar granulado.
3. Mordisquear un limón.
4. Hiperventilar.
5. Aguantar la respiración.
6. Oler amoníaco.

Tratamiento Farmacológico

- Tratando las causas reversibles:
 - Distensión gástrica : Metoclopramida 10 mg cada 4-6 horas, vía oral o subcutánea.
 - Tumor cerebral: Dexametazona 8 mg cada 12 horas por vía oral.
- La supresión central del reflejo del hipo se realiza con:
 1. Clorpromacina 10-25 mg cada 6-8 horas, vía oral, empezar con cara a la noche por el efecto sedativo
 2. Valproato Sódico 500 mg cada 12 horas, vía oral (Útil en caso de Tumor Cerebral, sobre todo si se asocia a crisis convulsivas)

Se puede usar además, Baclofen 5-10 mg/ 8h, Nifedipino 10-20 mg/ 8h.

Si fracasa lo expuesto y el hipo es muy molesto, se realizará bloqueo del nervio frénico frecuentemente₅

TOS: Es un síntoma que, aparece en un 50% de todos los pacientes con cáncer avanzado, porcentaje que alcanza el 80% en las neoplasias broncopulmonares. La tos persistente puede producir: Anorexia, náuseas y vómitos, insomnio, dolor músculo esquelético, cansancio, hernias, etc.

CAUSAS

- Debidos al cáncer: Por un proceso de irritación traqueal, bronquial, pleural pericárdico y diafragma.
- Debidos al tratamiento: Fibrosis Post-Radioterapia.
- Debilidad: Infecciones.
- Concurrentes: Asma, E.P.O.C. Cigarrillos.

TIPO DE TOS

1. Húmeda y Productiva (tos efectiva).
2. Húmeda y no productiva (incapacidad para toser efectivamente).
3. Seca.

TRATAMIENTO: En la Fig. 1 se muestra el esquema para el manejo del paciente oncológico con tos.

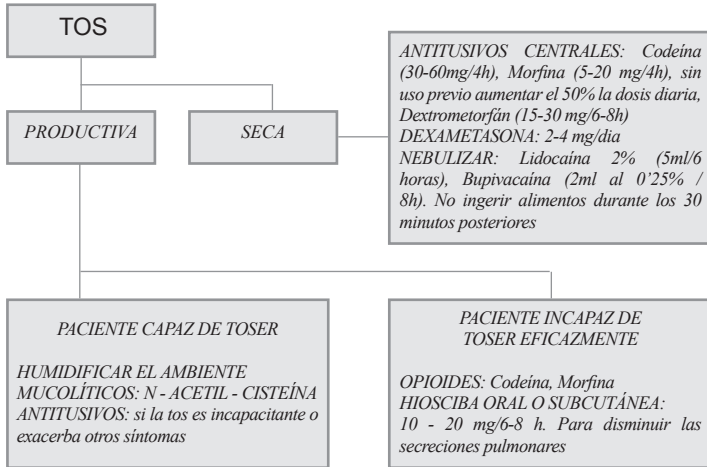


Fig. 1: Protocolo para tratamiento de la Tos.

DISNEA: Dificultad para respirar o sensación de falta de aire prevalencia 52-55% es un síntoma cuya prevalencia aumenta a medida que avanza la enfermedad. También depende de la localización del tumor. La Disnea en el paciente terminal es generalmente multifactorial.

CAUSAS:

- El propio cáncer: Derrames pleurales, pericárdicos o ascitis, destrucción del parénquima pulmonar por el tumor, Linfangitis carcinomatosa, obstrucción bronquial, etc.
- Debido al tratamiento: Neumectomías, etc.
- Debilidad: Anemia, infecciones pulmonares, etc.
- Causas Concurrentes: E.P.O.C., Asma, insuficiencia Cardíaca, etc.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Oxígeno con gafas nasales o mascarilla. (Cuando el paciente lo reclame o cuando clínicamente se detecten signos de Hipoxia)
- Compañía tranquilizadora.
- Aire fresco sobre la cara.
- Técnicas de relajación.

- Posición confortable, elevar la cabecera de la cama.
- Ejercicios Respiratorios. (Respiración diafragmática y aspiración con labios semiocultos)

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

- El fármaco de elección será la morfina por vía oral retardada 30mg cada 12 horas, o 5mg cada 4-6 horas por vía subcutánea.
- Si el paciente ya estaba tomando morfina, habrá que aumentar la dosis de un 30 a un 50%.
- Si la disnea se asocia a ansiedad, habrá que añadir benzodiazepinas al tratamiento. (Diazepam 5 - 10 mg inmediatamente y 5-20 mg por la noche.) Algún paciente necesita pauta fijada para 6 u 8 horas.
- Corticoides: Dexametasona a dosis de 16-40 mg de choque (vía oral o subcutánea), y 2-8 mg al día de mantenimiento.
- Mejoran la sensación de Disnea que se asocia a la obstrucción de la vía aérea, Linfangitis carcinomatosa, Bronquitis crónica, etc.
- Oxígeno: su uso está discutido. Deben tenerse en cuenta los deseos del paciente; pues en ocasiones tiene beneficios psicológicos o puede utilizarse como placebo.
- Está indicado en los casos de Disnea Aguda, especialmente si ésta es tratable y, por tanto, reversible.
- En asfixia Preagónica: Midazolam 2-5 mg por vía subcutánea., Intramuscular, o Intravenosa, o bien en perfusión continua o bien pautada cada 4 horas.

La sedación del paciente con Morfina, Hioscina y Midazolam (subcutánea) puede permitir al paciente morir pacíficamente.

ESTERTORES: Es una situación que se da con mucha frecuencia en las últimas horas o días de vida.

Es un ruido percibido con los movimientos respiratorios del paciente, provocados por la acumulación y vibración de secreciones en el árbol bronquial.

Provoca más angustia a la familia que al paciente

Se presenta en un 70% de los enfermos agónicos con enfermedad pulmonar previa

Es importante instaurar tratamiento farmacológico lo más precozmente posible.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Colocar al paciente en decúbito lateral
- Disminuir el aporte de líquidos
- Explicar a la familia, la causa de esos ruidos, y que el paciente probablemente no es consciente de ellos
- No es recomendable la aspiración continua. (Maniobra que debe restringirse al máximo, porque resulta muy traumática).

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

- Buscapina (Metilbromuro de Hioscina): Está comercializada en ampollas de 20 mg. La dosis inicial será de 10-20 mg cada 6 horas, y se ira aumentando progresivamente si es necesario.
- Escopolamina (L-Hioscina): Es un fármaco de uso hospitalario. Se presenta en ampollas de 0,5 mg. La dosis es de 0,5-1 mg cada 6-8 horas, vía subcutánea. En ocasiones se requiere 1 mg cada 4 horas. Este fármaco se puede mezclar con Cloruro Mórfico y el resto de los medicamentos habitualmente usados por vía subcutánea, con la cual, se puede administrar una perfusión continua.

Es un fármaco con propiedades antisecretoras (similar a la atropina) y con efecto sedante sobre el S.N.C.

BIBLIOGRAFÍA

1. Astudillo W, Mendiñeta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 3ª ed. Pamplona: Eunsa; 1997
2. Bruera E. ABC of Palliative Care: Anorexia, cachexia, and nutrition. *BMJ* 1997;315:1219-1222.
3. Gómez Sancho, M. Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer terminal Madrid: Asta Médica, 1992.
4. Gómez Batiste, X., Cuidados Paliativos en Oncología. Barcelona: Editorial Jins; 1996.
5. Verger E. Cuidados paliativos en pacientes oncológicos. Frecuencia y prioridad de síntomas. *Med Clin (Barcelona)* 1992; 99:565-567

TROMBOSIS VENOSA Y LINFEDEMA EN PACIENTES CON CÁNCER

Capítulo 9

Esther Mena F.

*Flebololinfóloga del Servicio de
Dolor y Cuidados Paliativos
Instituto Oncológico Nacional “Dr.
Juan Tanca Marengo” SOLCA*

Enriqueta Mena F.

Kinesióloga

Alfredo Mena F.

Teg. Fisiatra

Se conoce como Síndrome de Trousseau, a la asociación trombosis – cáncer. La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) representa un 20% de las complicaciones. El 14% de los pacientes neoplásicos versus 8% de no neoplásicos mueren por embolismo pulmonar, durante el ingreso, demostrado por necropsia¹. Algunos lo consideran como un síndrome paraneoplásico. Los tumores pueden producir sustancias procoagulantes que activan la coagulación directamente o a través del inicio de una respuesta inflamatoria que desencadene la Triada de Virchow, la cual consiste en estasis sanguíneo, lesiones del endotelio vascular e hipercoagulabilidad. Además, los factores extrínsecos como la cirugía, la quimioterapia y la colocación de catéteres venosos centrales también influyen en esta entidad.

FISIOPATOGENIA.

En el paciente con cáncer, se produce una disfunción endotelial por la agresión incrementada de los leucocitos y macrófagos promovidos por las citoquinas inflamatorias que activan a la fibrina. Esto incrementa la permeabilidad del factor tisular (FT) y el factor activador de plaquetas (FAP) que llevan a la disminución de la tromboresistencia. La hipoxia y otros factores extrínsecos como la compresión del tumor, provocan mecanismos inflamatorios que sobreexpresan el FT y el FAP promoviendo un estado de hipercoagulabilidad².

Los depósitos de fibrina alrededor de las células tumorales les permiten que éstas puedan agregarse al endotelio vascular, a su vez las protege de ser fagocitadas, favoreciendo su extravasación y la invasión de los tejidos a distancia.

El sitio más frecuente de la trombosis es en miembros inferiores. Se caracteriza por dolor a la palpación y a la marcha, edema, eritema y leve temperatura. Debe ser tratado rápidamente o podrá evolucionar en un TEP la cuál se manifiesta principalmente por disnea, tos, taquicardia y alcalosis respiratoria, y si la presentación es masiva, puede ocasionar la muerte.

Los factores de riesgo de ETV sobreañadidos a un paciente con cáncer son la edad, la inmovilización prolongada, parálisis, cirugía, traumatismo (fractura de pelvis, cadera, extremidades inferiores), obesidad, ser portador de un catéter venoso central, entre otros.

PREVENCIÓN.

- Caminar para activar la bomba muscular, y favorecer el flujo venoso.
- Deambulación temprana posterior a la cirugía.
- Medias antiembólicas.
- Elevar miembros inferiores.
- En pacientes inmovilizados podemos utilizar la bomba de compresión neumática intermitente.

DIAGNÓSTICO.- Ante la sospecha de un ETV se realizará un Eco Doppler Color que es un método incruento de elección. Este presenta una sensibilidad entre el 89 - 96% y una especificidad entre 94 y 99% en el diagnóstico de TVP.

TRATAMIENTO.- El paciente con cáncer tiene una alta predisposición al sangrado. En la ETV la primera elección son las Heparinas de Bajo Peso Molecular (HBPM), éstas poseen poca acción inhibidora de la trombina y en cambio actúan sobre el Factor X a, se ha demostrado que tiene una vida media más larga, una biodisponibilidad del 90%, no se une a las proteínas plasmáticas. Por todo ello su efecto es predecible a dosis fija (Ver Cuadro 1). Se administra por vía subcutánea y en algunos ensayos clínicos randomizados se ha hecho evidente que la HBPM es más segura y efectiva que la heparina estándar para el tratamiento de la TVP.₃ Conjuntamente se deberá administrar anticoagulantes orales, warfarina 5mg.

Se realizarán controles de TP y TPT, estos parámetros nos permiten obtener el INR (Razón Normalizada Internacional), que es la forma correcta de expresar los resultados. Éste debe ser llevado a 2.5. Se continuará con los anticoagulantes orales por 6 meses a 1 año.

CUADRO 1: DOSIS DE LAS PRINCIPALES HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR

Fármaco.	Dosis profiláctica.	Dosis terapéutica.
Dalteparina	2500-5000 UI/24 horas	200 UI/kg/24 horas ó 100 UI/kg/12 horas
Enoxaparina	1mg-1.5mg UI/24 horas	1mg /kg/12 horas
Nadroparina	60 UI/ kg 24 horas	171 UI/kg/24 horas
Fondaparinux	2.5mg UI/24 horas	7.5 mg/kg/24 horas

LINFEDEMA EN PACIENTES CON CÁNCER.- Linfedema es el acúmulo de proteínas de alto peso molecular y líquido en el espacio intersticial, llevando a un aumento del volumen de la extremidad o región corporal. Lo que conlleva a la disminución de su función, aumento del peso, modificaciones estéticas y alteración de la circulación linfática, sea mecánica o dinámica.¹

El linfedema secundario que se presenta en los pacientes con cáncer, se produce por el vaciamiento ganglionar y por la radioterapia. Esto origina una linfangiopatía que lleva al estancamiento proteico, lo que favorecerá las infecciones a repetición. De esta forma desencadenará en la elefantiasis. (Fig. 1) Se considera que a mayor cantidad de ganglios extraídos, mayor riesgo de presentación de la patología.

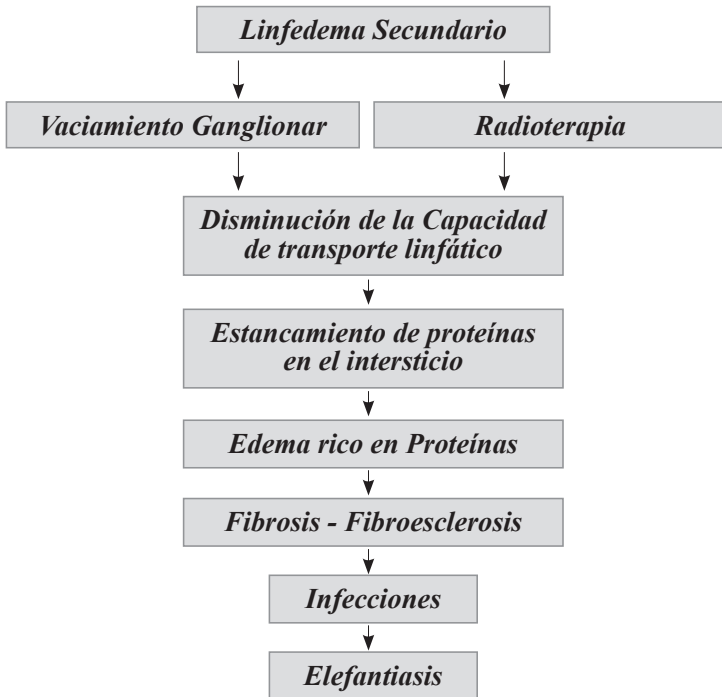


Fig. 1.- Fisiopatogenia del linfedema.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Esta patología se caracteriza por una serie de manifestaciones clínicas, las mismas que se encuentran en la tabla 1.

TABLA 1: SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL LINFEDEMA.

• Edema que cede al inicio con el reposo y posteriormente no.
• Edema con fovea solo al inicio.
• Limitación funcional, en grados avanzados.
• Sensación de pesadez o tirantez de la piel.
• Piel en forma de panal de abeja.
• Piel seca.
• Fibrosis.
• Verrugas y vesículas linfáticas.
• Puede o no tener dolor.
• Rubor y Prurito.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN.- La importancia de la prevención radica en evitar que se presente el linfedema. Inmediatamente posterior a la cirugía se debe indicar ejercicios pasivos y luego activos de forma suave y repetitiva; además de las recomendaciones y cuidados que se describen en la Tabla 2.

TABLA 2: MEDIDAS DE PREVENCIÓN

• La piel debe mantenerse limpia, seca, sana y humectada ⁴ . Haciendo hincapié en los pliegues y en los espacios interdigitales.
• No se deben cargar carteras, bolsos o realizar grandes esfuerzos con el brazo afectado. Tampoco debe exponerlo a golpes, quemaduras, rasguños, picaduras o lesiones deportivas. Conviene emplear guantes para realizar las tareas del hogar.
• No es aconsejable el uso de objetos metálicos tales como relojes, anillos ni pulseras. Además, se evitarán emplear sustancias irritantes, lociones o cremas abrasivas.

No deben esculpir las uñas ni cortar las cutículas de las mismas. Además debe de prestarse especial cuidado durante eventuales prácticas de manicure y pedicura las cuales deben ser efectuadas por un profesional podólogo.
Evitar el calor excesivo sobre el miembro afecto, y quemaduras directas de estufas, hornos, saunas, baños de vapor y ceras de depilación caliente.
Se deben colocar compresas sobre el miembro afecto si observamos que existe excesivo exudado de linfa, cambiándolas siempre que estén mojadas.
Se debe evitar llevar ropas excesivamente ajustadas en el caso de las pacientes mastectomizadas las cintas o breteles (tirante) en el hombro, o prendas con elásticos.
No se deben tomar la presión ni sacar pruebas de sangre, ni administrar fármacos o vacunas por vía intradérmica, subcutánea o intramuscular o realizar tratamientos de acupunturas en el miembro afecto. También se evitará la compresión y dormir sobre el mismo.
Ante cualquier cambio observado, ya sea inflamación, eritema, erupción, micosis, eczemas, ampollas, rash, enrojecimiento, aumento de temperatura, etc. deberá ser tratado inmediatamente.

TRATAMIENTO.- El linfedema es una patología crónica e invalidante, el tratamiento se basa en un programa multidisciplinario de intervención descongestiva y farmacológica, que se encuentra descrito en la tabla 3.

La primera parte de este tratamiento está dirigida a la reducción del edema y la segunda a la estabilización del miembro.

TABLA 3: TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO
Farmacológico.
Crioterapia.
Drenaje linfático manual.
Presoterapia secuencial.

Ejercicios miolinfoquinéticos
Contensión.
Ayuda psicológica y de otras especialidades como oncología, etc.

LAS BENZOPIRONAS.

Se utilizan los derivados de las 5-6 Gamma benzopironas o Flavonoides de los que se obtiene la Rutina y la Diosmina.

Derivados de la Rutina: O – hidroxietil rutósidos u oxerrutina trihidroxietil rutósidos o troxerutina: Hasta 3 g/día

Diosmina: Hasta 2g/día.⁴

La dosis de inicio varía de acuerdo al grado de la patología pero debemos iniciar con 500mg. cada 8 horas hasta una dosis de 1g. cada 12 horas.

LAS BENZOPIRONAS SE INDICAN EN:

- En la insuficiencia venosa crónica reduce el edema, mejora el retorno venoso, y los niveles de oxígeno tisular.
- Edema de alto contenido proteico.
- Edema post traumático.
- Flebolinfedemas.

MECANISMO DE ACCIÓN DE LAS BENZOPIRONAS.

- Incrementa la remoción proteica por el linfático.
- Reduce la salida de proteínas desde los vasos sanguíneos.
- Efecto linfoquinético.
- Incrementa el transporte de proteínas por el linfático.
- Incrementa la proteólisis macrofágica disminuyendo la presión oncótica intersticial.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Silverstein M, Heit J , Mohr D, Petterson T, O'Fallon W, Melton L. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year population-based study. Arch Int Med. 2008; 158: 585-593

2. Rickels F. Homeostatic alterations in cancer patients. *Cancer Mets Rev.* 2007; 11: 239
3. Ciucci J. Linfología - 1º Consenso Latino Americano para el tratamiento del Linfedema. Buenos Aires: Servier; 2003; p. 21.
4. Voguelfand D. Tratamiento Conservador del linfedema. *Rev Linfolog.* 2005;(2):29
5. Marcovecchio L. Normas de prevención para pacientes con alteraciones de su sistema Linfático. *Rev Linfolog.* 2009; (43): 31.

COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS EN DOLOR

Capítulo 10

Jorge Gencón

Médico Psiquiatra, Universidad

Maimónides, Buenos Aires

Magister en Neurociencia y Salud Mental

Diplomado en Geriatria y Gerontología

Psiquiatra, Instituto Oncológico Nacional

"Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA

ANSIEDAD.

Es una reacción habitual en el paciente con cáncer. Más frecuente en los momentos de cambio en el curso de la enfermedad. Se relaciona con el miedo a la muerte o su proceso, al dolor, al abandono o la dependencia, la pérdida de intimidad o de control, al tratamiento, la recidiva y la pérdida de la imagen corporal.

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos:

-Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, disnea, temblores, sudoración, dispepsias, náuseas, vómitos, pirosis, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, parestesias, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

-Psiquiátricos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, paranoias, suspicacia, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte o el suicidio.

-De conducta: Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: Posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda.

-Intelectuales o cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e inoportunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.

-Sociales: Irritabilidad, aislamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, difi-

cultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos. No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas.

ALGORITMO DEL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD.

1.- INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS BREVES.- Realizados por profesionales formados:

- Relajación y respiración.
- Autocontrol.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en manejo de la ansiedad.

2.- CRITERIOS DE DERIVACIÓN. (Ver fig. 1)

- Dificultad o duda diagnóstica (síntomas físicos inespecíficos, somatizaciones, etc.).
- Comorbilidad psiquiátrica u orgánica (depresión mayor, dependencia a alcohol, abuso de sustancias).
- Ideación suicida (derivación urgente).
- En caso de persistencia de ansiedad durante más de 12 semanas de tratamiento farmacológico y/o psicoterapia de apoyo.
- Síntomas muy incapacitantes (adaptación social y/o laboral).

3.- SELECCIÓN DE TRATAMIENTO.

- Valorar la gravedad del cuadro y criterios de derivación a atención en salud mental.
- Comunicar al paciente las opciones u objetivos terapéuticos en función de los recursos disponibles.
- Valorar preferencias y creencias/expectativas del paciente sobre el tratamiento.

4.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.- Considerar antes de prescribir:

- Edad.
- Tratamiento previo.
- Sobredosis ocasional.
- Tolerancia.
- Posibles interacciones con otros medicamentos.
- Posibilidad de embarazo.
- Preferencia del paciente.

INFORMAR AL PACIENTE SOBRE:

- Posibles efectos secundarios.
- Posibles síntomas de abstinencia por interrupción.
- No inmediatez del efecto.
- Duración.
- Necesidad de cumplimiento.

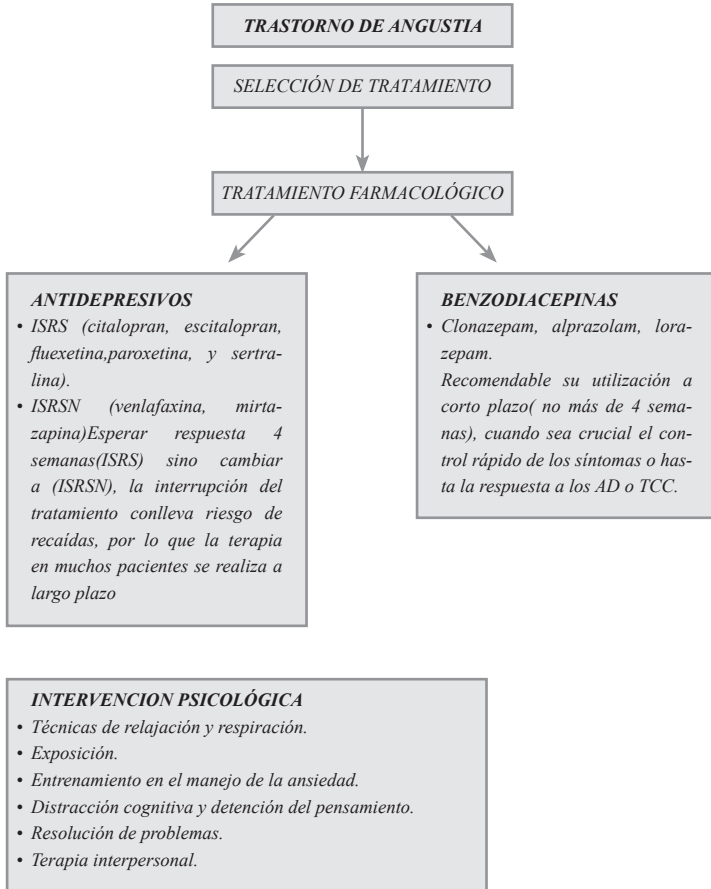


Fig. 1.- Algoritmo sobre el diagnóstico y manejo del Trastorno de Angustia

BZD: Benzodiacepinas, TCC: Tricíclicos, ISRS: Inhibidores selectivos recaptación de serotonina, ISRSN: Inhibidores selectivos recaptación de serotonina y noradrenalina, ADT: Anti depresivos tricíclicos, AD: Anti depresivos.

DEPRESIÓN

Es el trastorno psiquiátrico de mayor prevalencia en el paciente con cáncer. El diagnóstico en la enfermedad avanzada, recae más en los aspectos psicológicos o cognitivos de depresión mayor, que en los síntomas somáticos a menudo presentes por la enfermedad de base.

DIAGNÓSTICO.- Está dado por las siguientes características (Ver Fig. 2):

1. Disforia importante o pérdida de interés por la mayoría de las actividades por un período de al menos dos semanas.

2. Asociado con al menos cuatro de los siguientes síntomas:

- Insomnio o Hipersomnia.
- Cambios significativos en el apetito.
- Astenia o falta de energía.
- Agitación psicomotora o lentitud.
- Sensación de culpa o inutilidad excesiva o inadecuada.
- Pensamientos de autolesión o suicidio, o preocupación por la muerte.
- Dificultades de memoria o concentración.

3. Los síntomas críticos son: Desesperanza, excesiva culpabilidad, inutilidad e ideación suicida.

4. La escala de depresión de Yesavage Hamilton es útil y fiable para la detección de esta entidad.

CAUSAS:

- Estrés del diagnóstico y tratamiento.
- Algunos fármacos.
- Problemas médicos subyacentes: Neurológicos, metabólicos, nutricionales, depresión previa al diagnóstico de cáncer.
- Dolor: Provoca y potencia la depresión, y a la inversa, la depresión intensifica la percepción del dolor.

INSOMNIO

Sensación subjetiva de sueño de escasa calidad, pudiendo referirse a cantidad escasa. Dificultad en la conciliación o el mantenimiento del sueño, sueño “entrecortado” no reparativo, o ritmo alterado en el ciclo día-noche. (Ver Fig. 3)

CAUSAS:

1. Médicas: El dolor es la primera causa de insomnio seguidos del delirium, además de otras patologías neurológicas, como la cefalea, la enfermedad vascular cerebral, las epilepsias, los traumatismos del cráneo, enfermedades degenerativas (Parkinson, demencia de Alzheimer, esclerosis múltiple y lateral amiotrófica, corea de Huntington), encefalopatías tóxicas, infecciones del sistema nervioso. También por trastornos metabólicos: Diabetes, hipertiroidismo, la menopausia, insuficiencia hepática, insuficiencia suprarrenal y renal crónica. Además, puede producirse por enfermedades respiratorias, como asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica, enfisema pulmonar) y la enfermedad pulmonar intersticial. En problemas esqueléticos del tórax que deterioran la ventilación pulmonar, aunque no son propiamente enfermedades respiratorias, la deficiente oxigenación que se acentúa durante el sueño, es causa de insomnio, entre otros. Alteraciones cardíacas como la insuficiencia cardíaca derecha, izquierda y global, hipertensión arterial, angina de pecho, infarto del miocardio y desórdenes valvulares, son otros factores influyentes.
2. Psiquiátricas: Casi todos los procesos psiquiátricos producen insomnio como la depresión, ansiedad, consumo de estimulantes, interacción con uso de sustancias de uso natural, etc.
3. Farmacológicos: Broncodilatadores, corticoides, diuréticos, cafeína, antibióticos, sustitutos tiroideos.
4. Mala higiene del sueño.

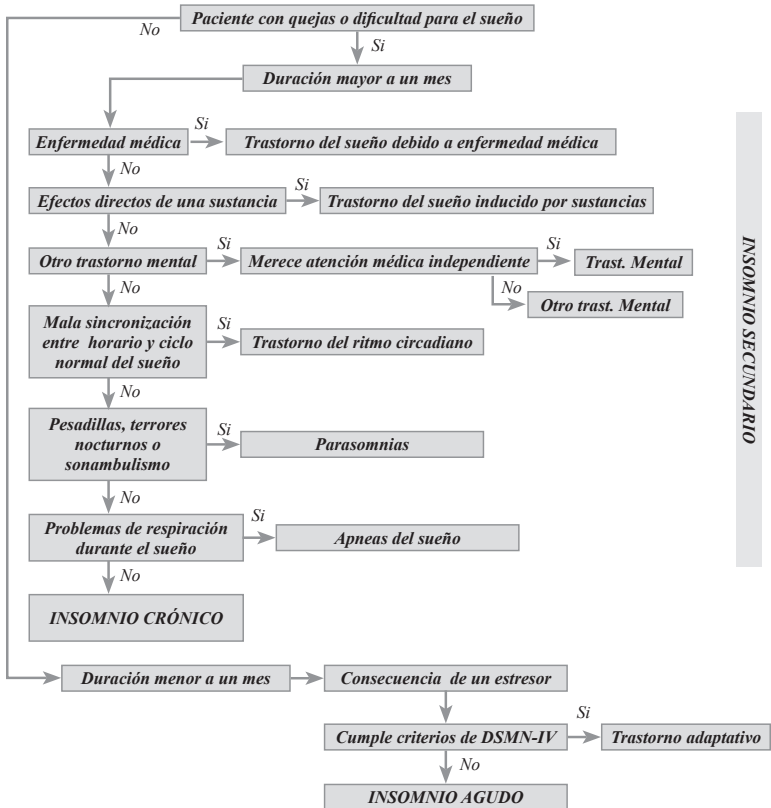


Fig. 3.- Algoritmo sobre el diagnóstico de Insomnio

HIGIENE DEL SUEÑO:

- Mantener un esquema de sueño regular.
- Respetar sobre todo la hora de despertar.
- Evitar en lo posible la cama durante el día, sobre todo por la tarde.
- Mantener actividad diaria programada: Contacto social; ejercicio ligero.

- Minimizar los estímulos nocturnos: Medicación; ruido.
- Evitar quedarse en la cama sin conciliar el sueño durante períodos prolongados, ya que provocan tensión.
- Dedicarse a alguna actividad relajante (lectura) hasta que empiece el sueño o incluso levantarse de la cama.
- Retirar estímulos molestos: Reloj, luces.
- Adecuar la cama.
- Evitar estimulantes en las horas previas a dormir (cafeína, nicotina).
- Identificar los problemas y preocupaciones del día e intentar resolverlos antes de intentar dormir.

DELIRIUM / SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO.

Es una disfunción cerebral global inespecífica. Aparece hasta en el 85% de los pacientes terminales, sobre todo en las últimas semanas. Hasta en un 50% de los casos no se identifica la causa. Se han descrito tres tipos: Hiperactivo, Hipoactivo y Mixto.

CAUSAS: Estas pueden ser:

1. DIRECTAS:

- a. Tumores cerebrales primarios.
- b. Metástasis cerebrales.
- c. Convulsiones.

2. INDIRECTAS:

- a. Alteraciones metabólicas.
- b. Trastornos hidroelectrolíticos.
- c. Insuficiencia hepática o renal.
- d. Hipoxia.
- e. Infecciones.
- f. Déficit vitamínico o nutricional.
- g. Fármacos.
- h. Deprivación alcohólica.

SÍNTOMAS.- Se caracterizan por trastornos del nivel de conciencia, la atención, percepción o memoria. Algunos aspectos importantes son:

- Desorientación.
- Instauración brusca.
- Fluctuación en la intensidad clínica.

- Agresividad: De difícil manejo por lo que interfiere en el control de otros síntomas y en la relación con la familia.

TRATAMIENTO

CONSIDERACIONES GENERALES: A menudo la causa es multifactorial. Los procedimientos terapéuticos atenúan los síntomas pero no impiden que haya recidivas la información a los familiares es fundamental. (Ver Fig. 4).

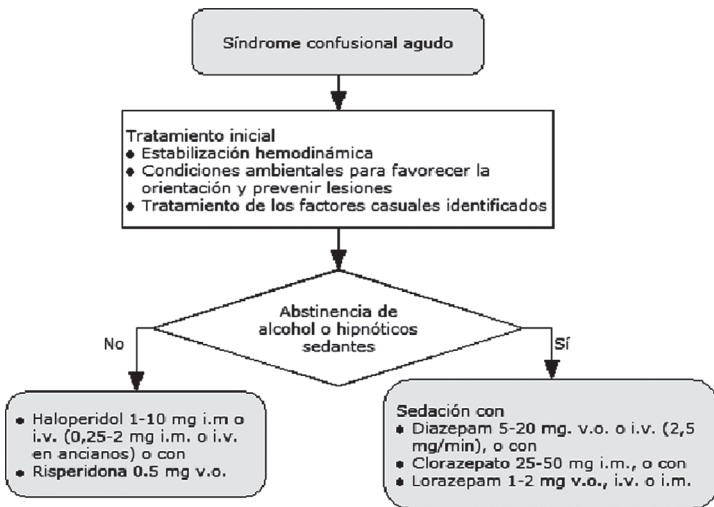


Fig. 4.- Algoritmo para el tratamiento del Síndrome Confusional Agudo / Delirium

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:

1. Proporcionar ambiente adecuado:
 - a. Habitación tranquila y luminosa.
 - b. Personas y objetos conocidos, no cambiar de lugar permanentemente al enfermo.
2. Información de los posibles síntomas al paciente y familia.

TRATAMIENTO MÉDICO:

1. Buscar el agente etiológico: Hipoxia, Hipercalcemia, Hiperamoniemia, Hipoglucemia, Infección.

2. Sintomático:
- a) Neurolépticos.
 - b) Benzodiacepinas.
 - c) Anestésicos.

D. HIPOACTIVO:

- Haloperidol a dosis bajas.
- Ajustar si sedación excesiva.
- Cambiar a Quetiapina o Risperidona si hay Extrapiramidalismo.
- Mantener el tratamiento hasta unos días después de la resolución del cuadro. (Ver tabla 1).

D. HIPERACTIVO:

- Haldol, Levomepromacina o Clorpromacina a dosis altas.
- Añadir Lorazepam si hay agitación excesiva.
- Cambiar a Quetiapina o Risperidona si hay Extrapiramidalismo.
- Considerar antidepresivos con acción sedativa si no hay resolución y los síntomas son inquietantes. (Ver tabla 1).

TABLA 1: FÁRMACOS USADOS EN EL MANEJO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO/DELIRIUM CON SUS EFECTOS RESPECTIVOS.

<i>Fármaco</i>	<i>Anticolinérgico</i>	<i>Sedante</i>	<i>Extrapiramidalismo</i>	<i>Hipotensión</i>
HALOPERIDOL	+	+	++++	-
CLORPROMAZINA	+++	+++	++	+++
LEVOMEPRMACINA	+++	++++	++	+++
OLANZAPINA	++	++	-	-
RISPERIDONA	+	++	+	++

+ = leve, ++ = moderado, +++ = intenso, ++++ = muy intenso

BIBLIOGRAFÍA:

1. APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. American Psychiatric Association. Arlington 2009.
2. Nierenberg AA, Dougherty D, Rosenbaum JF. Dopaminergic agents and stimulants as antidepressant augmentation strategies. J Clin Psychiatry 2006; 59 (Suppl. 5): 60-3.
3. Benazzi F. Pemoline augmentation for resistant depression. J Psychiatry Neurosci 2005; 22: 71.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DOLOR

Capítulo 11

Jéssica Barba

*Psicóloga del Servicio de Dolor y
Cuidados Paliativos. SOLCA*

ANTECEDENTES:

La medicina, hoy en día, se haya inmersa en el modelo que llamamos “tecnológico”. Opera como un saber fundado en la ciencia y sigue los procedimientos formativos de la Universidad. La autoridad médica, cada vez más fuerte en los modos de vida social, se presenta como una figura experta, ecuánime, eficiente y práctica. El enfermo, por su parte, es un elemento pasivo. El conocimiento del médico se aproxima a una condición del cuerpo: La parte enferma, la dolencia particular.

El malestar, la queja, el sufrimiento, son tomados por el especialista como un dato de confiabilidad mínima, en comparación con las evidencias de las pruebas y exámenes de laboratorio. La palabra del enfermo tiene un espacio limitado en el dispositivo médico de nuestro tiempo.

OBJETIVO GENERAL:

El propósito general del trabajo en este espacio es que el paciente pueda discernir el modo de articulación de las distintas problemáticas en el cuadro de sus síntomas y angustias. Así podrá abordar cada una en su contexto propio, asumiendo decisiones y descartando al cuadro sintomático como medio expresivo.

La primera tarea que realiza el psicólogo clínico consiste en crear un lugar y un momento donde, tanto el paciente como el familiar acompañante, puedan verbalizar con entera libertad y confidencialidad. Generalmente la palabra gira en torno a lo inmediato: La enfermedad y su tratamiento.

Se habla de los diferentes padecimientos: El malestar relacionado con la hospitalización, el régimen de vida, los síntomas de la enfermedad, la medicación, etc. Pero aparecen igualmente, los asuntos propios de la historia personal, los conflictos más esenciales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: TRATAMIENTO DEL DOLOR.

En este ámbito el psicólogo clínico se plantea tres aportes principales:

1. **Estabilización psíquica:** Se refiere al alivio de los estados de angustia, confusión y miedo. Para ellos es importante la presencia reiterada y periódica del profesional. La actitud mesurada del mismo da una pauta en el registro imaginario, con lo cual el sujeto puede sostener su propia conducta. Este aporte lo comparte con otros integrantes del equipo multidisciplinario.
2. **Elaboración de la experiencia del dolor:** Se busca que el paciente ponga en palabras sus sensaciones corporales. El recurso principal es la entrevista, en la cual se despliegan metáforas y asociaciones temáticas respecto al dolor.
3. **La interpretación de elementos condensados en el síntoma dolor:** La escucha atenta del relato del paciente permite aislar frases, palabras u otros es decir, elementos del lenguaje que se repitan o se expresen de modo particular. Esto permite relacionar deseos y fantasías inconscientes con la problemática actual de la enfermedad y del dolor. La actualización verbalizada en la interpretación da una salida diferente. Se abre entonces la posibilidad de poder separar el material inconsciente que había encontrado expresión en el dolor orgánico₂.

Condiciones y límites.- Para la mejor marcha del trabajo es imprescindible la disposición favorable del paciente. Es necesario que exista el deseo y voluntad por parte del enfermo para que sea posible elaborar una estrategia en torno a la situación de la enfermedad y el dolor. Así mismo, se requiere que el paciente tenga las condiciones para poder hablar amplia y libremente, o que no esté afectado por malestares físicos intensos que le impidan sentirse cómodo.

El trabajo del psicólogo clínico no se impone; es una elección, una oportunidad para pacientes, familiares o acompañantes, de hacer menos doloroso el proceso en que se encuentran. De esta misma manera es fundamental que el propio paciente llegue a asumir una responsabilidad en el destino que afronta. Por otra parte, el trabajo del psicólogo clínico necesita cierto tiempo, porque más allá del alivio rápido se persiguen resultados sostenidos y efectivos₃.

1.) Etapa Síntoma Actual.



2.) Proceso.

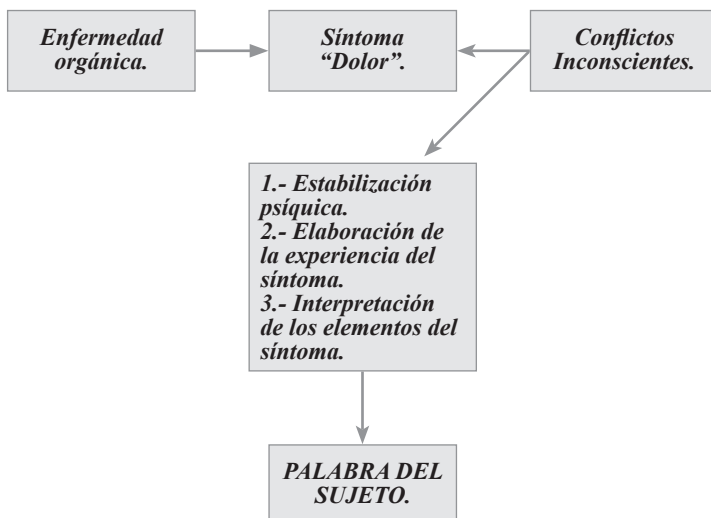


Fig. 1 Proceso de la entrevista

BIBLIOGRAFÍA :

1. Freud S. Tomo II Estudios sobre la histeria. En: Breuer y Freud, editores. Obras completas de Sigmund Freud. 2da ed. Buenos Aires: Amorrourto Editores S.A; 2008.
2. Freud S. Tomo XVIII Más allá del principio del placer, psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras. En: Breuer y Freud, editores. Obras completas de Sigmund Freud. 2da ed. Buenos Aires: Amorrourto Editores S.A; 2008.
3. FREUD S. Introducción al Psicoanálisis. Madrid: Editorial Alianza; 2002.

NUTRICIÓN EN CÁNCER

Capítulo 12

Dolores Rodríguez Veintimilla

*Médica- Cirujana - Universidad Católica
de Santiago de Guayaquil*

*Magíster en Nutrición Clínica y Dietética:
Universidad Estatal y de la Habana*

*Jefe del Servicio de Nutrición Clínica y
Dietética del Instituto Oncológico Nacional
"Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA*

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células, que puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. En la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la segunda causa principal de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares. Se estima que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre los años 2007 y 2030 (Pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones).₁

La aparición de cáncer se ha asociado a varios factores de riesgo comunes, a saber: Un modo de vida poco sano (consumo de tabaco y alcohol, dieta inadecuada, falta de actividad física) y exposición a carcinógenos.₁

En 1.981, Doll y Peto sugerían que el 35% de los cánceres ocurridos en EE.UU. podrían ser debidos a factores dietéticos. Pero debido a que el intervalo de confianza de este porcentaje era tan amplio quedaba mucho por estudiar e investigar para hacer una afirmación tan sólida sobre esta relación. Ya en la actualidad se conoce que una dieta cargada de grasas saturadas y carentes de frutas y verduras podría influir hasta en un 32% en la aparición de esta dolencia.₂

En la actualidad se da gran importancia a la valoración del estado nutricional de los pacientes con cáncer, pues la denominada Terapia de Soporte engloba a todas aquellas medidas dirigidas a la prevención y tratamiento de las complicaciones derivadas de la propia enfermedad o de la terapéutica. Debido a ello, la Nutrición tiene una especial relevancia. Así en la actualidad cobra gran importancia la modificación cualitativa de los sustratos de soporte nutricional que pueden ofrecer al metabolismo del huésped un mejor soporte y dificultan la progresión de la célula neoplásica. Este tema se encuadra fundamentalmente en el marco de la interacción nutrición-inmunidad.₃

La identificación del estado nutricional basal de un paciente con cáncer puede tener un gran impacto en el éxito del tratamiento antineoplásico y en su pronóstico general.₃ El soporte nutricional en el paciente con cáncer pretende mejorar el estado nutricional para lograr:

1. Mejor Calidad de Vida.
2. Tolerancia y Eficacia del Tratamiento.
3. Disminuir la morbimortalidad y Estancia Hospitalaria₄.

La mayoría de los pacientes con cáncer tienen signos evidentes de deterioro en su estado nutricional. Lo cual se manifiesta mediante alteraciones de sus componentes proteínicos, viscerales y somáticos, así como a través de alteraciones de sus funciones enzimáticas, estructurales, inmunitarias y mecánicas. Todo esto incrementa el riesgo de mortalidad y representa uno de los principales problemas que todavía no tiene solución en Oncología₄.

La Nutrición juega un papel importante en el enfermo con cáncer, ya que la prevalencia de malnutrición por déficit en estos pacientes es elevada, sobre todo en las fases finales de la enfermedad₅. Se estima en diversos estudios, que el 40-80% tiene algún grado de malnutrición₅. Esto va a suponer un importante aumento de la mortalidad (es un factor de riesgo independiente de la mortalidad), pero también se asocia a un aumento en la morbilidad, se alarga la estancia hospitalaria y por tanto aumenta el gasto sanitario generado_{5,6}.

De manera que la enfermedad y la nutrición están íntimamente relacionadas, así, mientras la enfermedad puede causar desnutrición, la desnutrición puede, a su vez, influir negativamente en la enfermedad₄.

La desnutrición se produce en el paciente con cáncer cuando existe un desequilibrio entre la ingesta y las necesidades de nutrientes y suele ser calórico-proteica. Un aporte suficiente de calorías y proteínas es importante para favorecer la curación, luchar contra las infecciones y mantener una buena actividad vital. La anorexia es un síntoma común y la desnutrición genera diversos problemas que van a influir tanto en la calidad de vida del paciente como en el pronóstico de su enfermedad:

1. La disminución de las proteínas viscerales y somáticas produce disminución de la funcionalidad esquelética.
2. La Inmunosupresión produce un aumento en la incidencia de infecciones.

3. Son más frecuentes los trastornos en la cicatrización de heridas.

La Malnutrición previa al tratamiento va a condicionar en muchas ocasiones la actitud terapéutica, tanto respecto al tipo de tratamiento como a la intensidad del mismo (quimioterapia, radioterapia)⁷.

Ya en algunos trabajos publicados se sugiere que la complementación nutricional mejora la respuesta tumoral a la quimioterapia. Así como también limita la aparición de ciertos signos clínicos de toxicidad tales como pérdida de cabello, letargo, diarrea y leucopenia. Ya que éstos son menos intensos en los pacientes mejor nutridos^{3,4}.

En la práctica clínica, el objetivo fundamental de la valoración nutricional es identificar a pacientes con malnutrición o con riesgo aumentado de complicaciones nutricionales por su propia enfermedad, o los tratamientos aplicados, tales como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia, que se beneficiarían de un adecuado abordaje nutricional.

Por tanto, la valoración nutricional inicial ayuda a determinar qué pacientes requieren actuación nutricional. Además permite una adecuada monitorización del estado nutricional durante el tratamiento e incluso una vez finalizado el mismo, durante el seguimiento evolutivo, si el paciente presenta secuelas relacionadas con la nutrición^{6,8,9}.

De tal manera que a todo paciente que sea diagnosticado de cáncer se recomienda:

1. Realizar un diagnóstico de su estado nutricional antes de iniciar el tratamiento seleccionado sea quimioterapia, radioterapia cirugía o una combinación de ellos.
2. Mediante folletos indicar a los pacientes oncológicos las características de una dieta equilibrada donde el consumo de frutas y verduras alcance en forma compartida un promedio de 5 al día para ofrecer los antioxidantes necesarios que ayudarán al éxito terapéutico.

3. Las Instituciones competentes a través de una campaña educativa deben informar a la comunidad que disminuya el consumo de frituras, embutidos, alimentos salados y ahumados debido a su estrecha relación con ciertos tipos de cáncer. Así como también el evitar hábitos perjudiciales para la salud como tabaquismo y alcoholismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS (2008). ¿Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo? (Citado 2010 Abr 10). Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/15/es/index.html>.
2. Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risk of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst.* 1981 Jun;66 (6):1191-308
3. Ottery FD. Rethinking nutritional support of the cancer patient. The new field of nutritional oncology. *Semin Oncol.* 1994; 21: 770-778
4. Politi P. Soporte Nutricional en Pacientes con Cáncer. (Citado 2008 Abr 1). Disponible en: www.cancerteam.com.ar/polo/149.html.
5. Conde C. Prevalencia de Desnutrición en Pacientes con Neoplasia Digestiva previa. *Nutr Hosp.* 2008; 23(1):46-53.
6. Chen M, Souba W, Copeland E. Nutritional support of the surgical oncology patient. *Hematol Oncol Clin North Am.* 1991; (5): 125-145.
7. Daly JM. Effects of enteral and parenteral Nutrition on Tumor response to chemotherapy in experimental animals. *J Surg Oncol* 1981; 16:79-96.
8. Gómez Candela C. Soporte nutricional en el paciente oncológico. Madrid: Editorial You and Us. S.A; 2002.
9. Mataix Verdú, J. Nutrición y Alimentación Humana. Barcelona: Editorial Océano;2006.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DOLOR

Capítulo 13

Lilia Urrutia

*Jefe Enfermera Oncóloga .Enf Algesiologa del
Servicio de Dolor y Cuidados Paliativos de SOLCA
Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local
Especialista en Gerencia y Planificación*

Estratégica en Salud

Sonia Mora

*Enf. Oncóloga Algesiologa del Servicio
de dolor y cuidados paliativos de SOLCA
Diplomado en Dolor y Cuidados paliativos*

Maria Andrade

*Enf. Oncóloga Algesiologa del Servicio de
dolor y cuidados paliativos de SOLCA
Diplomado en Dolor y Cuidados paliativos*

VÍA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS.

La administración de fármacos por vía subcutánea ya sea a través de un catéter con dispositivo o infusores elastoméricos permiten infusiones continuas para varios días (Fig. 1 y 2). Ésta vía de administración ha permitido un buen control sintomático. Es eficaz en el 80% de los casos, según múltiples estudios realizados¹.



Fig. 1.- Inyección Subcutánea



Fig. 2.- Catéter Subcutáneo

La vía subcutánea para la administración pautada de medicación paliativa constituye en nuestro servicio una alternativa ideal, por todas las ventajas que ofrece y la escasez de efectos secundarios observados. De esta forma se brinda a los pacientes una mejor calidad de vida como se muestra en la Tabla 1.

TABLA 1: VENTAJAS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

- | | |
|----|---|
| 1. | Es una vía segura, sencilla y cómoda para el paciente. |
| 2. | Es poco agresiva, no dolorosa. |
| 3. | De fácil acceso. |
| 4. | Fácil manejo y ejecución por sanitarios, familiares o cuidadores (no precisa personal especializado). |
| 5. | Con pocos efectos secundarios y complicaciones. |
| 6. | Bajo costo y evita ingresos hospitalarios. |
| 7. | Puede dejarse insertada para evitar el dolor de las inyecciones repetidas. |
| 8. | Permite un buen control del dolor y otros síntomas. |
| 9. | Permite la utilización de la mayoría de fármacos necesarios en medicina paliativa |

Además, esta vía facilita la permanencia de los pacientes en su entorno habitual manteniendo su autonomía. Ofrece comodidad y bienestar tanto para el paciente como la familia, consiguiendo así una atención integral en el domicilio.

Las sustancias ideales para la administración por esta vía, son las hidrosolubles, por su bajo potencial irritante y menor riesgo de acumulación. Por el contrario, las sustancias liposolubles no se utilizan, por ser muy irritantes y presentar riesgo de acumulación y precipitación₂. (Tabla 2)

TABLA 2: FÁRMACOS INDICADOS Y CONTRAINDICADOS POR VÍA SUBCUTÁNEA	
FÁRMACOS INDICADOS	FÁRMACOS CONTRAINDICADOS
1. Cloruro mórfico. 2. Tramadol. 3. Haloperidol. 4. Metoclopramida. 5. Ranitidina. 6. Midazolam. 7. Bromuro de butil escopolamina. 8. Dexametazona. 9. Suero fisiológico. 10. Furosemida. 11. Ondasetrón, Granisetrón. 12. Ketorolaco.	1. Clorpromacina. 2. Diazepam. 3. Dextropropoxifeno.

INDICACIONES:

- Compromiso de la vía oral:
 - Disfagia.
 - Disminución del nivel de conciencia.
 - Obstrucción intestinal.
 - Náuseas y vómitos.
- Síntomas que precisan rápido control.
- Pobre colaboración para cumplimiento.
 - Demencia.
 - Delirium hiperactivo.
 - Agonía.
- Fístulas entero-cutáneas.

Tabla 3: CUIDADOS DE LA ENFERMERA EN EL MANEJO DEL CATÉTER SUBCUTÁNEO

AL PACIENTE	AL CUIDADOR PRIMARIO
1.- Tranquilizar al paciente informando sobre las medidas a tomar que aseguren la administración segura de la medicación por vía subcutánea. 2.- Mantener confortable al paciente, ayudándole en la aplicación del medicamento con reloj en mano. 3.- Enseñar la importancia del lavado de manos antes de la desinfección para la colocación del catéter subcutáneo. 4.- Prevención de infección. 5.- Verificar si no hay alergia al catéter de ser así cambiarlo por mariposa.	1.- Enseñar al paciente y familia los beneficios e identificar los objetivos de la colocación del catéter, especialmente en la hora adecuada. 2.- Manifestarle que debe acompañar permanentemente al paciente, para atender a sus necesidades (colocación del catéter). - Indicarle el material necesario. - El lavado de manos antes de ejecutar el procedimiento. -Elegir una zona de la piel lisa y sin vello si lo hubiere se corta y no se rasura para evitar lacerar la piel. -Reforzar la técnica de colocación del catéter. -Realizar todas las medidas de higiene y asepsia en la zona de punción. 3.- Enseñar al paciente y familia zonas recomendadas para la colocación del catéter. 4.- Enseñar al paciente y familia los beneficios de la colocación del catéter. 5.- Solicitar a familiares devolución de los procedimientos ya mencionados e incentivar al paciente a cooperar en su ejecución. 6.- Lo más importante es la Educación al Paciente y Familia sobre el manejo y medicación que se utiliza en vía subcutánea.

TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA. (Fig. 3)

- Material listo y lavado de manos.
- Instruir al paciente acerca del procedimiento.
- Lavar la zona de punción con jabón líquido antiséptico.
- Secar y desinfectar con alcohol.
- Pedir al paciente que se mantenga quieto y se relaje durante el procedimiento.

- Insertar el catéter nº 22.
- Luego insertamos el tapón de cierre, o conector clave, se lo enrosca bien para que no haya salida del medicamento.
- Después fijamos con un apósito transparente estéril.
- Se rotula el catéter.
- Se indica cómo utilizarlo y administrar la medicación.

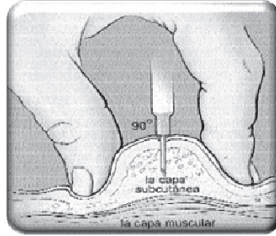


Fig. 3.- Técnica de colocación de catéter subcutáneo

CONTRAINDICACIONES DE UTILIZACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA.

Esta vía está contraindicada siempre y cuando haya la presencia de: Edema generalizado (anasarca), circulación periférica muy disminuida (shock), coagulopatías, infecciones a repetición en el punto de inserción. Aunque estas contraindicaciones deben ser consideradas en la práctica asistencial se presentan raramente. (Fig. 4)



Fig. 4.- Contraindicaciones de la vía subcutánea

LAS COMBINACIONES QUE PUEDEN HACERSE SIN RIESGO DE PRÉCIPITACIONES SON

COMBINACIONES DE DOS FARMACOS

1. Morfina + Metoclopramida.
2. Tramadol + Dexametazona.
3. Hioscina + Midazolam.
4. Metoclopramida + Haloperidol.
5. Hioscina + Haloperidol.
6. Metoclopramida + Hioscina.
7. Tramadol + Metoclopramida.

COMBINACIONES DE TRES FARMACOS:

1. Morfina+ Ketamina+ Dexametazona.
2. Midazolam + Tramadol + Metoclopramida.
3. Midazolam + Morfina + Metoclopramida.
4. Morfina + Metoclopramida + Dexametazona.
5. Midazolam + Tramadol + Hioscina.
6. Fentanilo + Haloperidol + Escopolamina. (No experiencia en el servicio)

SITIOS DE PUNCIÓN.

- Se recomienda la aplicación del catéter subcutáneo con el brazo doblado del paciente, colocamos una mano en el hombro y la otra en el codo, se toma esta referencia en la del lado extremo del brazo. Otra opción es colocarlo en la parte posterior del brazo considerando la misma referencia₃.
- También se puede aplicar en abdomen en última instancia cuando no se puede aplicar en los brazos. (Fig. 5)

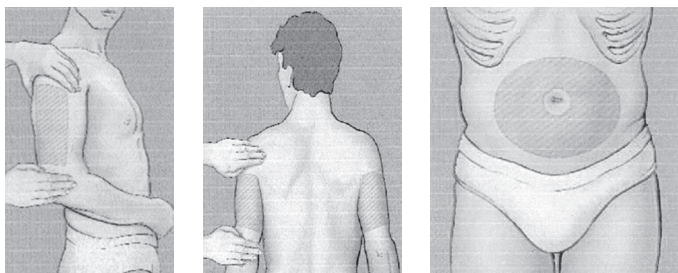


Fig. 5.- Sitios de inserción de catéter subcutáneo

CONCLUSIONES:

- La utilización de la vía subcutánea, por medio de un tapón conector o mediante infusores, está cada vez más extendida en los Servicios de Oncología, Unidades de Cuidados Paliativos, Unidades de Hospitalización Domiciliaria y Atención Primaria.
- En la práctica diaria, nos encontramos con múltiples casos de pacientes en su domicilio, en los que la administración de fármacos por vía enteral no es posible y resultan inadecuadas las otras vías de administración.
- La administración subcutánea continua permite controlar la mayoría de los síntomas, en especial el dolor.
- Mediante la infusión continua se mantienen adecuados niveles plasmáticos de medicación.
- Es un método poco cruento, de fácil ejecución, cómodo para el paciente y de fácil uso para el familiar no tiene mantenimiento, baterías, ni alarmas.
- Esta técnica aumenta la calidad de vida del paciente, ya que se le pueden administrar distintos fármacos, sin tener que abandonar el domicilio. Lo que evita a su vez todos los problemas que se derivan de un ingreso hospitalario, tanto para él como para su familia. Además de la reducción indirecta de gastos derivados de la hospitalización.

MANEJO DE SONDAS Y OSTOMIAS

INTRODUCCIÓN.

Una colostomía es un tratamiento que si bien es cierto es altamente eficaz, comparte una agresión física y psíquica que, al afectar a la integridad corporal, afecta también a la propia imagen, a la capacidad funcional y relacional y a la calidad de vida diaria del paciente.

La adaptación al estoma va a depender de varios factores como son, la enfermedad de base, los tratamientos concomitantes

y el pronóstico, las condiciones de la intervención quirúrgica, las complicaciones funcionales del estoma, secuelas postquirúrgicas, las características del entorno psicosocial y del contexto cultural (creencias y valores).

DEFINICIÓN.- Ostomía es una apertura de una víscera hueca al exterior, creando una comunicación artificial generalmente hacia la pared abdominal con la finalidad de suplir las vías naturales de excreción y eliminación. Según el tiempo de permanencia serán:

TEMPORALES: Si una vez resuelta la causa que las han originado se puede restablecer la función normal del aparato afectado.

DEFINITIVAS: Si no existe solución de continuidad, ya sea por amputación total del órgano afectado o cierre del mismo.

OSTOMÍA DE ELIMINACIÓN: Es una derivación quirúrgica del aparato digestivo o del aparato urinario para eliminar los residuos del organismo.

OSTOMÍAS DIGESTIVAS: Reciben distintos nombres según la porción del intestino abocada.

ILEOSTOMÍA: Es la exteriorización del último tramo del íleo a la piel. El estoma se sitúa en la parte derecha del abdomen. Es de mayor cuidado puesto que el contenido es más líquido y muy rico en proteínas proteolíticas que dañan la piel.

COLOSTOMÍA: Es la exteriorización de un tramo del colon a la piel. Según la porción abocada puede ser: Ascendente, transversa, descendente, sigmoideo.

OSTOMÍAS UROLÓGICAS.

NEFROSTOMÍA: Es la comunicación directa del riñón con la piel.

URETERESTOMÍA: Es la exteriorización de los uréteres a la piel. Puede ser unilateral o bilateral.

OSTOMÍA DE ALIMENTACIÓN: Es una abertura permanente que comunica el estómago con la pared abdominal, en la que se coloca una sonda que permite la alimentación enteral artificial a largo plazo. Entre ellas se encuentran:

GASTROSTOMÍAS: Es la exteriorización del estómago a la piel abdominal.

YEYUNOSTOMÍA: Es la exteriorización a nivel del intestino delgado

MANEJO.

El objetivo al poner una bolsa colectora alrededor del estoma es la recogida eficaz del afluente. Están formados por una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y con una bolsa para recoger los productos de deshecho.

Las bolsas para urostomía llevan una válvula de drenaje que facilita el vaciado y una válvula antirreflujo.

Hay que controlar el color y aspecto del estoma.

OSTOMÍAS DE ALIMENTACIÓN.

GASTROSTOMÍA: Está indicada cuando se prevé una alimentación artificial a largo plazo. Presenta una serie de ventajas en relación a las sondas nasogástricas (SNG); es más cómoda y estética para el paciente.

MANEJO DE LA GASTROSTOMÍA Y SNG.

Realizamos una cura diaria los primeros 15 días, 2 veces por semana. Comprobando diariamente que no haya signos de irritación, inflamación o secreción gástrica alrededor del estoma. Para ello se debe:

- Limpiar la zona de la zona del estoma con una gasa y agua tibia con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Proteger la piel con crema hidratante.
- Limpiar la parte externa de la sonda con agua tibia y jabón suave, aclarar y secar bien para que no queden restos de jabón.

La limpieza interna se realiza después de cada toma de alimento o medicación. Consiste en pasar agua por la sonda, de 10 a 20 ml., según la edad del paciente c/6horas.

En caso de nutrición enteral continua comprobar que la sonda no se ha movido, observando la graduación en cm. de la sonda.

Se debe realizar el giro de la sonda o cambio diario del espadrapo.

Mantener la sonda tapada o cerrada cuando no se la utilice para evitar la salida del contenido gástrico.

Cambiar la sonda c/ 3 - 6 meses o cuando se ha obstruido.

ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS.

La técnica de administración de alimentos por la sonda de gastrostomía es la misma que si utilizamos una sonda nasogástrica. Existen 3 formas de administrar alimentación por sonda: Por gravedad, en bolos con jeringa o en bomba de infusión.

Al administrar la alimentación debemos comprobar si hay o no, residuo gástrico, solo por indicación médica. Si el volumen aspirado es igual o superior al 30% hay que desechar y esperar una hora antes de dar una nueva toma. Además es recomendable, mantener al paciente incorporado 30 – 45 grados durante la administración y una hora después de acabar^{3,4}.

En la administración por gravedad se debe mantener la bolsa colgada a 60 cm. por encima de la cabeza. Al final de la toma, se limpiará la sonda con agua para mantener la permeabilidad. Utilizaremos entre 5 a 20ml. según la edad. Se recomienda cambiar la bolsa y la línea cada 2 a 3 días.

Al administrar medicamentos a través de la sonda hay que respetar 1 aspecto bien importante: No mezclar la alimentación con la medicación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Cuidado de la boca: La higiene bucal debe mantenerse igual que si la alimentación fuera por boca. Aunque no toma nada por boca es necesario la limpieza. Para ello se debe usar cepillo de cerdas suaves. Si los labios se resecan se puede usar vaselina o crema de cacao.

El estoma no duele porque no tiene terminaciones nerviosas. El color rojo se debe a la vascularización de la mucosa por lo que se debe evitar los golpes y los roces.

Es preferible bañarse con la funda o dispositivo y retirarlo cambiarlo después.

Si la sonda está en la nariz, ponga cada día una nueva tirita y cambie el sitio de fijación para evitar irritaciones (nariz-mejillas).

Es importante limpiar los orificios nasales mínimo una vez al día.

SONDA VESICAL.

Es la colocación aséptica de una sonda en la vejiga urinaria a través del meato uretral. Una sonda es un tubo de látex o de silicona.

Las sondas de una vía suelen ser rígidas y se utilizan para sondajes intermitentes. Las sondas de 2 vías se usan para sondajes permanentes y las de 3 vías se utilizan para irrigación de la vejiga.

CUIDADOS.

- Ante el roce de la sonda en cualquier superficie no estéril debemos cambiarla por una sonda nueva.
- Si se introduce erróneamente la sonda en vagina, debe desecharse y usar una nueva.
- Para inflar el balón se lo debe hacer con agua bi destilada ya que el suero fisiológico nos puede provocar la rotura del balón.
- Mantener la funda recolectora por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujo.
- Debe cambiarse la sonda permanente entre 15 - 20 días.
- La higiene de los genitales y sondas debe hacerse 3 veces al día.
- La funda colectora debe vaciarse cada vez que esté llena y cambiarla cada semana.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

INTRODUCCIÓN.

El cuidado de las úlceras por presión ha constituido, y sigue siendo, un reto para todos los profesionales de la salud. Esto se debe a que todavía no podemos considerarlo como un asunto resuelto, a pesar de las investigaciones y de nuevos productos para prevenirlo y tratarlo.

Las medidas preventivas en muchos casos resultan infructuosas y aún más preocupantes, ya que la aparición de una lesión puede agravarse si se le asocia un proceso séptico, pudiendo ser causa de muerte del paciente.

DEFINICIÓN.

Las úlceras por presión se definen como zonas localizadas de necrosis que aparecen en pacientes encamados o con movilidad disminuida en tejidos blandos sometidos a compresión entre las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa.

Las manifestaciones externas de estas alteraciones comienzan con una inflamación del tejido subcutáneo y de la piel, seguida de la aparición de un eritema que no desaparece cuando no existe presión. Si el proceso continúa, se afecta la dermis, apareciendo flictenas o erosiones que rompen la integridad de la piel. Al iniciarse el proceso isquémico, origina la aparición de una necrosis o escara con o sin exudado (Fig. 6).



Fig 6.- Lecho ulceroso en cara lateral externa de pierna izquierda, con tejido fibrinoide de bordes irregulares y zonas de necrosis.

ETIOPATOGENIA.

Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro. Originando una is-

quemia de la membrana vascular, lo que conlleva a vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión disminuye se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración. Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios.

Las fuerzas responsables de su aparición son:

1. **Presión:** Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él. (Sillón, cama, sondas, etc.).
2. **Fricción:** Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
3. **Fuerza Externa de Pinzamiento Vascular:** Combina los efectos de presión y fricción. (Ejemplo: Posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.).

OTROS FACTORES DE RIESGO.

Son factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden reunirse en cinco grandes grupos:

1. **Fisiopatológicos:** Como consecuencia de diferentes problemas de salud. (Lesiones cutáneas, deficiencias nutricionales, trastornos inmunológicos, alteración del estado de conciencia, deficiencias sensoriales, alteración de la eliminación, etc.).
2. **Derivados del Tratamiento:** Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos. (Inmovilidad impuesta, tratamientos o fármacos que tienen acción inmunodepresoras, sondajes con fines diagnósticos o terapéuticos.).
3. **Situacionales:** Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc. (Inmovilidad, arrugas en ropa de cama, roce de objetos, etc.).

4. **Del Desarrollo:** Relacionados con el proceso de maduración. (Rash por pañal en niños lactantes, pérdida de elasticidad de la piel y piel seca en los ancianos así como movilidad restringida).
5. **Del Entorno:** Deterioro de la propia imagen del individuo, falta de educación, mala utilización del material de prevención, desmotivación profesional, sobrecarga de trabajo.

VALORACIÓN DE LA LESIÓN.

A la hora de valorar una lesión, ésta debería poder ser descrita mediante unos parámetros unificados para facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales implicados. Esto a su vez va a permitir verificar adecuadamente su evolución.

Es importante la valoración y el registro de la lesión al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que así lo sugieran.

Esta valoración debiera de incluir al menos, los siguientes parámetros:

- a. Localización de la lesión: Habitualmente en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo. Las áreas de más riesgo serían la región sacra, las caderas, los talones, las tuberosidades isquiáticas. (Fig. 7)

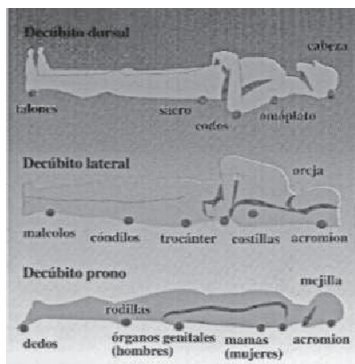


Fig. 7.- Cambios posturales recomendados para evitar escaras

- b. Dimensiones: Longitud-anchura (diámetro mayor y menor), área de superficie (en úlceras elípticas, dada su mayor frecuencia):

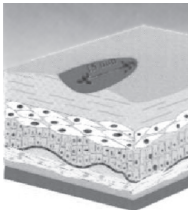
$$\text{Área} = (\text{Diámetro mayor} \times \text{Diámetro menor}) \times \text{Volumen}.$$
- c. Existencia de tunelizaciones, excavaciones, trayectos fistulosos.
- d. Tipos de tejido/s presente/s en el lecho de la lesión: Necrótico, esfacelado, de granulación.
- e. Estado de la piel perilesional: Integra, lacerada, macerada, eczematización, celulitis.
- f. Secreción de la úlcera: Escasa, profusa, purulenta, hemorrágica, serosa
- g. Dolor.
- h. Signos clínicos de infección local.
- i. Antigüedad de la lesión.
- j. Curso y evolución de la lesión.

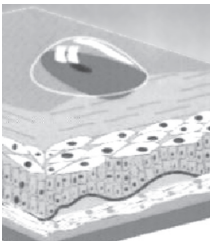
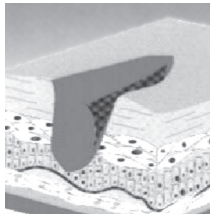
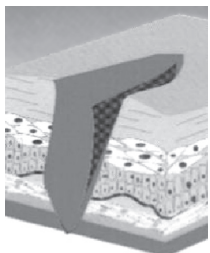
ESTADÍO.

Clasificación-estadiaje: (ver tabla 4)

- Estadio I.
- Estadio II.
- Estadio III.
- Estadio IV.

Tabla 4: Clasificación y estadiaje de escaras

Estadio.	Signos.	Tratamiento.	Observaciones.
	Pre úlcera. Epidermis intacta, adherente y eritema que desaparece al aliviar la presión.	Apósitos transparentes. Apósitos hidrocoloides. Apósitos de poliuretano.	Prevención y protección de la zona enrojecida.
	Epidermis intacta y adherente. Posible existencia de edema y/o eritema que disminuirá si se presiona y que tiene más de 15 mm. de diámetro	Apósitos hidrocoloides. Apósitos hidrogeles. Apósitos de espuma.	Absorben los exudados. Ambiente húmedo.

	Equimosis cardenal en el tejido o en una ampolla o coloración oscura debajo de la piel de más de 5mm de diámetro. También una ampolla clara de más de 15 mm. de diámetro.	Apósitos hidrocoloides. Pasta o gránulos hidrocoloides. Hidrogeles.	Permiten rellenar la cavidad absorbiendo mejor el exudado.
	Úlceras superficiales abiertas, posibles lesiones en la dermis e hipodermis, pero coloraciones oscuras de más de 5 mm de diámetro.	Desbridamiento quirúrgico. Enzimas : Estreptoquinasa y estreptodornasa. Dextranómero. Yodocadexómero. Apósitos hidrocoloides.	Activan la fibrinólisis. Eliminan los exudados y las bacterias por acción capilar.
	Úlcera por presión profunda y con exposición de víscera, hueso o tendón.	Cirugía. Dextranómero. Yodocadexómero.	Curas cada 24 horas.

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Debe fomentarse el uso de tablas o registros de valoración que analizan los factores que contribuyen a su formación y que nos permitan identificar a los pacientes con riesgo y establecer protocolos de prevención. (Tabla 5)

Las debe elegir el equipo asistencial, y éste debe regular su uso, al ingreso o primer contacto con el paciente y después en los plazos que establezca el equipo .

TABLA 5: ÍNDICE DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

<i>ESTADO GENERAL</i>	<i>ESTADO MENTAL.</i>	<i>ACTIVIDAD</i>	<i>MOVILIDAD</i>	<i>INCONTINENCIA.</i>
4.Bueno.	4.Alerta.	4.Caminando	4.Total	4.Ninguna
3.Débil	3.Apático	3 Con ayuda	3.Disminuida.	3.Ocasional
2.Malo.	2.Confuso.	2.Sentado	2.Muy limitada	2.Urinaria.
1.Muy malo	1.Estuporoso	1.En cama	1.Inmóvil	1.Doble incontinencia.

- Índice de 12 o menos: Muy alto riesgo de escaras o úlceras en formación.
- Índice de 14 o menos: Riesgo evidente de úlceras en posible formación.

DIRECTRICES GENERALES SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

VALORACIÓN DEL RIESGO.

1. Considere a todos los pacientes potenciales de riesgo.
2. Elija y utilice un método de valoración de riesgo. (Índice de valoración de Norton).
3. Identifique los factores de riesgo.
4. Registre sus actividades y resultados. Evalúe.

CUIDADOS ESPECÍFICOS.

1.- Piel.

- Examine el estado de la piel a diario.
- Mantenga la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Lave la piel con agua tibia y realice un secado meticuloso sin fricción.
- No utilice sobre la piel ningún tipo de alcoholes.

- Aplique cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Preferentemente se utilizará lencería de tejidos naturales.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores. (Poliuretano, hidrocoloides.).

2.- Incontinencia.

- Tratamiento de la incontinencia.
- Reeducación de esfínteres.
- Cuidados del paciente: Absorbentes, colectores, etc.

3.- Movilización.

- Elabore un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente si es posible.
- Realice cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Mantenga el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Evite el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Evite el arrastre. Realice las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
- Use dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Sólo es un material complementario. No sustituye a la movilización.

CUIDADOS GENERALES.

Prevención de nuevas lesiones por presión se reconoce un mayor riesgo de desarrollar nuevas úlceras por presión en aquellos pacientes que ya presentan o presentaron alguna de estas lesiones. Por todo ello será necesario continuar, aún con mayor énfasis con todo el programa de prevención^{5,6}.

SOPORTE NUTRICIONAL.- La nutrición juega un papel relevante en el abordaje holístico de la cicatrización de las heridas. Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión sino que también puede evitar la aparición de éstas.

Una parte importante de la cicatrización de éstas es local y ocurre incluso con disfunciones nutricionales, aunque la comunidad científica admite que una situación nutricional deficiente, produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones y favorece la aparición de nuevas.

Se diagnostica desnutrición clínicamente severa si la albúmina sérica es menor de 3,5 mg/dl, el conteo linfocitario total es menor de 1800/mm³, o si el peso corporal ha disminuido más de un 15 %.

Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas.

La dieta del paciente con úlceras por presión deberá garantizar el aporte como mínimo de:

- Calorías: 30 - 35 Kcal. x Kg. Peso/día.
- Proteínas: 1,25 - 1,5 gr. /Kg. Peso/día. Pudiendo ser necesario el aumento hasta un máximo de 2gr./Kg. peso/día.
- Minerales: Zinc, Hierro, Cobre.
- Vitaminas: Vit C, Vit A, Complejo B.
- Aporte hídrico: 1 cc. Agua x Kcal. día ó 30 cc Agua/día x Kg. Peso.

En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral oral para evitar situaciones carenciales.

SOPORTE EMOCIONAL.- La presencia de una lesión cutánea puede provocar un cambio importante en las actividades de la vida diaria debido a problemas físicos, emocionales o sociales. Éstos se pueden traducir en un déficit en la demanda de autocuidados y la habilidad de proveerlos.

En el caso de las úlceras por presión, éstas pueden tener unas consecuencias importantes en el individuo y su familia, en variables como la autonomía, autoimagen, autoestima, etc. Por lo que habrá de tenerse presente esta importante dimensión al tiempo de planificar sus cuidados.

EDUCACIÓN.

- Valore la capacidad del paciente para participar en su programa de prevención.

- Desarrolle un programa de educación para prevenir úlceras por presión que sea: Organizado, estructurado y comprensible. Dirigida a todos los niveles: Pacientes, familia, cuidadores, gestores, y, que incluyan mecanismos de evaluación sobre la eficiencia.

TRATAMIENTO.- Las úlceras por presión son un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial. El tratamiento del paciente con úlceras por presión debería contemplar los siguientes elementos:

- Se debe hacer una valoración integral del paciente que orientará a la planificación de cuidados personalizados. (Fig. 8).
- Utilizar apósito hidrocélular en las prominencias óseas y zonas de presión y de alto riesgo.
- Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de úlceras por presión.
- Programar los cambios posturales de manera individualizada, dependiendo de la superficie en que está el paciente.
- Utilizar sistemas de alivio local de la presión, como apósitos hidrocélulares anatómicos, almohadillas especiales de gel, botines específicos.
- Utilizar como norma para la limpieza de la lesión suero fisiológico, agua destilada o agua potable del grifo.
- En la prevención y abordaje de la infección como alternativa previa a la utilización de antibióticos locales se podrían utilizar apósitos que contengan plata.
- No es recomendable utilizar antisépticos de manera rutinaria en la limpieza de lesiones crónicas.
- La limpieza y el desbridamiento efectivos minimizan la contaminación y mejoran la curación ya que eliminan los niveles altos de bacterias en heridas que contienen tejidos necróticos.
- Considerar el inicio de un tratamiento antibiótico local (Sulfadiazina argéntica) en úlceras limpias que no curan o continúan produciendo exudado después de 2 a 4 semanas de cuidados óptimos.
- Sólo se recomienda el uso de antibióticos sistémicos cuando existe diseminación de la infección. (Celulitis, sepsis, etc.).

- La prevención de la infección mediante el uso de antibióticos sistémicos con carácter profiláctico no es una medida recomendada.
- Si no hay respuesta favorable al tratamiento local, deberán realizarse cultivos bacterianos. Preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular. Se debe evitar de ser posible, la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar solo contaminantes de superficie y no en todos los casos, el microorganismo responsable de la infección.
- No hay diferencias en la efectividad clínica (Cicatrización) de un tipo de productos de tratamiento en ambiente húmedo sobre los otros. Por tanto, para su selección considere otros elementos como: Tipo de tejido, exudado, localización, piel perilesional y el tiempo del cuidador.

CONCLUSIONES:

Las úlceras por presión pueden y deben de evitarse con unos buenos cuidados de enfermería dentro de un plan general que incluye el trabajo multidisciplinario del médico, enfermera/o, paciente y familia. Hay que buscar el tratamiento ideal para cada tipo de úlcera y en muchos casos, utilizar diferentes tratamientos, según se observe la evolución.

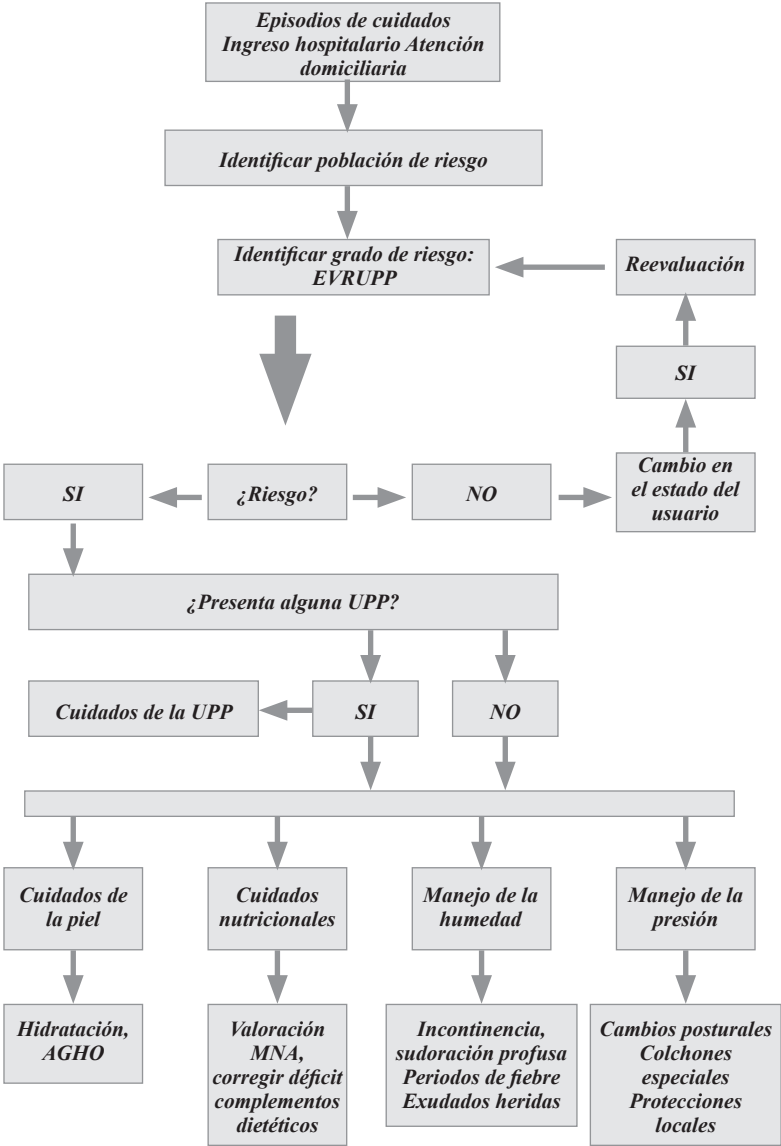


Fig. 8: Algoritmo para la prevención de úlceras por presión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendoza NM, Sosa R. Vía subcutánea como alternativa a la vía oral. *Med Pal.* 1995; 2:162
2. López LP, Candelas GR, Ballester Donet A, García Royo A. Vías alternativas a la vía oral en cuidados paliativos: La vía subcutánea. *Cáncer* 2000;(8): 1-9.
3. López-Imedio E. *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998.
4. Billings JA, Recent advances: Palliative care. *BMJ* 2000, 321: 555-558
5. Perron V, Ronald Schonwetter R. Assessment and management of pain in palliative care patients. *Cáncer Control.* 2001;8(1):15-24
6. Gómez –Sancho M. *Control de síntomas del enfermo con cáncer terminal*. Las Palmas: Servicio Canario de salud; 1998.

ABREVIATURAS

ADT: antidepresivos triciclicos
AD: antidepresivos
AAS: Ácido acetilsalicílico.
ACV: Accidente cerebrovascular.
AINES: Antiinflamatorio
no esteroideos.
Amp: Ampolla.
AGHO: Ácidos grasos
hiperoxigenados.
BZD: Benzodiacepinas.
C: Cada.
EV: Endovenosa
EVRUPP: Escala de valoración
de riesgo de desarrollar
úlceras por presión
EPOC: Enfermedad pulmonar
obstructiva crónica
HBPM: Heparina de bajo
peso molecular
ISRSN: Inhibidores selectivos
recaptación de serotonina
y noradrenalina
ISRS: Inhibidores selectivos
recaptación de serotonina

Mg: Miligramos
Mcg: Microgramos
MNA: Evaluación del
estado nutricional
NMDA: N-Metil De Aspartato
PCA: Analgesia Peridural Continua
PRN: Por razones necesarias
QT. Quimioterapia
Qx: Cirugia
ROP: Rotación de opioides
RT. Radioterapia
SNC.: Sistema nervioso central
SOL: Solución
SF: Suero fisiológico
SC: Subcutánea
SNG: Sonda nasogástrica
TA: Tensión arterial
TCC_ triciclicos
TD. Transdérmico
TVP : trombosis venosa profunda
UPP: ulcera por presión
VO: Vía oral
VT: Vía tópica



La Obra ***“ABC del Manejo del Dolor y otros síntomas en cuidados paliativos”***, se terminó de imprimir en los talleres de la Editorial de la Universidad de Guayaquil en Febrero de 2011, siendo Rector el Dr. Carlos Cedeño Navarrete, y Directora de la Editorial, María Coloma M., MSc.

Guayaquil - Ecuador
Febrero, 2011

