

❖ PRINCIPIOS DEL USO DE ANALGÉSICOS

Por vía oral

Ésta es la vía más adecuada para el uso crónico de analgésicos, incluidos la morfina y otros opioides fuertes.

Con el reloj

El dolor requiere una terapia preventiva; esto significa que el analgésico se da regular y preventivamente. "Según dolor" es una forma irracional de medicar e inhumana.

Por la escalera

Considere la escalera analgésica de tres peldaños. El alivio falla por no moverse hacia arriba en la potencia analgésica, sino usando grupos analgésicos de misma potencia.

Individualizar el tratamiento

La dosis adecuada de analgésico es aquella que controla el dolor.

Reevaluar

La respuesta al analgésico debe monitorizarse para asegurarse del beneficio y minimizar los efectos adversos.

El uso de drogas adyuvantes debe incluir:

- Laxantes, son indispensables cuando se usan opioides.
- Antieméticos deben prescribirse al iniciar el tratamiento cuando se indiquen opioides, dado que el 60% pueden sentir náuseas o tener vómitos durante las primeras semanas y un 30% de los enfermos lo necesitarán en forma continuada.
- Antiácidos son imprescindibles cuando se están usando antiinflamatorios o corticoides.

Progresión de Potencia Analgésica propuesta como Escalera analgésica de la OMS

1. AINE, +/- adyuvante.
2. AINE, +/- adyuvante, opioide débil.
3. Opioide fuerte (suspender el débil), AINE, +/- adyuvante.

Considerar siempre:

- Control de efectos adversos, laxantes, antieméticos y antiácidos.
- Psicotrópicos, sedantes nocturnos, ansiolíticos, antidepresivos.
- Otros co-analgésicos y corticosteroides.

➤ Analgésicos no opioides

Los más importantes son los analgésicos no esteroides (AINEs) y el paracetamol.

Dosis de algunos AINEs

- Ibuprofeno 400-600 mg c/ 8 o 4 hs.
- Flurbiprofen 50-100 mg c/ 12 hs.
- Naproxeno 250-500 mg c/ 12 hs.
- Diflunisal 250-500 mg c/ 12 hs.
- Ketorolac 10 a 20 mg c/ 8 o 4 hs.

Las reacciones descritas esperadas de los AINEs son denominadas de tipo A y se deben a la interferencia con la síntesis de PgE1.

Existen otras reacciones no dependientes de las dosis, idiosincráticas, mediadas por mecanismos aún desconocidos.

***Piel**

- Rash morbiliforme.
- Angioedema.

***Sangre**

- Trombocitopenia.
- Anemia hemolítica.

- Agranulocitosis.
- Anemia aplásica.

SNC:

- Meningitis aséptica.

***Hígado**

- Síndrome de Reye.
- Hepatitis.

***Gastrointestinal**

- Diarrea.
- Hemorragia Intestinal

***Inmunológica:**

- Anafilaxis.

➤ **Uso de los AINEs**

Tratamiento del dolor intercurrente suave a moderado

Los pacientes con enfermedad maligna pueden tener dolor intercurrente no relacionado con la enfermedad. En estos casos, 500 mg a 1 g de paracetamol, o 200 a 600 mg de ibuprofeno, suelen ser útiles.

Tratamiento regular en el dolor por cáncer

Son útiles para un dolor moderado.

Tienen un efecto techo.

No aumentan su potencia analgésica cuando se supera la dosis aconsejada; si bien son más efectivos en combinación con los opioides, no hay evidencia de la potenciación de estos últimos.

Se aconseja elegir el mejor AINEs teniendo en consideración que el manejo de drogas de vida media corta hace posible una mejor titulación clínica del efecto, al llegar rápido al equilibrio.

**Protocolo de tratamientos del dolor en Cuidados Paliativos. IOAHR.
Departamento de Cuidados Paliativos**

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Tratamiento del dolor dependiendo de la causa

Causa del dolor	Primera línea	Segunda línea	Pensar:
VISCERAL	Analgésicos	Corticoides	Bloqueo celiaco
ÓSEO	Radioterapia Analgésicos AINE Corticoides	Inmovilizar Ortopedia	Bloqueo
CÓLICO: Constipación	Enema	Laxantes	Evacuación manual
Obstrucción	Ablandadores fecales Antiespasmódicos	Analgésicos	Bloqueo celiaco
INFILTRACIÓN TISULAR	Analgésicos AINE	Esteroides	Bloqueo
NEURAL: Compresión	Analgésicos	Radioterapia Esteroides	Bloqueo TENS
Disestesia	Antidepresivos Tricíclicos	Bloqueo nervioso	
Neuralgia	Anticonvulsivantes	Bloqueo nervioso	
INFECCION: Sistémica	Antibióticos	Analgésicos	Cirugía Drenaje
Local	Antisépticos Debridantes	Analgésicos	Anestésias locales
PLEURAL	AINE Antibióticos	Analgésicos	Bloqueo Drenaje empiema
LINFEDEMA	Drenaje compresivo Ejercicios Vendaje Elevación	Presión Analgésicos Antibióticos	Esteroides Diuréticos
CEFALEA	Esteroides	Analgésicos	
GASTRITIS	Suspender irritantes	Anti H2	
DISTENSIÓN GÁSTRICA	Antiácidos Cimeticona	Gastroquinéticos	
TENESMO RECTAL	Espasmolítico	Relajante muscular	Corticoides
PARESIA APOPLEJÍA	Fisioterapia Movimientos pasivos	AINE Antineurálgicos	Relajantes musculares Bloqueo

• PRINCIPIOS DEL CONTROL DEL DOLOR

- No esperar para tratar el dolor cuando la persona está desesperada; pregunte y observe.
- Diagnostique las causas del dolor; recuerde que el 80% de los pacientes tienen más de un dolor y un 34% tienen más de 4 causas de dolor diferentes.
- Medique en forma regular, en dosis apropiadas para cada paciente, titulando el efecto de la droga y previniendo el síntoma. NO MEDICAR SÓLO CUANDO HAY DOLOR O SEGÚN DOLOR.
- Proponerse metas realistas, por etapas: en reposo nocturno; durante el día y durante el movimiento, si esto es posible.
- Revea al paciente regularmente y revise la medicación periódicamente.
- Relaciónese empáticamente con el paciente. Esto elevará su autoestima y favorecerá el control del dolor. No siempre es necesario medicar; a veces es más importante escuchar por qué tiene tal o cual cosa. No siempre un dolor implica necesidad de mayor analgesia, si bien la medicación es parte importante.

ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

Sirve para ordenar el tratamiento del dolor en cuanto a la potencia analgésica de menor a mayor con una secuencia lógica. Antes, algunas consideraciones:

- El cambio de un opioide débil por otro débil no mejora el control del dolor.
- La decisión de iniciar el tratamiento con un opioide fuerte debe ser lógica y no como última maniobra desesperada pre-mortem.
- Que un paciente tenga cáncer no significa automáticamente que deba medicarse con opioides fuertes.

• Primer escalón

- ✓ Ibuprofeno 200 mg. cada 4 hs. O 600 mg. cada 4 hs.
- ✓ Paracetamol 500 mg cada 4 hs. a 1 g cada 4 hs. Útil cuando hay gastritis o trastornos hemorrágicos. Tiene metabolismo hepático y sólo se debe corregir la dosis en insuficiencia severa, donde ya hay trastornos de la conciencia.
- ✓ Naproxeno 500 mg cada 12 o cada 8 hs. (ídem aspirina). La vía parenteral se puede usar I.M. pero por pocos días, en la misma dosis.
- ✓ Diclofenac 50 a 75 mg cada 12 hs. (ídem aspirina). Tiene algún efecto antiespasmódico leve.
- ✓ Aceclofenac (ídem diclofenac).
- ✓ Ketorolac 10 a 20 mg cada 4 hs. Mejor tolerado por el estómago. El uso parenteral 30 mg EV cada 12 hs. en infusión continua.
- ✓ Cualquier otro AINE del que uno conozca las dosis máximas y con la frecuencia más apropiada para el tratamiento crónico. Ej.: Arginato de lisina 1 g cada 4 hs., etc.

• Segundo escalón

Si los AINE no alivian el dolor suficientemente (esto quiere decir un 80 a 90% de alivio), se debe pasar al segundo escalón, que consiste en el agregado de un OPIOIDE DÉBIL:

- ✓ Codeína 60 mg cada 4 hs. Equivale a dos Dolofrix 30 mg cada 4 hs. Es interesante esta asociación dado que viene con paracetamol 500 mg cada comprimido, completando por sí solo el segundo escalón con 2 comprimidos cada 4 hs.
- ✓ ES MUY IMPORTANTE INDICAR ANTIEMÉTICOS EN FORMA REGULAR.
- ✓ Tramadol 20 a 40 mg cada 8-4 hs. Produce poca emesis y se consigue como monodroga en cápsulas y gotas. Produce menos emesis que la codeína. Existe en ampollas y se pueden aplicar subcutáneas cada 8-4 hs.

NO SE ACONSEJA SUPERAR LA DOSIS DE 300 MG/DÍA.

SE DEBEN USAR CUALQUIERA DE ESTAS DROGAS, PERO SOLO UNA.

NO SE PUEDEN ASOCIAR ENTRE SÍ.

SE DEBEN AGREGAR LAXANTES EN FORMA SISTEMATIZADA DE MANERA TAL QUE SE OBTENGAN DEPOSICIONES BLANDAS Y COMPLETAS.

• Tercer escalón

Cuando el segundo escalón no obtiene la analgesia suficiente, se debe pasar al tercer escalón, SUSPENDIENDO LOS OPIOIDES DÉBILES, CAMBIÁNDOLOS POR OPIOIDES FUERTES, Y SIGUIENDO CON UN AINE, INDEFECTIBLEMENTE.

- Morfina Cl. se debe comenzar con 5 mg cada 4 hs. e incrementar la dosis en porcentajes que oscilan entre un 50-30%. El primer día es suficiente un alivio del 70% y, a la semana, uno del 90%.
- INDICAR ANTIEMÉTICOS EN FORMA SISTEMATIZADA CADA 4 HS. POR VÍA ORAL O PARENTERAL.
- INDICAR LAXANTES EN FORMA REGULAR Y SI NO HAY CATARSIS COMPLETA EN TRES DÍAS, SE IMPONE REALIZAR ENEMA EVACUANTE.
- ADVERTIR AL PACIENTE QUE TENDRÁ SOMNOLENCIA INTENSA LOS PRIMEROS DÍAS O SEMANAS, LA CUAL IRÁ CEDIENDO PROGRESIVAMENTE.
- SI EL PACIENTE TUVIERA ALUCINACIONES (1%) SE DEBE INDICAR HALOPERIDOL 5 MG. HASTA MÁXIMO 15 MG/DÍA EN DOS O TRES TOMAS.
- SI HAY PRURITO, ÉSTE CEDE CON CUALQUIER CREMA HIDRATANTE O CREMA MENTOLADA AL 0.5% EN LA ZONA DE PRURITO.

SE PUEDE USAR LA VÍA PARENTERAL, ACONSEJANDO LA SUBCUTÁNEA CADA 4 HS., COMENZANDO CON UN TERCIO DE LA DOSIS DE LA VÍA ORAL.

AL HACER LA CONVERSIÓN A LA VÍA ORAL, SE DEBE INDICAR EL TRIPLE DE LO INDICADO POR VÍA SUBCUTÁNEA.

NO SE ACONSEJA EL USO DE LA VÍA ENDOVENOSA, DADO QUE DE ESTA FORMA LA VIDA MEDIA DE LA MORFINA NO SUPERA 1.30 HS. Y GENERA EL FENÓMENO DE TOLERANCIA RÁPIDA, HECHO QUE NO SUCEDE Y/O EN MENOR CANTIDAD POR VÍA SUBCUTÁNEA U ORAL.

Modelo de hoja de indicación

AINE ANTIÁCIDO
AINE OPIOIDE DÉBIL ANTIÁCIDO LAXANTES ANTIEMÉTICO (SI SE INDICA CODEÍNA)
AINE OPIOIDE FUERTE (MORFINA) ANTIÁCIDOS ATIEMÉTICOS LAXANTES (RECORDAR SUSPENDER OPIOIDE DÉBIL).

NO SE DEBE ASOCIAR LA MORFINA CON AGONISTAS PARCIALES (BUPRENORFINA, NALBUFINA), NI ESTOS ÚLTIMOS CON OPIOIDES DÉBILES.

- Buprenorfina es una alternativa de la morfina cuando esta última no se tiene a mano; sólo sirve transitoriamente, recordando que produce los mismos efectos indeseables que la morfina. (Parches de cambio semanal de 5, 10 y 20 mg)
- Nubaina ampollas de 10-20 mg cada 4 hs. Se debe usar subcutánea o E.V.
- Fentanilo es un agonista puro. Se consigue en ampollas y en parches transdérmicos con dosis variables de 25-50-75-100 microgramos/hora/72 hs. No aplicar en zonas de piel inflamada, con radioterapia o con alguna enfermedad cutánea.

EL DOLOR PUEDE REQUERIR PARA SER CONTROLADO EL AGREGADO DE MEDICACIÓN CO-ANALGÉSICA, INDEPENDIENTEMENTE DEL ESCALÓN ANALGÉSICO.

Co-analgésicos

➤ *Corticoides en dosis variables*

- Dexametasona de 3 a 32 mg/día por vía oral hasta 12 mg y parenteral a dosis mayores como se usa en síndromes de compresión medular.
- Deltisona en dosis de 4-8-16-40 hasta 200 mg/día.

➤ *Relajantes musculares*

- Diacepan 5-10 mg cada 24-12-8 hs.
- Baclofeno 10 mg cada 24-12-8-4 hs.

➤ *Anticonvulsivantes*

- Carbamazepina 100-200 mg cada 24-12-8 hs.
- Valproato de Na. 500 mg/24 hs. 500 mg cada 12 hs. o 500 mg cada 8 hs.
- Gabapentina 100- 600 mg cada 12-8-4 hs. Dosis máxima día no más de 3600 mg.

- Pregabalina 25 a 150 mg cada 24-12-8-6 hs. Dosis máxima 600 mg día.
- Lamotrigina 25 a 50 mg cada 24-12-8 hs. Dosis máxima 200 mg día.
- Topiramato 12.5 a 100 mg cada 24 hs. Subir dosis en forma semanal, no pasar de 200 mg.

➤ Antidepresivos tricíclicos

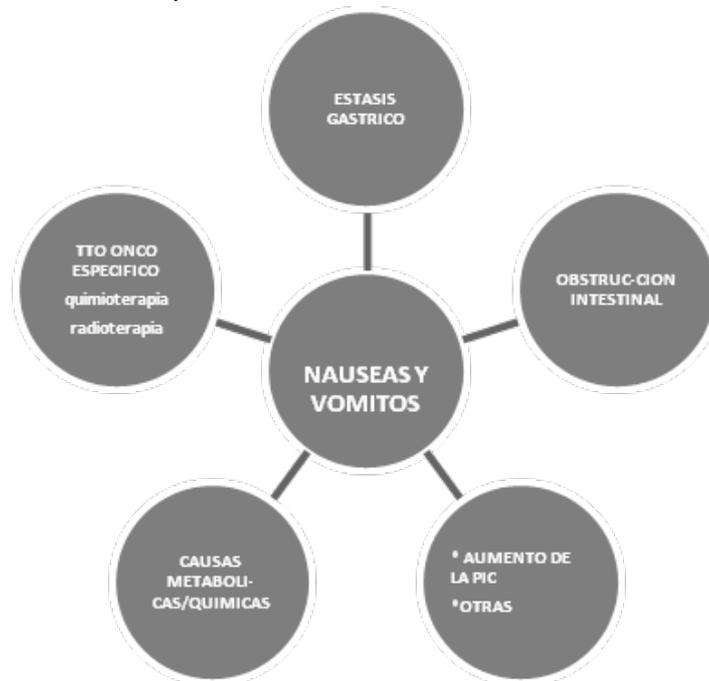
- Amitriptilina 25-50-75-100-150 mg/24 hs. (noche única dosis).
 - Mianserina ídem dosis; tiene menos efectos muscarínicos.
 - Cualquier otro antidepresivo tricíclico: nortriptilina, protriptilina, imipramina, clomipramina.
 - Clonazepan 0.5 mg-10 mg/24-12-8 hs. Se debe incrementar la dosis cada dos o tres días en un 50%. Es muy frecuente la somnolencia.
 - Perfenazina 5 mg cada 12-8 hs.
 - Guanetidina vía subaracnoidea 0.5 mg/día. Por vía E.V. 2 mg en goteo continuo en 24 hs. Se debe cuidar la crisis hipertensiva (efecto alfa postsináptico) y la hipotensión ortostática.
 - Ketamina desde 5 a 60 mg subcutánea/día. Se debe cuidar de la crisis psicótica que puede producir y que sólo revierte con Diacepan 10 mg E.V. hasta que se revierta la misma.
- Lidocaína, flecainida, todainida, sólo deben manejarla los anestesiistas con la ayuda del cardiólogo con monitoreo.
- Bloqueantes cálcicos - Nifedipina 20-60 mg/día.

EL USO DE ESTAS DROGAS MISCELÁNEAS SE DEBE CONTROLAR CON LOS ESPECIALISTAS ANESTESIÓLOGOS, CARDIÓLOGOS, NEURÓLOGOS Y PSIQUIATRAS.

EN ESTUDIO Y EVALUACIÓN CON RESULTADOS FAVORABLES PUEDEN CONSIDERARSE LOS CANNABINOIDES. POR EL MOMENTO ACONSEJAMOS HABLARLO CON EL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS.

• **CONTROL DE NÁUSEAS Y VÓMITOS**

1. Identificación de la causa más probable



2. Corregir las causas corregibles y factores que empeoran los síntomas. Por ejemplo, corregir las causas metabólicas (hipercalcemia, hiponatremia etc.), tratar la constipación (*ver norma*) y ajustar la protección gástrica (omeprazol 20-40 mg y/o ranitidina 300 mg/día).

3. Prescribir el **antiemético de primera línea** por vía oral, en forma regular, de acuerdo a la causa más probable. Solo se indicará la vía subcutánea si las náuseas o vómitos impiden la correcta absorción por vía enteral. La dosis antiemética se controlará cada 24 hs. por ambas vías.

<i>Prokineticos</i>	<i>Antagonistas dopaminérgico en la zona quimiorreceptora gatillo</i>
Metoclopramida 10 mg VO/SC cada 6 hs. Dosis maxima: 120 mg/día	Haloperidol: dosis 1-2 mg VO o 2,5-5 mg SC
Domperidona: 10-20 mg c/6 a 8hs 20 mg VO/SC cada 4-6 hs. (Elección de segunda línea como prokinetico)	

NO prescribir prokinéticos (PK) y antimuscarínicos simultáneamente, porque los antiM bloquean las acciones de los PK.

4. Si no hubo resultado con los antieméticos de primera línea, con la dosis y la vía óptima de administración se debe agregar o substituir por un **antiemético de segunda línea**.



5. Considerar rotar a la vía oral en 72 hs. si se controló totalmente el síntoma. Mantener el tratamiento indefinidamente, a menos que la causa haya desaparecido.

Considerar en todas las causas de vómitos, la ***indicación de acupuntura*** con o sin los demás tratamientos.

Considerar en náuseas y vómitos asociado a quimioterapia, el uso de ***cannabis medicinal***, teniendo en cuenta el marco regulatorio actual en Argentina y los principio de bioética de los cuidados paliativos. (*informe ultrarrápidos de valuación de tecnología sanitaria . Uso terapéutico de los cannabinoides ANMAT. 8 de junio de 2016*)

• PAUTAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISNEA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

• Cl. de morfina

Es el tratamiento básico de la disnea en el paciente terminal.

Disminuye la sensibilidad central a la hipoxia.

Dosis:

- **Sin** tratamiento previo con morfina: 2.5 a 15 mg cada 4 hs. VO o SC, o 5 a 20 mg cada 4 hs.

- **Con** tratamiento previo con morfina: Aumentar dosis hasta en un 50% para el control de la disnea. Dosis por encima de 15 mg cada 4 hs en ausencia de dolor, no aporta beneficios.

• Corticoides

Dexametasona o prednisona.

Mejoran disnea asociada a obstrucción de vía aérea, linfangitis carcinomatosa, neumonitis post- radioterapia, síndrome de compresión de la vena cava superior y bronquitis crónica.

Dosis

- Dexametasona de 2 mg/día a 4 mg cada 6 a 8 hs.

- Prednisona de 10 a 40 mg/día.

• Ansiolíticos:

Disminuyen ansiedad y taquipnea.

No actúan sobre el mecanismo de la disnea.

Vía oral:

- Diazepam 5-10 mg cada 8-12 hs. Reducir a 2.5-5 en ancianos. Reducir dosis si después de varios días el paciente está somnoliento.

- Midazolam 2.5-5 mg cada 4 hs.

- Sublingual:

- Lorazepam 0.5-2 mg cada 4 a 12 hs. SC.

Subcutáneo

- Midazolam 0.5-0.8 mg por hora

- Lorazepam 1- 2 mg cada 12 hs.

- Clorpromacina 25-100 mg/24 horas

• TRATAMIENTO DE DISNEA TERMINAL

Los pacientes tienen miedo a morir ahogados. Es por ello que el acercamiento al paciente y a su familia es muy importante.

Ningún paciente debe morir con disnea.

Los pacientes y la familia aceptan la somnolencia como el costo para aliviar la disnea.

Administrar

- 1) Midazolam 7.5 mg SC y esperar 15 a 20 minutos. Si no cede, continuar con el paso 2.
- 2) Morfina 2.5 mg o 25% SC más sobre lo habitual de inicio. Esperar 20 minutos y si no cede, repetir pasos 1) y 2) sucesivamente.
- 3) Butil bromuro de hioscina 20 mg a 40 mg cada 4 hs. si aparecen secreciones respiratorias.
- 4) Hioscina 1 mg cada 8 hs, con Butil Bromuro de Hioscina si las secreciones no ceden.

Sedación en Cuidados Paliativos

Las indicaciones más frecuentes de sedación son las situaciones extremas de:

- Delirium hiperactivo.
- Náuseas/vómitos.
- Disnea.
- Dolor.
- Hemorragia masiva.
- Ansiedad o pánico.

La aplicación de la *sedación paliativa* exige, del médico, la comprobación cierta y consolidada de las siguientes circunstancias:

- a. Que existe un sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios.
- b. Que el enfermo o, en su defecto la familia, ha otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación paliativa.
- c. Que el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

En el caso de la *sedación en la agonía* se requiere, además, que los datos clínicos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.

• ELECCIÓN DEL FÁRMACO Y LA VÍA ADECUADOS

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son, en este orden, las *benzodiazepinas* (midazolam) y los *neurolépticos sedativos* (clorpromazina, levomepromazina, etc.)

La vía de elección debe ser siempre la subcutánea.

En el caso de la sedación paliativa en la agonía hay que valorar la retirada de los fármacos que ya no sean necesarios.

El *midazolam* tiene una dosis techo aproximada de 150 a 200 mg diarios, a partir de la cual pueden producirse reacciones paradójicas. Existen formulaciones con diferentes concentraciones, por lo que se recomienda pautar siempre en mg y no en ml. Las presentaciones de uso más frecuente son las ampollas con 15 mg en 3 ml.

La *levomepromacina* se usa como primera opción en casos de delirio refractario, y como segunda opción cuando fracasa la sedación con *midazolam*. Puede usarse por vía subcutánea o endovenosa. La *levomepromacina* tiene una dosis techo de aproximadamente 300 mg diarios. La presentación es de ampollas de 25 mg en 1 ml.

➤ **Sedación con midazolam por vía subcutánea**

La dosis de inducción es de 2.5 a 5 mg SC cada 4 horas, administrada en bolo.

En caso de pacientes que hayan desarrollado tolerancia a benzodiacepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será de 5 a 10 mg.

Si tras la dosis de inducción el paciente presenta agitación, o mantiene el síntoma refractario, se administra una dosis de rescate extra, igual a la dosis de inducción inicial.

Puede repetirse la dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación, siempre teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía SC requiere de 10 a 15 minutos, y que la vida media del midazolam puede fluctuar entre 2 y 5 horas.

➤ **Sedación con levomepromacina por vía subcutánea**

Si el paciente está bajo intento de sedación previa con midazolam, debe reducirse la dosis de este fármaco un 50% en el día de la inducción con levomepromacina, intentando rebajar la dosis de midazolam progresivamente en los días posteriores, según sea la respuesta clínica.

Se calcula la dosis de inducción de forma similar al midazolam, con dosis iniciales de 12.5 a 25 mg, aunque utilizando un mayor intervalo de tiempo (6 a 8 horas), dado que la vida media de este fármaco es mayor (de 15 a 30 horas). La dosis diaria de infusión continua será la suma de las dosis administradas en las primeras 24 horas, siendo habitualmente esta dosis de aproximadamente 100 mg diarios.

➤ **Sedación con fenobarbital por vía subcutánea**

Antes de iniciar la inducción con fenobarbital, hay que suspender el tratamiento con benzodiacepinas y neurolépticos, y reducir el tratamiento opioide al menos a la mitad de la dosis.

La dosis inicial de inducción es de 100 mg, y hay que esperar al menos 2 horas a que alcance su concentración plasmática máxima. La dosis total suele ser de 600 mg en el primer día, en perfusión continua subcutánea, ajustando en los días sucesivos hasta alcanzar una sedación adecuada.

➤ **Uso de otros fármacos durante la sedación**

En el caso de la sedación paliativa, dada su reversibilidad puede ser prudente mantener todos aquellos fármacos pautados previamente, siempre que no se considere extraordinario su uso.

En el caso de la sedación en la agonía, se recomienda mantener durante la sedación algunos fármacos esenciales. Entre ellos los anticolinérgicos (con la indicación de antiseoretos bronquiales) o los opioides, que no deben ser retirados durante la sedación, aunque puede reducirse su dosis.

Los anticolinérgicos más usados son el n-butilbromuro de hioscina (ampollas de 20 mg en 1 ml) o la escopolamina bromhidrato (ampollas de 0.5 mg en 1 ml).

Es muy probable que además haya que utilizar con frecuencia algún otro fármaco. Tal es el caso de la hioscina para evitar las secreciones bronquiales, o la morfina, sobre todo si

el paciente ya la estaba recibiendo en esos momentos.

Hioscina

Para prevenir/tratar las secreciones bronquiales (estertores pre-mortem) y por su capacidad sedante.

- N-butilbromuro de hioscina 20 mg en ampollas de 1 ml.
- Dosis: 20 a 40 mg cada 8 horas (IV o SC).
- *Escopolamina* bromhidrato 0.5 mg en ampollas de 1 ml.
- Dosis: 0.5 a 1 mg cada 4 horas (IV o SC).

Morfina

❖ Tiene capacidad sedante y, por supuesto, no hay retirarla nunca si el enfermo ya la estaba recibiendo.

❖ EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Tras la iniciación de la sedación, las recomendaciones se pueden agrupar en tres:

1. Revisar periódicamente el nivel de sedación: movimientos espontáneos faciales o corporales, repuesta a estímulos (despertar tranquilo o angustiado, movimientos erráticos).
2. Evaluar y dejar constancia en la historia clínica de la evolución: temperatura, secreciones, frecuencia respiratoria, diámetro pupilar.
3. Evaluar constantemente el estado emocional de la familia, dejando también constancia de ello en la historia clínica. Proporcionar siempre presencia, comprensión, disponibilidad y privacidad (habitación individual).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y EN LOS TUMORES ULCERADOS

- Explicar al paciente y a su familia el procedimiento a seguir y pedir su colaboración en la medida de sus posibilidades.
- Instalar colchón preventivo.
- Valorar diariamente el estado de la piel.
- Realizar la higiene con la frecuencia necesaria y como mínimo cada 24 horas, sobre todo en pacientes incontinentes.
- Secar la piel, acentuando la atención en las zonas de pliegue, donde colocaremos apósitos o compresas.
- Mantener la ropa de cama seca. Si el paciente estuviera en domicilio, vigilar que los productos del lavado no contengan sustancias irritantes para la piel.
- Evitar las arrugas de las sábanas, estirándolas, y observar que no hayan quedado restos de comida.
- Utilizar camisones abiertos sin botones para evitar arrugas en zonas de presión. Realizar un suave masaje en zonas de presión. Nunca sobre zonas enrojecidas que pudieran dañar más la epidermis.

- Realizar un suave masaje circular con cremas hidratantes sobre las zonas vulnerables.
- Realizar cambios posturales
- Colocar almohadas de forma de que el paciente tenga el mayor confort posible.
- Elevar las piernas del paciente para aliviar los edemas.
- Proteger al enfermo de las corrientes de aire para aliviar la vasoconstricción.
- Utilizar taloneras y coderas.
- Realizar movilidad pasiva en enfermos con alteraciones en la movilidad.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS ÚLCERAS DE PRIMER GRADO

- Eliminar la presión de la zona afectada.
- Lavar la zona afectada con agua y jabón, enjuagar y secar sin frotar.
- Aplicar sobre la zona lesionada y sobre las prominencias óseas cercanas, apósitos, hidrocoloides protectores, retirando los aros internos para que la zona afectada quede dentro de ellos y libre de presión.
- Cambiar el apósito cuando se despegue o arrugue. De lo contrario, realizar el cambio sistemático cada siete días.
- Extremar la vigilancia de la zona para detectar tempranamente signos de evolución desfavorable.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS ÚLCERAS DE SEGUNDO GRADO

Hay afectación de la epidermis, dermis y tejido subcutáneo, color azulado.

- Limpiar con suero salino sin demasiada presión.

La presión al limpiar produce traumatismo en el tejido sano y desplaza las bacterias desde la superficie hasta el interior. La limpieza con suero salino es necesaria antes de desinfectar la zona porque los fluidos orgánicos, el pus y la sangre inactivan la mayoría de los antisépticos.

- Desinfectar la zona con clorhexidina al 0.05% en solución acuosa.

El yodo, el agua oxigenada y la clorhexidina son tóxicos para el tejido de granulación. Utilizar con precaución.

- Si existe exudado infectado no colocar apósito hidrocoloide, sino apósito absorbente estéril.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS ÚLCERAS DE TERCER GRADO

- Hay afectación del músculo, necrosis tisular y cuarto grado de afectación del hueso y necrosis tisular.

- No recortar los tejidos necrosados.

- Proteger la maceración de la piel circundante por los exudados con pomadas de óxido de zinc y almidón.

- Limpiar la úlcera con suero salino y desinfectar con yodo povidona o clorhexidina.

- Si la úlcera presenta mal olor por presencia de anaerobios, limpiar con metronidazol de 0.5 gramos.

- Si se usa agua oxigenada, enjuagar porque inactiva la acción de los antibióticos.

- Aplicar calmantes antes del procedimiento.
- Si hay sangrado, realizar hemostasia, por ejemplo. con gasas empapadas con adrenalina o spongostan.
- La frecuencia de la curación dependerá del estado de la lesión, del estado del paciente y del pronóstico del mismo, pudiendo variar desde cada 12 a 24 hs. Incluso más, según criterio de la enfermera.
- Mantener al paciente en la postura adecuada en la cama.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS TUMORES ULCERADOS

- Limpiar la herida, primero con suero salino, y después con yodo povidona (5 cc de povidona en 500 cc de suero salino).
- Al despegar los apósitos adheridos al tumor, tendremos mucho cuidado de no originar un posible sangrado. Empaparlos bien con suero salino antes de tirar de ellos.
- Si el tumor ulcerado está cerca de una traqueostomía, no verter suero abundante para retirar las gasas, ya que podría entrar por la cánula. Utilizar mejor una jeringa para este procedimiento.
- Para evitar que se peguen las gasas, colocar al finalizar la cura, gasa vaselinada cubriendo toda la superficie ulcerada.
- No forzar la limpieza frotando ni friccionando, para evitar posibles sangrados.
- Si el tumor sangrara, colocar apósitos hemostáticos –spongostan- o apósitos de alginato cálcico, que facilitan la coagulación, o presionar el punto sangrante con gasas empapadas de adrenalina al 1/1000 o agua oxigenada de 10 volúmenes. También se puede aplicar con el mismo fin suspensión de sucralfato, aunque no es conveniente su uso porque forma una capa dura blanquecina que molesta en las siguientes curas.
- El spongostan y los apósitos de alginato cálcico no se deben retirar en las siguientes curas ya que son reabsorbibles.
- Usar sedación en presencia de hemorragia masiva, según prescripción médica. Ocluir la zona con paños verdes, pues el color disminuye el impacto del color de la sangre, y permanecer en todo momento presente sin abandonar al paciente y a su familia.
- Si existe mal olor en la herida por presencia de anaerobios, limpiar con metronidazol.
- No olvidar medidas ambientales contra el mal olor, como la utilización de sprays desodorantes.
- En el caso que existan gusanos en el tumor ulcerado, empapar compresas en éter puro, colocándolas encima. En dos curas pueden desaparecer.
Si las lesiones son desfigurantes y están en zonas visibles, se deberán cuidar los aspectos psicológicos y sociales, tapando el tumor con un vendaje apropiado, aunque sin aparatosidad. Tener prudencia en los comentarios y mantener una actitud de aceptación del enfermo, animando a la familia a continuar con las demostraciones de cariño hacia el paciente.

➤ CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS FISTULAS

TIPOS DE FÍSTULAS

Externas: Conectan un órgano hueco con la superficie corporal.

Internas: Conectan dos órganos huecos entre sí, sin comunicación directa con la piel.

En los enfermos con cáncer en la fase terminal, las fístulas internas más frecuentes son las que se producen entre recto y vagina o entre recto y vejiga.

AGENTES AGRESORES DE LA PIEL. FACTORES DETERMINANTES

- **Humedad del líquido drenado:** Macera la piel y puede dar lugar a micosis.
- **Irritaciones químicas:** Las descargas electrolíticas y enzimáticas continuas a través de las fístulas causan la alteración de la capa córnea de la piel y cambios en el pH de la misma, exponiéndola a una continua agresión.
- **Irritaciones físicas:** Debidas al despegue y re-aplicación sucesiva de las bolsas.
- **Reacciones alérgicas:** Dependen de cada individuo y de los elementos alergénicos de los adhesivos.

• **Protectores cutáneos**

En la prevención de las lesiones de la piel es esencial evitar las fugas del líquido drenado. Para prevenir posibles irritaciones y ulceraciones dolorosas de la piel podemos utilizar los siguientes protectores cutáneos:

• **Pastas adhesivas.** Están formadas por tres tipos de hidrocoloides -gelatina, carboximetilcelulosa sódica y pectina-, un espesante, un plastificante, etanol y un agente formador de películas. Este último consiste en un material que actúa como vehículo para los hidrocoloides, formando una película elástica encima de la piel que la protege del líquido drenado. Este recubrimiento se produce por la interacción de todos los componentes.

Para aplicar la capa de pasta hay que humedecer el dedo que se emplee para extenderla sobre la piel. Existen diferentes pastas en el comercio, por ejemplo: Coloplast, Convatect, Pasta de Karaya.

• **Placas autoadhesivas periestomales.** A base de hidrocoloides: pectina, gelatina y carboximetilcelulosa sódica.

• **Apósitos adhesivos transparentes.**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS

- Realizar la limpieza de la limpieza de la fístula y piel con agua templada.
- No utilizar jabón para no reseca la piel ni eliminar su capa oleosa protectora natural.
- No quitar restos de adhesivo o de pastas protectoras de curas previas para no dañar la piel.
- Si la secreción es abundante se puede aspirar el líquido en la boca de la fístula.
- Si la piel está intacta, utilizar protectores cutáneos, formando una capa no permeable alrededor de los bordes de la fístula y de la piel circundante para una mejor protección.
- Pegar después la bolsa encima.

- Rellenar las grietas con pasta adhesiva, para permitir el mejor pegado del dispositivo.
- Usar bolsas de doble placa (aro y bolsa recolectora).
- En fístulas de gran tamaño utilizar dispositivos especiales
- La abertura de la bolsa debe adaptarse y recortarse adecuadamente para proteger la piel alrededor del drenaje.

Cuidados de la piel

- Higienizar solo con agua.
- Aplicar pastas hidrocoloides.
- Utilizar bolsas con adhesivos no oclusivos.
- Mantener el plástico de la bolsa separado de la piel, interponiendo entre ambos una gasa o apósito.
- Si el tamaño de la fístula impide colocar la bolsa, fajar al enfermo con sábanas y apósitos absorbentes.
- Brindar apoyo psicológico al enfermo y a la familia.

FÍSTULAS ANALES

- Son trayectos fibrosos que se producen en la región perineal y que se extienden desde un orificio interno localizado en el canal anal o en el recto, hasta uno o varios orificios externos. Los trayectos fistulosos pueden alcanzar la vejiga o vagina, provocando infecciones.

Cuidados de Enfermería

- Higiene frecuente con agua y jabón.
- No usar antisépticos locales ya que los gérmenes vienen del recto y por mucho que lavemos con antisépticos, éstos no serán efectivos.
- Proteger la piel circundante con pastas protectoras cutáneas hidrocoloides o pastas de almidón con óxido de zinc.
- Poner gasas, apósitos o compresas en la región perianal y cambiar con frecuencia.

FÍSTULAS RETROVAGINALES

Producen emisión de heces por la vagina, causando irritación y dolor locales.

Cuidados de Enfermería

- Higiene frecuente con agua y jabón.
- Lavados de arrastre con Povidona Iodada (5 ml en 500 ml de suero salino).
- Si existe mal olor, realizar lavados con metronidazol.
- Proteger la piel circundante con pastas de hidrocoloides o pastas de almidón con óxido de zinc.
- Dejar apósitos o compresas en la región perineal.

- Si aparece dolor focal, realizar las curas de forma muy cuidadosa y administrar analgésicos una hora antes de la cura.
- Brindar apoyo psicológico.

➤ **CUIDADOS DE LA BOCA**

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Informar y educar al paciente y a la familia acerca de la importancia de estos cuidados.
- Revisión diaria de la boca. Esta práctica debe llevarse a cabo previa información de lo que se realizará al paciente y a la familia, bajo su consentimiento.
- Higiene bucal: El objetivo es eliminar los restos alimenticios. La recomendación reside en que el cepillado se realice con la frecuencia que tolere el paciente, después de las comidas y con un cepillo suave o con un dedo envuelto en gasa. También se usa para la humidificación. Realizar buches cuando a la condición del paciente lo permita.
- Cuando el paciente usa prótesis: Si ésta tiene partes metálicas, el cepillado se puede realizar con agua y jabón. De lo contrario, es útil sumergirla en agua con un 1 ml de lavandina. Si es que presenta candidiasis, se higieniza con Nistatina.
- Es importante la limpieza de la nariz y de la traqueostomía, en caso de que la tenga.
- No son aconsejables las soluciones comerciales que contengan alcohol.
- Buches y otros recursos:
 - Boca seca: Humectación con manteca de cacao, crema humectante o glicerina líquida. Recomendar los caramelos ácidos frutales y chicles sin azúcar. El té frío de manzanilla, o el hielo, brindan resultados.
 - Boca dolorosa: Buches analgésicos con la siguiente solución: lidocaína, difenhidramina y nistatina. Buches con té de manzanilla. Buches de Bolus oligoplex cucharadita café en 100 cc agua, lavado bucal de 30 a 45 segundos y eliminar.
 - Boca sangrante: Aplicar buches con agua oxigenada 10 vol. % (mitad de agua oxigenada y mitad de agua). Mylanta II o Sucrafato en buche con o sin epinefrina al 2% 5 cc.

En síntesis:

Qué observar	Boca normal/sana	Boca alterada	Para valorar...
Voz	Normal	Ronca, gruesa Se manifiesta un cambio en la voz. Dificultad o dolor al hablar	
Labios	Suaves, rosados y húmedos	Secos, partidos, con ulceraciones y/o sangrado	
Saliva	Constante Boca con aspecto aguado	Espesa, pegajosa Boca con ausencia de saliva (seca)	Se utilizar la ayuda de un baja lenguas para inspección, colocándolo en el centro de la lengua y en el piso de la boca. Suavemente, ir probando la tolerancia de la persona.
Lengua	Rosada, húmeda, papilas presentes	Cubierta con secreciones, sin papilas, con apariencia brillante, con o sin eritema, con ampollas y/o partida.	Puede palparse la lengua sólo si es necesario.
Aliento	Habitual	Halitosis	
Deglución	Normal	Presenta molestia, dolor, incapacidad para tragar	Se puede realizar la prueba del reflejo al tragar, si es necesario. Con un baja lenguas, colocándolo en la parte de atrás de la lengua y realizando una ligera presión, ir probando la tolerancia de la persona.
Membrana mucosa	Rosada, húmeda	Enrojecida, cubierta con secreciones (parches blancos sin ulceración). Ulceraciones con o sin sangrado	
Gingiva	Rosada y firme	Edematosa, con o sin enrojecimiento. Sangrado espontáneo	Si es necesario, puede ayudarse con un baja lenguas realizando una suave presión con la punta de éste.
Dientes o prótesis	Limpios, sin residuos	Placa, con residuos en aéreas localizadas (entre los dientes) o a lo largo de la línea gingival y prótesis.	Se debe observar la apariencia de los dientes o del área en contacto con la prótesis dental.

Uso de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos

La vía subcutánea para administración de fármacos en Cuidados Paliativos se puede utilizar de distintas maneras.

Esporádica: Punciones aisladas mediante aguja mosquito (15/5).

Intermitente: Consiste en la colocación de una aguja tipo mariposa (butterfly) calibre 23/25 en tejido celular subcutáneo, administrando periódicamente los fármacos a través de la misma.

Continua: Es la infusión subcutánea utilizando un infusor que libera de manera continuada la medicación, manteniendo niveles constantes en sangre sin picos ni valles.

NORMAS GENERALES PARA LA ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE FÁRMACOS

- No se deben mezclar fármacos si no es necesario.
- Si la mezcla cambia de color, se debe sustituir y/o separar.
- Los medicamentos no miscibles se deben administrar por otra butterfly distinta de la de infusión continua.
- Si la mezcla lleva morfina se protegerá de la luz.

Material necesario para la infusión continua por vía subcutánea

- ✓ Bomba de infusión óptima o similar.
- ✓ Butterfly
- ✓ Jeringa 10 cc.
- ✓ Suero fisiológico o solución isotónica.
- ✓ Apósitos transparentes
- ✓ Povidona yodada.
- ✓ Medicación

Procedimiento

- ✓ Cargar la medicación en el suero fisiológico, conectar set de perfusión (según bomba a utilizar) y purgar la vía.
- ✓ Desinfectar el sitio de punción con Povidona yodada e introducir la butterfly en el tejido celular subcutáneo. Fijar la misma con apósitos transparentes.
- ✓ Conectar la bomba de infusión a la butterfly.

Zonas recomendables de punción

- Zona pectoral-tórax.
- Zona dorsal.

Cuidados

Los cuidados se dirigirán fundamentalmente a observar si en el sitio de punción se produce dolor, enrojecimiento, sangrado, salida de medicación, o cualquier otro problema. La butterfly se cambiará cada 7 días, o antes si usamos varios fármacos o aparecen complicaciones locales.

Fármacos de uso habitual por vía subcutánea

- Cloruro de morfina
- Butil bromuro de hioscina
- Midazolam
- Haloperidol
- Metoclopramida
- Tramadol
- Dexametasona
- Ketorolac
- Ondasetron, granisetron
- Ranitidina
- Levopromazina
- Clorpromazina
- Lorazepam

Fármacos de uso excepcional por vía subcutánea

• Analgésicos:

Meperidina: Se usa habitualmente por vía subcutánea, pero se desaconseja en cuidados paliativos porque tiene vida media muy corta y toxicidad neurológica en su uso repetitivo.

• Neurolépticos:

Levopromacina: Más sedativa que el haloperidol, se puede emplear como alternativa a éste.

• Anticonvulsivantes:

Fenobarbital: Indicado en la sedación terminal cuando ésta no se logra pese al empleo de neurolépticos y midazolam, y en las crisis convulsivas como alternativa a las benzodiacepinas.

• Diuréticos:

Furosemida

Mezcla de fármacos en infusión continua

• Pueden mezclarse:

Morfina + Midazolam + Buscapina + Haloperidol: Mezcla estable de 5 a 7 días protegiéndola de la luz.

Tramadol + Ketorolac: Mezcla estable de 2 a 5 días.

Las mezclas que llevan Ketorolac y Dexametasona pueden precipitar. Para evitarlo, conviene calentar la ampolla a temperatura del cuerpo antes de cargarla. Se puede usar el pliegue del codo o colocar la ampolla bajo el grifo de agua caliente. Si la mezcla precipita, los textos consultados recomiendan desecharla.

• No se puede mezclar:

Dexametasona, Diclofenac, Metoclopramida y Levopromacina.

➤ PSICOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS (generalidades)

La muerte y el morir son, sin duda, temas que provocan un fuerte impacto psicológico en el paciente y en su familia. Esta situación, sin ser patológica, requiere muchas veces de una intervención profesional específica.

Hay que diferenciar el *sopORTE emocional* que es brindado por todo el equipo de Cuidados Paliativos al paciente y la familia, de las *intervenciones específicas* del psicólogo. En el primer caso, son formas de comunicación (verbal y no verbal) basadas en la empatía, en el que se focaliza en una relación simétrica, se evita la aseveración, y se utiliza la pregunta como herramienta básica. Es por esto último que se fomenta que la persona pueda responderse a sí misma y permitir cambios, tanto conductuales y emocionales, como cognitivos. Se facilita la expresión de emociones a partir de un trato contenedor.

Por el contrario, las intervenciones específicas del psicólogo están dirigidas al abordaje de alteraciones clínicas como la ansiedad, depresión, miedos, etc., aplicando diferentes metodologías y estrategias singularizadas en relación a la situación que atraviesa una persona en particular.

Se habla de sufrimiento cuando la persona percibe como amenazante una situación (diagnóstico de cáncer, incurabilidad, muerte...) y evalúa que los recursos que posee son insuficientes para hacerle frente.

La intervención del psicólogo debe apuntar a:

- Identificar qué situación, estímulo, síntoma o estado perciben el paciente y su familia como amenaza.
- Diferenciar entre las reacciones emocionales propias de esta crisis (etapas de adaptación al proceso de enfermedad) y los trastornos psicopatológicos.

Intervenciones psicoterapéuticas:

- Facilitar la toma de decisiones, focalizar en los asuntos pendientes y las despedidas.
- Identificar fuentes de distress emocional y trabajar con técnicas específicas.
- Intervención en crisis.
- Favorecer la expresión de emociones y validar sentimientos, lo que permite acrecentar la capacidad de afrontamiento.
- Favorecer la comunicación del enfermo con su familia y del paciente con el médico.
- Psico-educación.
- Trabajar psicoterapéuticamente con los pensamientos distorsionados.
- Elaboración de la sucesión de duelos que implica la enfermedad.
- Promover la autonomía del paciente y las actividades placenteras más allá de sus limitaciones físicas.

EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS

Definimos a la familia como un sistema abierto, donde las interacciones entre sus miembros, si bien tienden a mantener patrones estables, varían gradualmente para adaptarse tanto a los cambios en el entorno como a los cambios de los elementos que la componen. Este sistema, la familia está conformado por diferentes sub-sistemas:

parental, conyugal y fraterno.

La aparición de una enfermedad en un miembro de la familia va a repercutir de manera diferente en cada uno de sus integrantes. Puede llegar a producirse una **crisis por claudicación familiar**, definida como la incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente.

Abordaje psicológico familiar

Evaluación de las características familiares y de cada uno de los miembros:

- Detección de los miembros más vulnerables (duelo complicado, sobrecarga en el cuidado, etc.)
- Inadecuado tratamiento/cuidado.
- Afrontamiento inadecuado (negación desadaptativa).
- Enfermedades/síntomas de otros familiares.
- Desajustes emocionales. Claudicación.
- Otros problemas familiares: Adicciones, violencia, etc.

Cada integrante posee diferentes roles y responsabilidades, los cuales se ponen en juego en el momento en que la enfermedad se desarrolla.

La enfermedad es vivida como una crisis en donde se rompe un equilibrio, alterándose la homeostasis familiar. Los sentimientos más habituales que pueden aparecer frente a una enfermedad son angustia, ansiedad, culpa, desesperación, incredulidad, confusión, etc.

➤ **DUELO**

El duelo se describe como el proceso psicológico “normal” dinámico y multidimensional que evoluciona a través del tiempo, que se produce a partir de la pérdida por la muerte de una persona querida. Es una experiencia emocional humana universal, única y dolorosa.

Trabajo de duelo

Worden plantea cuatro tareas a completar en el proceso normal de duelo:

- a) Aceptar la realidad de la pérdida,
- b) trabajar las emociones y el dolor de la pérdida,
- c) adaptarse a un medio en el que el ser querido está ausente y
- d) recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.

Seguimiento en duelo:

- Facilitar la realidad de la pérdida.
- Evaluar el apoyo socio-familiar percibido y potenciarlo.
- Favorecer la expresión y, especialmente, la elaboración de pensamientos, sentimientos y emociones (creencias distorsionadas).
- Facilitar la adaptación a la nueva situación.
- Respetar la diversidad de reacciones.
- Recolocar emocionalmente al fallecido.

Terapia de duelo:

Consiste en diferentes abordajes psicoterapéuticos frente a un duelo complicado, patológico, enmascarado, retardado, exagerado. Se debe evaluar cuál de las cuatro tareas no se ha completado.

Al atender a una familia tener en cuenta las siguientes estrategias:

- 1) ¿Qué conocen de la situación?
- 2) ¿Qué les preocupa?
- 3) ¿Qué vamos a hacer con esto?
- 4) Indagar sobre lo que deben hacer, cuándo, dónde, cómo y con quién.

Se recomienda:

No emitir juicios de valor.

Consignas:

- Devolver en pregunta la frase del paciente.
- Hacer preguntas abiertas.
- Identificar preocupaciones, temores y fantasías (muerte, abandono, carga familiar).
- Incentivar la comunicación.
- Señalar actitudes, pero no interpretarlas.
- Tener tiempo para escuchar.
- Sincerar los sentimientos.
- Advertir sentimientos protectores de la familia que lleven a ocultar y negar la realidad al paciente.

REUNIONES MULTIFAMILIARES

Características:

- Dirigidas a familiares de pacientes del Instituto de Oncología "Ángel H. Roffo"
- Frecuencia semanal.
- Duración: 1 hora y media.
- Grupo abierto sin límite de participaciones
- Abordaje interdisciplinario (Abogada, Enfermero, Trabajadora Social, Médicos, Sacerdote, Psicóloga).
- Reuniones semi-dirigidas.

Temas planteados

- Sobre la enfermedad del paciente asistido.
- Acerca de los sentimientos.
- Respecto de las actitudes a tomar con el enfermo.
- Información a los niños y adolescentes.

Factores terapéuticos de las reuniones multifamiliares:

- Universalidad.
- Transmitir información (psico-educación).
- Catarsis.
- Altruismo.
- Cohesión grupal.
- Aprendizaje vicario.
- Factores existenciales.

Posibles causas desencadenantes de una conspiración de silencio

- *La necesidad de “proteger” al paciente.*
- *Miedo generado por el desborde emocional:* Si bien la información de una mala noticia podría aumentar la ansiedad, brindar información otorga a corto plazo un mayor beneficio al paciente.
- *La necesidad de los propios familiares de auto-resguardarse:* Existe la necesidad de negarlo para posponer situaciones dolorosas.
- *La dificultad de los profesionales para dar malas noticias.*

Premisas:

- Utilizar la empatía a través del diálogo sincero con la familia, permitiendo liberar emociones y miedos. Que el paciente y la familia se sientan entendidos y escuchados.
- Tener presente que el paciente tiene derecho a recibir información. Él es el dueño de su mundo vital. Si no tiene información adecuada no puede hacer uso de su autonomía, no puede ejercer un consentimiento informado ni ser partícipe de situaciones que él mismo está viviendo.
- Ser coherente con las necesidades del enfermo respetando cada momento de la situación.
- No querer saber a cerca de su situación clínica también es un derecho del paciente que hay que respetar.
- Es función del equipo ir trabajando la tolerancia a esta situación semi-oculta.
- La verdad une, es la base de la esperanza, mientras que la mentira lleva al aislamiento y a la soledad. El vínculo se construye en un contexto de veracidad y mutua confianza.

Estrategias de intervención:

En la conspiración de silencio es importante poder diferenciar cuando:

- a) La familia se niega a que se le comunique la situación de enfermedad al paciente.
- b) La familia evita una comunicación abierta con el paciente acerca de su situación, incluso cuando el paciente posee información sobre su enfermedad.

Se puede producir la conspiración de silencio desde el paciente hacia otros familiares, entre los familiares y hacia los menores.

- **La familia se niega a que se le comunique la situación de enfermedad al paciente**

Cómo actuar cuando se trabaja con la familia:

- Dar validez a sus necesidades.
- Identificar aquello a lo que más le teme y ponerlo en palabras.
- Facilitar la expresión de las emociones.
- Evitar argumentos que sean taxativos.
- Anticipar el “secretismo”.
- Confrontar las distintas opiniones.
- Pactar un acuerdo a partir de lo que el paciente sabe y necesita. Establecer el grado de información respetando el mecanismo de negación y acompañar.
- Ser mediador en la conspiración de silencio.

➤ **La familia evita la comunicación abierta**

Cómo actuar:

- Identificar y hacer explícitos los temores.
- Reconocer los temores de la familia como problemática central de la asistencia.
- Realizar entre todos balances entre las ventajas y dificultades emocionales respecto del secreto.
- Plantear entre todos objetivos a corto plazo y posibles de ser cumplidos.
- Armar estrategias y recursos para cada situación con el propósito de acercarse a los objetivos planteados.
- Desarrollar la coherencia interna.

Arte-terapia en Cuidados Paliativos

Según Dalley, “lo que logra que el arte se transforme en terapéutico es la capacidad del sujeto de comunicar, que aparezca un habla simbólica que permite relacionar lo producido con sucesos de su vida.”

En todos los documentos recopilados se manifiestan indicadores cualitativos y cuantitativos que afirman la pertinencia del arte terapia en este campo. En cuanto al dolor y al sufrimiento, se evidencia que:

- -Es un tratamiento sin sufrimiento.
- -Disminuyen síntomas y se acrecientan otros positivos (calma, relajación).
- Ayuda a liberar y procesar emociones no dichas y, en ocasiones, abrumadoras, como puede ser la muerte, la mutilación o el suicidio.
- Permite explorar el mundo interior, compartirlo con los demás y salir del aislamiento.
- Tiene un valor profiláctico para afrontar acontecimientos traumáticos o post-traumáticos; propicia tomar distancia del propio dolor y sufrimiento.
- Disminuyen los miedos y las fantasías persecutorias y monstruosas, sobre sí mismos y el futuro.
- Es un espacio que posibilita recuperar simbólicamente la intimidad y la autonomía.

- Liga al sujeto con sus partes sanas, rompiendo con la sensación de que sólo se es la “enfermedad”.
- Aumenta la posibilidad de planificar e implementar actividades complementarias.
- Anima al juego como medio entre la realidad y fantasía.
- Propicia la circulación y habilitación de sentimientos entre miembros de las familias.

Cabe mencionar que el valor de un taller arte-terapéutico en un servicio de Cuidados Paliativos estaría dado por el proceso que va transcurriendo-construyendo un sujeto, a través de consignas que contemplan la dimensión histórica y la subjetiva, el dolor y el sufrimiento de los pacientes y de sus familias, y permitan vincularlos con sus partes sanas y lúdicas.

Pautas para la utilización de la Acupuntura en Oncología

La Acupuntura es una técnica milenaria que forma parte de la medicina tradicional china. Está basada en la estimulación de puntos con agujas, calor, masajes, o bien con electroestimulación, que implica la utilización de aparatos donde se regula la intensidad, frecuencia, tiempo y tipos de onda de la corriente administrada.

Estos puntos han sido clásicamente descritos desde la antigüedad, y actualmente pueden buscarse clínicamente, o bien con aparatos (conductómetros). El concepto neurofisiológico de estos puntos activos es el de “área receptiva periférica”, lo que implica una facilitación de la llegada de los estímulos a varios niveles del sistema nervioso central (fenómenos on-off, o de prendido-apagado, con facilitación de la llegada de la información).

Utilización clínica

Es utilizada con éxito en el tratamiento de:

- Dolor somático, o visceral que acompaña a cánceres del aparato digestivo o génito-urinario;
- Dolor neuropático como el relacionado con el herpes zoster, neuralgias del trigémino, entre otros. Cabe destacar su utilidad en el síndrome de dolor del miembro fantasma.
- Astenia propia de la patología oncológica o secundaria a tratamiento quimioterápico.
- Náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia.
- Tos y disnea (modificación de: interleukinas, relación TH1/TH2, AMPc/GMPc, CD3, CD4).
- Xerostomía.
- Disfagia.
- Trastornos digestivos (dispepsia, eructos, meteorismo, constipación).
- Rigidez cervical y disfunción de hombro en cánceres de cabeza y cuello.
- Trastornos del sueño.
- Inmunomodulación: Activación células NK, regulación Th1-TH2, liberación de neuropéptidos inmunomoduladores, regulación centros neurovegetativos asociados a la respuesta inmune, activación linfocitos T, modificación de interleukinas, interferón gamma, efectos antiinflamatorios, entre otros mecanismos estudiados.

Reflexología Podológica

La Reflexología Podológica es una disciplina perteneciente a las Ciencias de la Salud. Forma parte de la currícula de la Carrera de Podología que se dicta en la Escuela de Podología de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

La Reflexología fue practicada desde la antigüedad en países de Oriente como China, Egipto, India y Japón, para el alivio de diferentes malestares y preservación de la salud. Se conocen técnicas de abordaje en orejas, cráneo, rostro, manos y pies, todas basadas en la biología que considera que cada parte del cuerpo es una pequeña unidad que refleja el todo (Fu-Chun, W.).

En Occidente hay indicios de su empleo en la cultura incaica y cherokee, pero la práctica actual está basada en los trabajos de Terapia Zonal del Dr. William Fitzgerald, y particularmente en los primitivos “mapas” realizados por la masoterapeuta Eunice Ingham, quien señaló en ellos las diferentes zonas corporales, aparatos y sistemas orgánicos reflejados en los pies, que más adelante fueron perfeccionados por Hanne Marquardt, entre otros.

Es una vía de contacto humano que se puede realizar en cualquier lugar. No requiere ningún equipo especial, no es invasiva y no interfiere en la privacidad de los pacientes (Stephenson, Weinrich, Tavakoli). Consta de manipulaciones (presiones, fricciones, deslizamientos, etc.) ordenadas y sistemáticas, llevadas a cabo con las manos, aplicando mayor o menor intensidad en los pies del paciente, tanto en la planta como en el dorso y el tobillo.

Sus efectos no se pueden restringir al aspecto meramente orgánico, ya que al “tocar la piel del paciente” (embriológicamente vinculada al sistema nervioso) se establece una conexión global con todo el organismo.

En la actualidad, aún no existe consenso sobre el mecanismo de acción de la Reflexología y de cómo un medio tan sencillo posee efectos tan efectivos (Vázquez Gallego, J.). La interpretación del mismo podría resumirse en tres ideas principales:

- a) Las cuatro hipótesis (Dobbs, Paratte, Poletti): Hipótesis relajante, del ácido láctico, de los receptores nerviosos y de la energía.
- b) La acción neurobioquímica (Manzanares, J.)
- c) La bomba plantar: El pie es el segundo corazón (Fu-Chun, W.).

Los casos en que la Reflexología Podológica está indicada son: estreñimiento, edemas, síndrome de miembro fantasma, ciatalgias, cervicalgias, lumbalgias, fatiga, dolores viscerales, migrañas y trastornos del sueño.

En la actualidad, también se viene aplicando desde un enfoque paliativo en patologías oncológicas, incluso como coadyuvante de la Acupuntura en dolor oncológico, náuseas, vómitos y estados de ansiedad, por citar lo más frecuentes. Estudios recientes (Stephenson, N.L. et al) avalan su utilidad en pacientes en la etapa final de la vida y críticos, con el objeto de reducir la fuerte carga de estrés psicológico y físicos que se provocan, además de potenciar la sedación en forma natural y reducir la ansiedad.

Es de hacer notar que las sesiones periódicas se optimizan con la enseñanza al paciente de las técnicas de respiración Qigong que contribuyen a la adquisición de bienestar durante las mismas y especialmente a promover la autonomía en la vida cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Bruera E, De Lima L (editores). Cuidados Paliativos. Guías para el Manejo Clínico (2° Edición). International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) 2001.
- De Simone G, Tripodoro V. Fundamentos de Cuidados Paliativos y Control de Síntomas PALLIUM - Latinoamérica. (1° Edición). 2008.
- Espejo Arias MD. Cuidados Paliativos. Difusión Avances de Enfermería. Madrid - España. 2000.
- Manual de Enfermería Oncológica. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación. Noviembre 2011
- Arraga C, Farias A. Arte Terapia: una disciplina como espacio de encuentro. Instituto Universitario Nacional del Arte (IUNA). Paper del Programa de Incentivos a Docentes Investigadores del Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología para el periodo (2007-2009)
- Bassols Mereia. "El arteterapia un acompañamiento en la creación y transformación". Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol. 1 (2006): 19-25
- Collette N. Hasta llegar, la vida. Arte-terapia y cáncer en fase terminal. Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social .Vol. 1: 149-159. 2006
- Dalley, T. El arte como terapia. Editorial Herder. Barcelona. 1987.
- Diez. N. "Investigaciones en curso sobre arteterapia en la Universidad Complutense de Madrid". Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. Vol. 1 (2006): 45-67
- Farias A. "Arte terapia en Argentina: Una historia, un relato, una versión." Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social 199. Vol. 2 (2007): 199-202
- Fiorini H. "El psiquismo creador, Teoría y clínica de los procesos terciarios". Nueva Visión. Buenos Aires, 2006
- Freud S. "Análisis de la fobia de un niño de 5 años". Buenos Aires. Amorrortu. 1989.
- Freud S. "El delirio y los sueños de Gradiva de W Jensen".
- Freud S. "Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci"
- Klein J. "La creación como proceso de transformación". Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. Vol. 1(2006): 11-18.
- Arteterapia. La creación como proceso de transformación. Barcelona, Ed. Octaedro, 2006
- Mamapaso, A. Para todos la muerte tiene una mirada. Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. Vol. 1(2006): 161-178
- Paín, S. Una psicoterapia por el arte. Teoría y práctica. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1995.
- Fan Qu, Jue Zhou. Electro-acupuncture in relieving labor pain. eCam 4(1)125-130, 2007.
- Bossy, Maurel, Godlewski. Le substratum microscopique des points d'acupuncture. Bull Ass. Anat.1975. 165, 357-363.
- Bossy J. Neural mechanism in acupuncture analgesia. Min. Med. 70,1705.-1715.1979.
- Cheng R. Neurophysiology of electroacupuncture analgesia. In Scientific Basis of acupuncture. B Pomeranz. G Stux.Springer Verlag. 1989. Pág 119 -136
- Pan Jiancui et al. The influence of arcuate nucleus lesion and acupuncture at different points on norepinephrine in the hypothalamus. Acup research.16(3-4),183. 1991.

- Xie Guoxi et al. The analgesic effect of dynorphin A in spinal cord of the rat potentiated by dynorphin B. In Han Js, the Neurochem. basis of pain relief by acup, Beijing.270-274. 1987.
- Ruan Huaizhen, et al. Effect of 5-HT and somatostatin on SP and chronic pain initiated electrical activity of neurons in spinal dorsal horn. Acup. Research. 21(3),27-31. 1996.
- Zhou L., et al. Role of opioid peptides of rat's nucleus reticularis paragigantocellularis lateralis (RPGL) in acupuncture analgesia. Acup and Electrotherap. Research. 20(2),89-100.1995.
- Mayer DJ, Price DD, Rafii A. Antagonism of acupuncture analgesia in man by the narcotic antagonist naloxone. Brain Res. 121: 368-372. 1977.
- The relation between acupuncture analgesia and neurotransmitters in the brain. Res. Group of Acup Anest. Hunan Med. Coll. Nat Med. J. China 8:478-86. 1973.
- Han JS., et al. Central neurotransmitters and acupuncture analgesia. Am. J. of chinese medicine. 8(4),331-48.1980.
- Zheng M, Wang LJ, Yang SL, Tsou K. Chin. Electroacupuncture increases proopi-melanocortin mRNA in the pituitary and the proenkephalin mRNA in the adrenal gland in the rat. J. Physiol Sci. 3: 106. 1987.
- Qiu XC, Jia GL, Han JS. J. The effect of intraventricular injection of cAMP on acupuncture analgesia and morphine analgesia in the rat. Beijing Med. Coll. 1:4-6. 1979
- Zhou ZF, Xie GX, Han JS. Substance P produced analgesia by releasing enkephalins in periaqueductal gray of the rabbit. Kexue Tongbao 28:1716. 1983.
- Zhou Lu et al. Acupuncture effects on gastrin in central nervous system, serum and antral mucosa of the dogs. Acupuncsdture research. 8(1),37.1983.
- Zusun L, Jun C. The role of histamine in acupuncture analgesia. Adv. in Acup. and Acup-Anesth. p. 472-3. 1980.
- Wei X, Yuzhong W, Zhengqiu C, Kunhou H, Xinshan C, Wencheng D, Xiagdi R. The role of cerebral cortex in acupuncture analgesia. Adv. in Acup. and Acup. Anaesth. p. 322. 1980.
- Nanna Goldman, Chen, T Fukita, Q Xu, W Peng, W Liu, T K Jensen, Y Pei, F Wang y cols. Adenosina A1 receptors mediate local anti-nociceptive effects of acupuncture. Nature neuroscience. do:10.1038/nn.2562.1-7, 30 may, 2010.
- Besedovsky, H. H., Del Rey , A. Immune-neuro-endocrine interactions: facts and hypotheses. Endocrine reviews vol 17, nº 1, 64-98. 1996.
- Deng G.; Rausch S.; Jones L.; Gulati A.; Kumar N.; Greenlee H.; Pietanza M.C.; Cassileth B. R.: Complementary Therapies and Integrative Medicine in Lung Cancer, Diagnosis and Management of Lung Cancer, 3er ed: American College of Chest Physicians. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST 2013; 143 (5) (Suppl):e420S-e436S.
- Dobbs, B.; Paratte, D., Poletti, R.: Reflexología. Ed. Rol. Barcelona, 1990.
- Fu-Chun W., Decano de la Facultad de Acupuntura y Masaje de la Universidad de Chuangchun: Chinese Style Foot Masaje for Common Illnesses. Edición castellana. (Reflexología, masaje de las zonas reflejas). Editorial Hispano Europea. Barcelona, 2009.
- Ingham, E.: Método Reflexológico Ingham: Historias que los pies pueden contar e Historias que los pies han contado. Ediciones Abraxas, 1999.
- Manzanares, J.: Principios de Reflexología. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona, 2003.
- Marquardt, H.: Manual Práctico de la Terapia de las Zonas Reflejas de los Pies. Ediciones Urano. Barcelona, 2007.

-Stephenson, NL.; Weinrich, SP.; Tavakoli, AS.: The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. *Oncol Nurse Forum*. 2000. Jan-Feb; 27 (1): 67-72.

-Vazquez Gallego, J.: *El masaje terapéutico y deportivo*. Mandala Ediciones. España, 2000.

-Wang M.Y., Tsai P.S. , Lee P. H., Chang W. Y. & Yang C. M. The efficacy of reflexology: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2008. 62(5): 512–520.