

## CUIDADOS PALIATIVOS

---

*A veces sentimos que lo que hacemos es tan sólo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara esa gota.*

*Madre Teresa de Calcuta- Premio Nobel de la Paz en 1979.*

### CONTROL DE SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Es el sustrato fundamental de los cuidados paliativos, y se aplica a enfermos que en su evolución presentan múltiples síntomas, de origen multifactorial. Si bien en esencia, no difiere del tratamiento sintomático que ya se realizaba en los pacientes terminales de las salas de clínica, hay que reconocer su especialización, y su particular interés en ayudar a pacientes en una etapa difícil, a sus familias, e incluso al equipo sanitario, quienes pueden dedicarse nuevamente a tratar enfermos agudos.

Para realizar un abordaje adecuado, será necesario:

- Realizar evaluaciones que determinen si el síntoma es atribuible a la neoplásia, a la terapéutica efectuada, o no tiene relación.
- Evaluar la fase evolutiva de la enfermedad, situación clínica general, y la ecuación daño/ beneficio (no siempre tratar sintomáticamente es mejor). Por ejemplo administrar inotrópicos en un neoplásico, en fase agónica.
- Mediar precozmente el síntoma, y monitorear (con algún método de medición) la respuesta.
- Preferir una posología fácil, utilizando una vía adecuada a la situación clínica; siempre escoger la vía oral como primer elección.
- Evitar la polifarmacia y retirar medicamentos innecesarios (replantear su necesidad todos los días).

#### ❖ ANOREXIA

Es frecuente en neoplásicos y dementes avanzados; genera ansiedad y culpa en el entorno familiar (explicarles el origen y posibilidades terapéuticas). En las últimas semanas de vida, o si el demente avanzado se arranca reiteradas veces la sonda de alimentación, en general no tiene sentido insistir.

Se puede intentar en neoplásicos estimular el apetito, con la finalidad de aminorar el aspecto horripilante (para el mismo, cuando se mira al espejo; para su familia y sus amigos) del caquético. Un enfermo me dijo: no quiero que mi familia me recuerde tan consumido doctor, quiero comer...:

- Dexametasona 2-4 mg/ día, por su efecto euforizante y orexígeno, durante un periodo menor a 3-4 semanas.

- Acetato de Megestrol 160-1600 mg cada 24 horas.
- Metoclopramida o pro – cinéticos, si se acompaña de náusea y saciedad precoz.

### ❖ BOCA SECA Y/O DOLOROSA

Muy frecuente en pacientes neoplásicos por interurrencias y/o tratamientos inmunodepresores; también en dementes, por la escasa higiene bucal proporcionada por sus cuidadores. La presentación habitual es con dolor bucal, dificultad para deglutir y ausencia de saliva.

Entre las causas más frecuentes se encuentran:

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

Se deberá mantener la boca limpia y adecuadamente húmeda, mediante el procedimiento que se describe a continuación, efectuado cada hora, o con mayor frecuencia si hay respiración bucal.

#### **Materiales a utilizar**

<b>Separador de boca</b>	<b>Gasas</b>
<b>Baja lengua</b>	<b>Campo quirúrgico o toalla</b>
<b>Cepillo de dientes</b>	<b>Glicerina o solución antiséptica</b>
<b>Hisopos de algodón</b>	<b>Vaselina</b>
<b>Torundas de esponja</b>	<b>Riñonera</b>
<b>Guantes de látex</b>	

**Solución para desbridar** (diseca fuliginosidades o filamentos resacos y adheridos en el interior de la boca) (*ver tipos de enjuagues, más abajo*)

- Una parte de agua oxigenada.
- Tres partes de bicarbonato.

**Preparación del paciente:** Este o no consciente, hablarle y explicarle las maniobras que realizaremos. Colocar el campo o toalla para evitar ensuciar la cama.

**Procedimiento:** Colocar separador de boca o usar baja lengua, según estado del paciente. Mojar cepillo de dientes en solución desbridante e higienizar dientes, encías y lengua. Usar hisopos de algodón donde no se puede llegar con cepillo. Repetir tantas veces como sea necesario, y dejar actuar la solución desbridante de 2 a 3 minutos.

Usando fragmentos de esponja, higienizar el resto de la cavidad bucal. Topicar la boca con otra esponja, impregnada en solución antiséptica o en glicerina (excelente humectante bucal).

Con una gasa, aplicar vaselina en los labios.

## TIPOS DE ENJUAGUES BUCALES

### □ Soluciones Desbridantes:

Indicaciones:

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

Formulas:

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

### □ Soluciones Antisépticas:

Indicaciones:

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

Principio activo:

- Hexetidina
- Clorhexidina
- Povidona yodada

### □ Soluciones Anestésicas:

Indicaciones:

- Afecciones dolorosas de boca o esófago.

Principio activo:

- Lidocaina viscosa al 2%
- Hidróxido de aluminio y Lidocaina al 2% en partes iguales
- Difenhidramina (enjuagues con cápsulas disueltas en agua).

Pueden tragarse luego del enjuague

**BOCA SECA:** Es frecuente en cáncer avanzado debido a múltiples causas, y suele acompañarse de halitosis, disminución del gusto, dolor, sensación quemante y dificultad para masticar y deglutir. Es elemental que el enfermo este bien hidratado (salvo que se busque la deshidratación preterminal)

- **Higiene:**

Enjuagues desbridantes\* luego de cada comida, haciendo buches durante 5 a 10 minutos.

Cepillarse los dientes después del enjuague con cepillos suaves y pastas dentífricas no irritantes.

- **Para aumentar la salivación:**

Chupar comprimidos de vitamina C.  
Chupar caramelos (sin azúcar) de limón.  
Masticar chicles sin azúcar.  
Chupar trocitos de piña (ananás), natural.  
Chupar cubitos de hielo aromatizados (preparados con agua tónica, limón, cereza)

- **Para refrescar la boca:**

- Frecuentes buches con agua fresca, durante 5-10 minutos.
- Prescribir saliva artificial: 12 mg de metilcelulosa, 0.2 mL de esencia de limón y 600 cc de agua.

*\*Alternar soluciones de Povidona yodada con agua (50% - 50%), con otras de agua oxigenada mas agua (50% - 50%), cada 1 ó 3 horas, dependiendo del estado del enfermo.*

En Mucositis secundaria a radioterapia y/o quimioterapia, podemos usar una fórmula magistral, mezclando a partes iguales :

- 1) Difenhidramina al 0.25%
- 2) Hidróxido de aluminio
- 3) Solución de Lidocaina clorhidrato al 2% en carboximetilcelulosa al 1%.

En caso de micosis, usar enjuagues con nistatina cada 4-6 horas y luego tragar, o dar Fluconazol 50-100 mgr por día durante 5-7días, o bien dosis única de 200mg.

## ❖ COMPRESIÓN MEDULAR

Es una urgencia oncológica que debemos sospechar en todo paciente que refiera dolor en columna, debilidad o parálisis en miembros, trastornos sensitivos o alteraciones de esfínteres (globo vesical e incontinencia urinaria).

La terapéutica inicial se realiza con Dexametasona 100mg, diluida en 100cc de solución fisiológica. Infundir por vía endovenosa durante 10 minutos, y remitir al paciente a un centro hospitalario para confirmar diagnóstico y continuar tratamiento.

El tratamiento es paliativo y debe ajustarse a las expectativas de vida del paciente. La descompresión dentro de las 2 horas de una injuria severa puede lograr alguna recuperación. Con mielopatías incompletas, especialmente si los miembros se tornan progresivamente paréticos, el realineamiento puede intentarse incluso luego de varias horas (si es aguda tolera hasta 12 a 20 horas; si es crónica puede llegar a 24 horas). Los métodos quirúrgicos dependen de la naturaleza de la injuria. En mielopatías transversas completas, más allá de 6 a 12 horas, la laminectomía descompresiva usualmente no es exitosa.

## ❖ DIAFORESIS (SUDORACIÓN PROFUSA)

Es una sudoración profusa, no provocada por actividad física, respuesta emocional ni temperatura ambiental elevada. Cuando es de causa emocional, suele limitarse a manos, pies, cara y axilas. Cuando suda todo el cuerpo, se debe considerar otras causas.

Etiología habitual:

- ◆ Fiebre de causa infecciosa; algunas veces, de causa tumoral
- ◆ Ciertos alimentos y medicamentos (como el café y la morfina)
- ◆ Hipertiroidismo
- ◆ Hipoglucemia
- ◆ Estimulación emocional o psicológica
- ◆ Comidas excesivamente condimentadas
- ◆ Drogas (antipiréticos, intoxicación por aspirina y acetaminofén, algunos antipsicóticos, simpatomiméticos y hormonas tiroideas)
- ◆ Abstinencia de alcohol o analgésicos narcóticos
- ◆ Síndrome neuroléptico maligno
- ◆ Obesidad

Tratamiento paliativo:

- \* Ranitidina (150 mg / 12 horas)
- \* Indometacina 25 mg./ 8 horas.
- \* Dexametasona 2-4mg./ día.
- \* Aluminio cloruro de, aplicado como loción.
- \* Solución de formaldehído en palmas y plantas.
- \* Ciclodextrinas, como crema protectora dérmica
- \* Talcos (elegir aquellos que no tengan ningún aditivo)
- \* La iontoforesis (aplicación de corriente eléctrica de bajo amperaje, a la superficie de la piel) resulta en reducción del sudor en ese sitio.
- \* Si es secundaria a ansiedad pueden usarse:
  - B-bloqueantes (Propranolol, 10-40 mg./ 8 horas.)
  - Clorpromazina 25 mg./ 8horas.
  - Benzodiazepinas.

## ❖ DIARREA

Si bien su presentación es menos frecuente que el estreñimiento, a excepción de enfermos con SIDA, su causa más común es el abuso de laxantes, aunque conviene siempre descartar la secundaria a bolo fecal (realizar tacto rectal: “meter el dedo, para no meter la pata”).

Tratamiento:

- Dieta astringente.
- Loperamida 4mg / 3-4 veces al día
- Codeína 30-60mg / 6-8horas (a veces presenta efectos colaterales a nivel de sistema nervioso central).
- **Si existe esteatorrea** administrar Pancreatina (2-3 cápsulas por comida), que puede provocar prurito perianal, o dar Anti-H2 (Ranitidina, Cimetidina)

- **Diarrea de origen biliar:** Colestiramina 1 sobre cada 8 horas.
- **Diarrea secundaria a Radioterapia:** Naproxeno comprimidos (250-500mg/12h.) y administrar enemas con corticosteroides.
- **Cáncer rectal con tenesmo:** administrar enemas con corticosteroides.
- **Diarreas acuosas intratables,** pueden beneficiarse de infusiones con Octreótide.

## ❖ DISFAGIA

Es frecuente en neoplasias orofaríngeas o esofágicas, enfermedades cerebrales, infecciones (Herpes virus, candidiasis), mucositis secundaria a radioterapia o quimioterapia, y en compresión esofágica por masa extrínseca.

El tratamiento es paliativo y debe ajustarse a las expectativas de vida del paciente:

- Nutrición enteral o parenteral, radioterapia paliativa, prótesis esofágica.
- Dexametasona oral o parenteral 8- 40mg cada 24 horas para intentar disminuir la masa tumoral.

Si existe sialorrea (salivación excesiva) usar fármacos con efecto anticolinérgico (amitriptilina, hioscina), monitoreando la intoxicación atropínica.

## ❖ DISNEA

Está presente en algún momento, en el 40-55% de los pacientes con cáncer. Puede tener relación con la neoplasia, o ser secundaria al tratamiento (Quimioterapia, Radioterapia).

Como medidas paliativas, se sugieren:

**Medidas generales:** Humedificar ambiente, administrar oxígeno y elevar cabecera.

**Ansiolíticos** (disminuyen ansiedad y taquipnea)

- **Vía oral.** Diazepam 5-10 mg cada 8-12 horas
- **Sublingual.** Lorazepam 0.5-2 mg cada 4 a 12 horas
- **Subcutánea.** Midazolam 2.5-5 mg cada 4 horas
- **En infusión.** Midazolam 0.5-0.8 mg por hora
- **Intramuscular.** Clorpromacina 25-100 mg/24horas

**Morfina:** hay mucha literatura - *incluso encíclicas papales* -, avalando su uso en el paciente terminal, sobretodo cuando no queda otro recurso, y aun cuando deprime el centro respiratorio, y de ello se devenga un acortamiento, no buscado, de la vida.

**Si es uso inicial.** Dar 2.5-5mg cada 4 horas (subcutánea o jarabe); 10-30 mg cada 12horas.

**Si hay uso previo.** Aumentar dosis diaria en un 50%.

El 74 % de los enfermos controlados en domicilio reciben tratamiento con morfina, y la vía oral es la más utilizada. La subcutánea, es más utilizada en los últimos 3 días de vida.

**Corticoides:** si hay linfangitis carcinomatosa, neumonitis post-radioterapia, síndrome de vena cava superior u obstrucción de vías respiratorias.

**Dexametasona** 20-40 mg cada 24hs, oral o parenteral

### ❖ ESPASMOS/ CALAMBRES MUSCULARES

Son poco frecuentes pero producen gran disconfort en los pacientes. Su etiología es diversa: lesiones del sistema nervioso, dolor óseo, alteraciones metabólicas, insuficiencia respiratoria, fármacos (diuréticos, fenotiazinas).

Si existe **espasticidad**, administrar:

- Clonazepan 0,25-2mg/ 6-8horas
- Diazepan 5-10 mg/ 8horas
- Baclofeno 5-30 mg/tres veces al día

En calambres secundarios a **radioterapia o quimioterapia**

- Carbamazepina 200mg / 12 horas
- Fenitoína 200-300mg / día
- Quinina 200 mg, como relajante muscular

En calambres por **Uremia**.

- Clonazepan (5mg./ dosis nocturna)

### ❖ ESPASMO VESICAL

Se define así al dolor intenso suprapúbico intermitente que se produce por espasmo del músculo detrusor de la vejiga. Puede deberse a: infiltración tumoral, sondaje vesical, infección urinaria y estreñimiento.

Tratar según la etiología: antibióticos en las infecciones urinarias, laxantes en el estreñimiento, cambio de la sonda urinaria o disminución del inflado del balón. Puede usarse además:

- Amitriptilina 25-50 mg/día
- Hioscina 10-20mg/ 8 horas oral o subcutáneo
- Oxibutinina 5-5mg/ 6h
- Naproxeno 250-500mg./ 12h

### ❖ ESTERTORES PREMORTEN

Se define así a los ruidos percibidos con los movimientos respiratorios de pacientes terminales y que son provocados por acumulación de secreciones. Esta situación, suele causar gran angustia a los familiares, debido a que piensan que el paciente se muere ahogado.

Su tratamiento consiste en usar en forma precoz **n-metilbromuro de Hioscina**, 10-20mg./6-8 horas por vía subcutánea.

### ❖ CONSTIPACION

Aparece en el 90% de los pacientes terminales. Sus causas principales son la postración, deshidratación, alteraciones metabólicas, enfermedades neurológicas, fármacos (opioides, anticolinérgicos, etc.).

Puede causar o exacerbar flatulencia, dolor abdominal, anorexia, náusea y vómitos, disfunciones urinarias, confusión, diarrea por rebosamiento. Es necesario descartar obstrucción intestinal (abdomen distendido, peristaltismo aumentado, borborigmos).

Deben administrarse laxantes de forma profiláctica, a pacientes que se les administre opioides. Los laxantes oleosos como la vaselina, pueden bronco-aspirarse y no provocar tos, por lo que se administrarán en pacientes plenamente vigiles. En estreñimientos de varios días de evolución, realizar tacto rectal para valorar estado de la ampolla rectal.

Los fármacos laxantes pueden ser de varios tipos:

- ◆ **Reguladores** (aumentan el volumen de la masa fecal). Son poco útiles en el enfermo terminal.  
Ej. Metilcelulosa, salvado, plántago psyllium
- ◆ **Detergentes** (permiten el paso de agua a la masa fecal)  
Ej. Vaselina (Período de latencia de 6-12 horas)
- **Osmóticos** (retienen agua en la luz intestinal).  
Ej. Lactulosa y Lactitol. (Período de latencia de uno a dos días)
- ◆ **Estimulantes** (aumentan el peristaltismo intestinal)  
Ej. Senósidos, Bisacódilo. (Período de latencia de 6-12 horas). Están contraindicados si se sospecha obstrucción intestinal.

En estreñimientos pertinaces es necesario combinar laxantes de mecanismo de acción diferente (Ej. Vaselina + Senósidos + osmóticos).

En caso de **impacto fecal**, valorar 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 micro enema fosfatado; otra opción, administrar enema de Murphy; de no conseguir evacuación, realizar desimpactación manual.
- **Ampolla rectal vacía:** usar fármacos estimulantes por vía oral y dosis altas de laxantes osmóticos.

Se puede intentar desimpactación farmacológica con polietilenglicol: Administrar 8 sobres disueltos en un litro de agua, y tomarlos en un período de seis horas.

## ❖ FIEBRE TUMORAL

Predomina en los tumores que afectan al hígado y en neoplasias hematológicas. El tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroideos (Naproxeno 250mg./ 12 hs) que suprimen la fiebre tumoral, pero no la secundaria a infecciones.

## ❖ HEMOPTISIS

Si es una masiva en un paciente terminal, debe valorarse la sedación y analgesia parenteral con Morfina y Benzodiacepinas (Midazolam o Diazepam).



Si es leve, pueden utilizarse agentes hemostáticos orales:

- Ácido Tranexámico (*no se comercializa en Argentina*)
- Etamsilato 150 –200 mg cada 6 horas
- Antitusivos (codeína)
- Radioterapia Paliativa (valorar).

## ❖ HIPERCALCEMIA

Es frecuente en neoplásicos (10-20%), sobre todo los que tienen afectación ósea (pulmón, próstata, mama, mieloma múltiple). Clínicamente se manifiesta por deshidratación, anorexia, prurito, náuseas, vómitos, estreñimiento, alteraciones mentales y cardiovasculares. Además de medirlo en sangre, es útil calcular el QT corregido del EKG (se acorta en la hipercalcemia).

Se ha de valorar la necesidad de tratarla, en función de la situación clínica y pronóstica del paciente. Existen las siguientes posibilidades:

- ◆ Rehidratación con solución fisiológica y posteriormente furosemida (40-60mg /8 h.)
- ◆ Corticoides en hipercalcemias por linfomas o mielomas: 40-100 mg/día de prednisona por vía oral o IV
- ◆ Bifosfonatos:
  - **Pamidronato:**  
*Hipercalcemia Moderada* (calcio sérico corregido de aproximadamente 12 - 13.5 mg/dL): La dosis recomendada es 60 a 90 mg. La dosis de 60 mg, es dada inicialmente, por infusión intravenosa durante 4 horas. La dosis de 90 mg debe ser dada por infusión intravenosa durante 24 horas.  
*Hipercalcemia Severa* (calcio sérico corregido mayor a 13.5 mg/dL): La dosis recomendada es 90 mg, que es dada inicialmente, por infusión intravenosa durante 24 horas.
  - **Clodronico ácido**, una ampolla diaria de 300mg. diluida en 500cc de solución fisiológica, a infundir en 2 horas, durante 2-3 días ; posteriormente vía oral (2 cápsulas c/12hs.).

## ❖ HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL

Suele producirse por tumores primarios o metástasis cerebrales. Clínicamente se caracteriza por cefalea, vómitos, alteraciones visuales, trastornos en la marcha, disartria.

Puede tratarse con dexametasona, dosis de ataque de 16 - 40 mg/día, oral o parenteral, y posteriormente dosis de 2-8 mg/ 4-6 horas, o en dosis única. En pacientes con poca esperanza de supervivencia, puede iniciarse tratamiento empírico, sin confirmar el diagnóstico con otros estudios.

## ❖ HIPO

Puede deberse a: distensión gástrica, irritación frénica, lesión cerebral, uremia o elevación del diafragma (hepatomegalia, ascitis, masas subfrénicas).

Se intentará suprimirlo con fármacos:

- Clorpromazina 10-25mg/ 8 hs (de 1era elección en cuidados paliativos)
- Baclofeno 5-10 mg/ 8hs
- Nifedipino 10-20 mg/ 8hs
- Valproato sódico 500-1000mg/ día.

### **Hipo por edema cerebral**

Dexametasona 32 mg / día

### **Hipo con dispepsia y/o distensión gástrica**

Metoclopramida 5-10 mg/6-8 horas, oral o Sc.

Mosapride 15 mg por día, repartidos en 3 tomas, antes o después de las comidas.

## **❖ NÁUSEAS Y VÓMITOS**

Presentes en 60% de las neoplasias avanzadas, y se deben a múltiples causas:

Secundarios al cáncer

Edema cerebral  
Obstrucción intestinal  
Hipercalcemia  
Hepatomegalia  
Toxicidad tumoral  
Lesión gástrica  
Dolor  
Estreñimiento

Secundarios al tratamiento

Quimioterapia  
Radioterapia  
Fármacos

Sin relación con el cáncer ni con el tratamiento

Uremia  
Úlcera péptica  
Infección

Es necesario tratar las causas médicas reversibles; es de elección la vía oral pero usar la vía subcutánea si existen: vómitos repetidos, obstrucción o malabsorción gastrointestinal. El tratamiento farmacológico puede ser:

### **Vómitos inducidos por opioides:**

Metoclopramida 5-10 mg/6-8 horas, oral o Sc.

Haloperidol 5 a 10mg/12-24 hs. Vía oral o Sc.

### **Vómitos por quimioterapia:**

Ondansetron 8-16 mg./24 hs.

Dexametasona 4-20 mg./24 h. Oral, Sc. IM

Lorazepan en vómitos anticipatorios a la quimioterapia

### **Vómitos por éstasis gástrico:**

Metoclopramida 5-10 mg/6-8 horas, oral o Sc.  
Mosapride 15 mg por día, repartidos en 3 tomas, antes o después de las comidas.

**Vómitos por hipertensión intracraneal:**

Dexametasona, dosis de ataque de 16 - 40 mg/día, oral o parenteral, y posteriormente dosis de 2-8 mg/ 4-6 horas, o en dosis única.

**Vómitos por obstrucción intestinal:**

Haloperidol Sc 2,5-5mg / 8-12 hs.

Tratamiento del dolor tipo cólico con Hioscina 10-20 mg./6 hs

Tratamiento del dolor continuo con

- Opioides (dosis según respuesta clínica)
- Dexametasona bolos endovenosos de 40-80 mg./24 h;
- Octreotide 0,1-0,2 mg/ 8-12h. SC para reducir las secreciones intestinales.

**Vómitos por Hipercalcemia:**

Valorar la necesidad de tratarla según el estado clínico y evolutivo del paciente.

**❖ PRURITO**

Puede deberse a sequedad de piel, infecciones, fármacos, obstrucción de vía biliar, tumores hematológicos, de estómago, pulmón o síndrome carcinoide. Se trata con:

**Medidas generales:**

Hidratación de la piel  
Disminuir ansiedad  
Cambio frecuente de ropas.

**Prurito localizado en áreas pequeñas:**

Gel de Lidocaina 2%  
Loción de Calamina  
Esteroides tópicos

**Prurito generalizado:**

Hidroxicina 25mg./ 8hs vía oral  
Clorpromazina 25-50 mg/12 hs vía oral

**Prurito por colestasis:**

Resinas reintercambio:  
Colestiramina 4gr./ 8 hs (mala tolerancia gastro intestinal; no es eficaz si la obstrucción biliar es completa).

Inductores enzimáticos:

Rifampicina 150-600 mg/día vía oral  
Fenobarbital 30-80 mg oral/ 8 horas (efecto sedante)

## ❖ SÍNDROME DE APLASTAMIENTO GÁSTRICO

Es la compresión del estómago por una gran masa en crecimiento (casi siempre una hepatomegalia tumoral), que se caracteriza por saciedad precoz, náuseas y/o vómitos, dolor abdominal y dispepsia.

Tratamiento:

- Realizar comidas de poca cantidad y con más frecuencia.
- Metoclopramida 10-20 mg / 6-8 hs
- Antiácidos endovenosos.
- Analgésicos opioides
- Bolos IV de Dexametasona (40-80mg / 24hs) en un intento de disminuir la compresión gástrica.

## ❖ SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (delirio y agitación)

El delirio se produce hasta en 80% de las neoplasias avanzadas. Se caracteriza por alterar la conciencia, con pérdida de memoria y desorientación temporo-espacial, que se produce en un corto período de tiempo (horas / días), y que suele ser fluctuante a lo largo del día.

Suele ser multifactorial, y en la mayoría, es difícil realizar un diagnóstico etiológico: Infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas, hipoxia, trastornos metabólicos, fármacos (opioides, benzodiacepinas, esteroides, etc.), insuficiencia hepática o renal, anemia, impactación fecal, retención urinaria, supresión brusca de medicación.

El tratamiento debe ser etiológico si se identifica la causa y la situación global lo justifica. En caso contrario puede iniciarse tratamiento sintomático:

### Neurolepticos.

Haloperidol (de elección) 2-5 mg / 24hs, oral o subcutáneo.

En crisis aguda, dar 5-20 mg, y si a los 20-30 minutos no es eficaz, dar una segunda dosis, o añadir Midazolam 5-15 mg. subcutáneo.

### En caso de **confusión y agitación en un paciente moribundo**

Levomepromazina 12,5-25 mg/ 4-6 hs, subcutáneo.

Midazolam 15 mg- ampolla, dosis de ataque de 0.15-0.3 mg/Kg.; la dosis de mantenimiento es 0.05-0.13 mg/ Kg. /h, mediante una preparación de 150 mg/250 mL de dextrosa 5% (0.6 mg/mL)

## ❖ TENESMO URINARIO

Es el deseo constante de orinar, que se realiza en forma de goteo. Es preciso descartar infección vesical, estreñimiento (por compresión sobre vejiga del bolo fecal) o fármacos (Fenotiacinas, Haloperidol).

Su tratamiento paliativo se realiza con

- Prazosín 0,5-1mg / 8-12hs (alfa-bloqueante: vigilar hipotensión)
- flavoxato 200 mg media a 1 tableta, 3 a 4 veces por día. Con la mejoría, reducir la dosis.

## ❖ TOS

Tiene una etiología multifactorial y suele exacerbar otros síntomas (dolor, vómitos, insomnio). Debemos descartar:

- Efecto secundario de fármacos(IECA)
- Insuficiencia cardíaca (predominio nocturna y en decúbito)
- Infección respiratoria
- Reflujo gastro-esofágico

El tratamiento sintomático, si esta indicado, realizarlo mediante gotas de DIONINA CODEINA, cuya dosis deberá ajustarse a la severidad del síntoma y a la respuesta del enfermo, aunque en adultos oscila entre 15 a 60 mg cada 4 a 6 horas (usual 30 mg), y/o nebulizaciones con solución fisiológica.

## ❖ ORDEN DE NO INTENTAR REANIMACION

Los intentos de reanimación ante un paro cardiorespiratorio son comunes. Dada la urgencia, muchas veces se llevan a cabo sin reflexionar sobre posibilidades de recuperación, y sin información de la voluntad del enfermo.

Es común que a la guardia llegue un paciente en paro o "boqueando". Ante la ignorancia del cuadro de base, es lógico que se intente reanimar, pero debe replantearse el continuar, si se constata (por informe del familiar o documentación escrita), que es portador de enfermedad terminal. Esta situación, pone en evidencia una mala preparación del grupo familiar, para enfrentar en el domicilio, la etapa final.

Por ello, teniendo en cuenta la agresividad de esta alternativa terapéutica, el medico que atiende habitualmente al enfermo, debe dejar en claro como procederá en el momento final, y los roles que cumplirá cada uno.

Si en vez de concurrir alguien del equipo de cuidados paliativos, la familia llama a una ambulancia de emergencias "porque lo ve muy mal", no es extraño que la reacción sea trasladarlo "de urgencia" al lugar de internación.

## ❖ COMENTARIO FINAL

En cuidados paliativos, con la muerte del enfermo no se terminan las acciones medicas. Muchas veces, una excelente atención medica *premortem*, se desluce en esta etapa, por desconocimiento del equipo sanitario para asesorar en cuestiones administrativas y legales, y esto impacta tanto a la familia, que pareciera a veces, que "es lo único que recuerdan"

Se deben conocer las normativas legales sobre informes escritos, certificaciones, normas institucionales, traslado del cadáver entre provincias o países, solicitud de autopsia, autorización de cremación del cadáver, etc.

El medico tiende a "declamar" sobre la conveniencia que el paciente terminal muera en su casa. Pero cuando el óbito es en domicilio, la familia descubre que, si no es posible ubicar al medico tratante, ningún otro quiere firmar el Certificado de Defunción, o si lo

hace, le pone el rotulo de "muerte dudosa", alegando que no conocía al enfermo (con lo cual pasa a morgue judicial para autopsia); muchas veces, la familia debe "pagar" una cantidad no despreciable, para que un servicio privado de funeraria, consiga el certificado, y termine con el peregrinar burocrático.

La ley exige al médico la extensión del certificado de defunción, y cuando usa la expresión "de los pacientes fallecidos bajo su asistencia", incluye aquellos en que simplemente comprueba fallecimiento. En estos casos, debe certificarse la defunción y extender certificado, si es necesario con diagnostico "se desconoce causa". La ley pretende que se haga diagnostico de muerte, y quien solo puede certificarla, es un medico. El medico **SIEMPRE** debe extender el certificado de defunción.

La gente percibe que el morir en el hospital, trae menos problemas administrativo-legales para los deudos; el trámite de morir en domicilio debería facilitarse, si es que se busca que sea aceptado por la sociedad.

### ❖ SOLICITUD DE AUTOPSIA

Conseguir permiso para estudio necrópsico es una tarea incomoda, pero en el ámbito hospitalario, siempre debería hacerse. Las normativas sobre como pedirla son superfluas, ya que las situaciones y las personalidades implicadas, varían ampliamente.

Es un error considerar que en fallecidos de edad avanzada, no hay valor en los aportes del prosector. En países avanzados, la calidad de un hospital se evalúa (entre otras cosas), por el porcentaje de autopsias.

La iatrogenia que produce una sonda prolongada en la vejiga (ulceras de la mucosa, incrustación de pedazos de sonda, etc.), o las frecuentes complicaciones de la punción subclavia (neumotórax, hemotórax, suerotórax, etc.), no diagnosticadas en vida por los médicos tratantes, son alertadas por los forenses, y debieran servir para modificar conductas en futuros casos.

No debe despreciarse la tranquilidad que produce en la familia, conocer las verdaderas causas del fallecimiento.

**El trabajo de un buen equipo de cuidados paliativos, se extiende mucho mas allá de la muerte física del enfermo.**

### ❖ DUELO EN LA FAMILIA

El duelo es un proceso adaptativo que implica el sufrimiento por la muerte de alguien querido. Incluye reacciones emotivas, o de comportamiento, antes de la perdida. A pesar de ser doloroso, si logra su expresión y aceptación, es curativo. La duración es variable pero se acepta que dura aproximadamente dos años. Cuando se alarga en el tiempo (duelo patológico), puede dejar secuelas.

En el duelo se distinguen tres fases:

- **Fase I o inmediata:** Es la no aceptación, mezcla de negación, rechazo y auto – reproches, que dura días o semanas. Son características las ideas negativas ("la vida no merece ser vivida"), la sensación de vacío, la sublimación de los valores personales del difunto y de los momentos vividos en común, el bloqueo psicológico y el deseo solidario de muerte.
- **Fase II o intermedia:** domina la depresión y el dolor ("sí, es cierto, pero no lo puedo soportar"). Se inicia la aceptación, pero se reviven los recuerdos. Puede durar meses o años y es característico el auto reproche (culpa del sobreviviente), la visualización del fallecido o sus pertenencias en lugares de la casa, la realización de tareas o gestos que eran del agrado del fallecido, y en personas creyentes, un aumento de la actividad religiosa.
- **Fase III estable o tardía:** Existe una decantación en la nueva circunstancia; se asume la pérdida entre el miedo al futuro y la imposición de lo cotidiano. Se acepta como algo irremediable y se tiende a reorganizar. Puede alargarse 6 y 12 meses y aparecer hacia el segundo año. Es característica la sensación de pérdida irreparable, la pérdida de interés, la aceptación de la vida como una obligación, la sensación de vacío y soledad, la hipertrofia del ser querido, y finalmente, la aceptación del nuevo rol social (viuda, viudo, huérfano)