



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MODALIDAD PRESENCIAL

ESCUELA DE MEDICINA

**“DETERMINACIÓN Y MANEJO DE PRINCIPALES SÍNTOMAS EN
PACIENTES NO ONCOLÓGICOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA
AVANZADA Y EN ETAPA FINAL DE LA VIDA ATENDIDOS EN
INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL
PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2010”**

Tesis de fin de carrera previa a la obtención del título de: MÉDICO

AUTORAS:

-Daniela Romero Bedoya

-Melody Vega Ordoñez

DIRECTORA:

Dra. Viviana Dávalos Batallas

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA-ECUADOR

2011



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MODALIDAD PRESENCIAL

ESCUELA DE MEDICINA

**“DETERMINACIÓN Y MANEJO DE PRINCIPALES SÍNTOMAS EN
PACIENTES NO ONCOLÓGICOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA
AVANZADA Y EN ETAPA FINAL DE LA VIDA ATENDIDOS EN
INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL
PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2010”**

Tesis de fin de carrera previa a la obtención del título de: MÉDICO

AUTORAS:

-Daniela Romero Bedoya

-Melody Vega Ordoñez

DIRECTORA:

Dra. Viviana Dávalos Batallas

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA-ECUADOR

2011

**“DETERMINACIÓN Y MANEJO DE
PRINCIPALES SÍNTOMAS EN PACIENTES NO
ONCOLÓGICOS CON ENFERMEDAD
CRÓNICA AVANZADA Y EN ETAPA FINAL DE
LA VIDA ATENDIDOS EN INSTITUCIONES
PÚBLICAS Y PRIVADAS DE LA CIUDAD DE
LOJA EN EL PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE
2010”**

3. CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Dra. Viviana Dávalos Batallas
DIRECTORA DE TESIS

Certifico:

Que el presente trabajo de investigación titulado “DETERMINACIÓN Y MANEJO DE PRINCIPALES SÍNTOMAS EN PACIENTES NO ONCOLÓGICOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA Y EN ETAPA FINAL DE LA VIDA ATENDIDOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2010”, realizado por las estudiantes Daniela Romero Bedoya y Melody Vega Ordoñez, ha sido supervisado y revisado el mismo que se ajusta al método científico y las normas establecidas por la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, por lo que autorizo su presentación, publicación y defensa.

Loja, 4 de Octubre del 2011

Dra. Viviana Dávalos Batallas
DIRECTORA DE TESIS

4. AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, resultados, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de sus autoras.

Loja, 10 de Octubre del 2011

Daniela Romero Bedoya

CI: 1721101887

AUTORA

Melody Vega Ordoñez

DNI: 43830442

AUTORA

5. DEDICATORIA

A todas las personas que contribuyeron en mi formación,
a
mis padres por su infinito amor y apoyo incondicional, a
mis profesores por su gran generosidad al impartirme
sus conocimientos, a mis hermanos por estar junto a mí
en todo momento, a mis compañeros por su solidaridad
y complicidad a lo largo de mi carrera

Daniela

A mi padre y mi madre, les doy las gracias por regalarme su sabiduría y amor,
sin ustedes mi vida no hubiera sido igual, a mis hermanos
que son una bendición de Dios, siempre compartieron
los momentos especiales de mi vida y confiaron en mí, a mis maestros quienes
me enseñaron amar cada día la
medicina y son un ejemplo a seguir.

Melody

6. AGRADECIMIENTO

Inmensa gratitud para todos nuestros profesores, quienes con sus eficientes conocimientos y nobleza de corazón supieron guiarnos por el camino del saber, forjándonos una personalidad de ser capaces, responsables, útiles para a la colectividad entera. Ellos han sido artífices abnegados que modelaron nuestro espíritu, nuestra inteligencia; por ello cuando en el mañana nos encontremos en el sendero de la vida, sabremos poner bien en alto el nombre de la prestigiosa “Universidad Técnica Particular de Loja”.

Además, nuestro más sincero agradecimiento a la Dra. Viviana Dávalos Batallas, Directora de Tesis, quien mediante sus extensos conocimientos y generosidad supo guiarnos para el desarrollo de esta investigación.

Las Autoras

7. CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHO DE TESIS

Daniela Romero Bedoya; y, Melody Vega Ordoñez declaramos ser autoras del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del artículo 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigadores, trabajos científicos o técnicos o tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Daniela Romero Bedoya
AUTORA

Melody Vega Ordoñez
AUTORA

Dra. Viviana Dávalos Batallas
DIRECTORA DE TESIS

8. INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
1. PORTADA	i
2. CARÁTULA.....	ii
3. CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN.....	iv
4. AUTORÍA.....	v
5. DEDICATORIA.....	vi
6. AGRADECIMIENTO.....	viii
7. ACTA DE SESIÓN DE DERECHOS DE TESIS.....	ix
8. ÍNDICE DE CONTENIDOS	10
9. RESUMEN.....	13
10. INTRODUCCIÓN.....	14
11. OBJETIVOS.....	16
12. METODOLOGIA.....	17
13. DESARROLLO DE LA TESIS.....	21
13.1 CAPÍTULO I.....	22
Definición de enfermedad en etapa final.....	23
Definición y objetivos de los cuidados paliativos.....	23
Calidad de vida.....	24
Bases de la terapéutica en pacientes terminales.....	25
Cuidados paliativos en enfermedades crónicas terminales no neoplásicas.....	26
Predicción de la Supervivencia.....	28
Predicción de la supervivencia en enfermos no oncológicos.....	28
CRITERIOS DE TERMINALIDAD SEGÚN LA NATIONAL HOSPICE ORGANIZATION (NHO).....	29
• Enfermedad cardíaca avanzada – insuficiencia cardíaca crónica terminal	29
• Enfermedad hepática cirrótica.....	30
• Enfermedades renales crónicas avanzadas.....	31

CARACTERIZACION DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD	
• Hospital Provincial General “Isidro Ayora” Loja.....	33
• Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso. IESS Loja.....	35
13.2 CAPÍTULO II.....	37
SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA Y EN ETAPA FINAL DE LA VIDA. GENERALIDADES.....	38
13.2.1 ASTENIA.....	40
13.2.2 ANOREXIA Y CAQUEXIA	43
13.2.3 EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES.....	45
13.2.4 VOMITOS Y NAUSEA.....	49
13.2.5 INSOMNIO.....	51
13.2.6 ESTREÑIMIENTO.....	53
13.2.7 DISNEA.....	56
13.3 CAPÍTULO III.....	58
13.3.1 MANEJO DE LA ASTENIA.....	59
13.3.2 MANEJO DE LA ANOREXIA CAQUEXIA	61
13.3.3 MANEJO DEL EDEMA.....	64
13.3.4 MANEJO DE LOS VOMITOS Y NAUSEAS.....	70
13.3.5 MANEJO DEL INSOMNIO.....	78
13.3.6 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO.....	81
13.3.7 MANEJO DE LA DISNEA.....	85
13.4 RESULTADOS	89
13.4.1 Generalidades.....	90
13.4.2 Resultado 1.....	93
13.4.3 Resultado 2.....	94
13.4.4 Resultado 3.....	95
13.4.5 Resultado 4.....	108
14. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	125
14.1 Conclusiones.....	126
14.2 Recomendaciones.....	127

15. BIBLIOGRAFÍA.....128

9. RESUMEN

El presente estudio con el tema “Determinación y manejo de los principales síntomas en pacientes no oncológicos con enfermedad crónica avanzada y en etapa final de la vida atendidos en instituciones públicas y privadas de la ciudad de Loja en el período abril-septiembre 2010” se realizó en el Hospital Provincial General Isidro Ayora y Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja. El propósito de la investigación es establecer las patologías más frecuentes que en algún momento de su evolución determinan enfermedad en fase terminal en los pacientes que las sufren, así como establecer cuáles son los síntomas más comunes que les llevan a buscar atención médica. Otro de los objetivos de este trabajo es investigar cómo han sido tratados dichos síntomas y establecer un protocolo de manejo adecuado para los mismos.

Es un estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional realizado mediante la recolección de datos, aplicando encuestas a la población involucrada.

Posteriormente se hizo el análisis estadístico correspondiente, para de esta manera obtener los resultados de acuerdo a los objetivos planteados.

El estudio se lo realizó en un total de 60 pacientes que acudieron a recibir atención médica en las instituciones de salud, distribuidos de la siguiente manera: 40 en el Hospital Provincial General Isidro Ayora y 20 en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros. Obteniendo que las patologías más frecuentes que determinan enfermedad en fase final en los pacientes que participaron en nuestro estudio fueron Lesión Renal Crónica e Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Los síntomas que se presentan con más frecuencia fueron cansancio, anorexia, náusea e insomnio.

Este trabajo evidencia claramente que muchos síntomas en los pacientes en etapa final de la vida son infravalorados y en consecuencia subdiagnosticados, lo cual entorpece el accionar en cuidados paliativos, y en consecuencia, afecta la calidad de vida del paciente.

10. INTRODUCCIÓN

La convivencia en sociedad de la humanidad nos obliga a establecer una serie de valores, conductas, compromisos, reglamentos y leyes, las cuales aceptamos y nos comprometemos a respetar. Todas y cada una de las diferentes constituciones de los países del planeta, promulgan el derecho a la vida, como un derecho humano esencial. Del derecho a la vida se desprende el derecho a la educación, a la salud y otros tantos más. Si bien es cierto, el derecho a la salud, en muchas constituciones no está mencionado específicamente como tal, los constitucionalistas los desprenden del derecho a la vida. Es por lo tanto obligación de los estados garantizar ese derecho a la salud en todo momento de la vida de una persona. Es así como los pacientes que se encuentran en fase final de la vida son igualmente acreedores a este derecho.

En las últimas décadas la sociedad ha envejecido y la prevalencia de enfermedades de curso crónico ha aumentado. El cuidado de estos pacientes con enfermedades terminales se traslada al hospital y los profesionales sanitarios no siempre poseen los conocimientos adecuados que demandan este tipo de pacientes¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales»²

Tradicionalmente los programas de cuidados paliativos han dirigido su atención a personas enfermas de cáncer. Sin embargo, existe un alto porcentaje de

¹Sociedad española de cuidados paliativos. Guía de cuidados paliativos 2006

² Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

personas con patología no oncológica, cuyo final de la vida es también difícil, que pueden beneficiarse de la aplicación de cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos son poco aplicados en los pacientes que padecen enfermedades no oncológicas avanzadas, a pesar de que en muchos de ellos existe deterioro progresivo y mucho sufrimiento³.

Esta discriminación se debe principalmente a la falta de certeza del pronóstico de estas enfermedades, así como a la tendencia de abordajes curativos sobre los paliativos. De esta manera el mejoramiento de la calidad de vida del paciente en etapa final de la vida se ve afectado.

La presente tesis está enfocada al paciente con enfermedad en fase final y/o con enfermedad crónica avanzada. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define la enfermedad terminal como aquella que se manifiesta como un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta al tratamiento específico, con síntomas multifactoriales, y pronóstico de vida no mayor a seis meses. Al no existir posibilidades de curación, la paliación es la alternativa más viable en este contexto.

El manejo paliativo de pacientes en fases avanzadas de diferentes enfermedades plantea un reto en la atención médica, habiendo cobrado su mayor impulso en las últimas décadas.

El control eficiente de síntomas en su conjunto es el fundamento y la razón de ser de la medicina paliativa sin dejar de lado el acompañamiento al cuidador, y el abordaje de los problemas psicológicos y espirituales que afronta el paciente terminal. Frecuentemente, médicos y pacientes se concentran en el control del dolor, olvidando el resto de las molestias que aquejan al paciente, por esta razón es de vital importancia la evaluación minuciosa de síntomas que con frecuencia afectan al paciente en etapa final de la vida

³Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., Cuidados Paliativos en las enfermedades no neoplásicas. En: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia, editado por W.Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo, EUNSA. Cuarta Edición. 2002, 227-242.

11. OBJETIVOS

Objetivo principal:

Determinar los principales síntomas y signos en los pacientes no oncológicos con enfermedad crónica avanzada y en pacientes en etapa final de la vida, mediante un sistema de protocolos establecer un adecuado de manejo de los mismos.

Objetivos específicos:

1. Identificar las patologías que requieren atención en cuidados paliativos en el paciente no oncológico con enfermedad crónica avanzada y en etapa final de la vida.
2. Establecer los síntomas y signos más frecuentes en los pacientes no oncológicos con enfermedad crónica avanzada y en etapa final de la vida.
3. Investigar qué tratamiento han recibido los pacientes para estos signos y síntomas.
4. Elaborar un protocolo de manejo adecuado para los síntomas y signos de las enfermedades más frecuentes en la población.

12.- METODOLOGÍA

12.1.- Tipo de estudio:

Transversal, descriptivo.

12.2.- Universo y muestra

12.2.1.- Características de la población

La ciudad de Loja

Según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Censos del último censo del 28 de Noviembre del 2010, la población del cantón Loja es de 215.000 habitantes, en la zona urbana, área administrativa de la cabecera cantonal del mismo nombre habitan 185.280 habitantes, siendo la novena ciudad más poblada del Ecuador. Aunque en datos reales de población tomando en cuenta el área de aglomeración urbana, esto es tomando los suburbios urbanos, la ciudad llega a una población real de 200.617 habitantes.

La tasa de crecimiento anual, correspondiente al período 1990-2001, es del 5.08%, siendo por tanto una de las más altas del país.

La población de la ciudad de Loja representa el 89% del total del cantón Loja, y el 29% del total de la provincia de Loja. No existen datos actuales sobre la esperanza de vida al nacer, que en 1990 era de 64 años. La tasa global de fecundidad establecida en el 2001 es de 4,06 y la tasa de natalidad del 30%.

La ciudad de Loja tiene una extensión de 2.968 Km².

12.2.2.- Criterios de inclusión:

- ✓ Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- ✓ Pronóstico de vida menor de 6 meses.
- ✓ Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- ✓ Pacientes que cumplan con los siguientes criterios para enfermedad en etapa final:
 - Insuficiencia Cardíaca: grado IV de la NYHA, a pesar de tratamiento óptimo; FE < 20%; frecuentes descompensaciones.
 - Insuficiencia Respiratoria: disnea de reposo sin respuesta al uso de broncodilatadores; FEV1 < 30%; Hipoxemia < 55; Hipercapnia > 50; taquicardia de reposo; agudizaciones frecuentes.

- Insuficiencia Hepática: estadio C de Child; frecuentes descompensaciones.
- Insuficiencia Renal: aclaramiento de creatinina < 10 y creatinina sérica > 8mg/dl, sin indicación de diálisis. Diuresis < 400 ml/d.
- ✓ Pacientes que gocen de sus facultades mentales.
- ✓ Pacientes que deseen participar en el estudio

12.2.3.- Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes con enfermedad oncológica
- ✓ Pacientes con enfermedad crónica que no cumplan criterios establecidos.
- ✓ Pacientes con enfermedades agudas
- ✓ Pacientes con enfermedades psiquiátricas.
- ✓ Pacientes con deficiencias neurológicas
- ✓ Pacientes que no quieran participar en el estudio

12.2.4.- Consideraciones éticas:

A todos los participantes en la presente investigación se les solicitó la colaboración voluntaria después de haberles informado claramente el proceso a seguir y el objetivo del estudio. Se consideró como consentimiento informado la aceptación verbal por parte de los pacientes de participar en la investigación respetando el anonimato del paciente y la confidencialidad de la información obtenida.

12.2.5.-Variables de evaluación

12.5.1.1.- Variables universales:

Género, edad, centro de salud al que acude, número de historia clínica.

12.5.2.1- Variables dependientes:

Patología que afecta al paciente, enfermedad o síntoma agravante de la patología de base, tratamiento recibido.

12.3.- Área de investigación

12.3.1.- Centros de salud de la ciudad de Loja en los que se realizó la investigación:

- ✓ Privado:
 - Unidad de Enfermos Terminales de la Liga de Caridad de Loja
 - DIALTICA
- ✓ Autónomo:
 - Hospital Manuel Ygnacio Monteros, IESS
- ✓ Público:
 - Hospital Regional “Isidro Ayora”

12.4.- Métodos y técnicas para recolección de datos

12.9.1.- Recopilación de información

- ✓ Información de Campo
 - La recopilación de la información de campo se realizó mediante la aplicación de encuestas a la población involucrada en el problema ya señalado.
- ✓ Información Bibliográfica
 - La información bibliográfica está identificada con la selección de contenidos de bibliografía especializada y relacionada con el tema.

12.5.- Procedimiento

12.5.1. Se solicitó autorización a las autoridades de las diferentes casas de salud para proceder a realizar la recolección de datos pertinentes para este estudio.

12.5.2. Una vez que contamos con la autorización de las autoridades, se realizó el trabajo de campo que consistió en la aplicación de encuestas dirigidas y la observación de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de nuestra investigación.

12.5.3. Finalmente procedimos a tabular y procesar los resultados que arrojó nuestro trabajo.

12.6.- Tabulación y análisis estadístico

Obtenidos los resultados de la investigación fueron introducidos y procesados en una base de datos en el programa estadístico Epi Info versión 3.5.1 2008 en el cual se realizaron tablas y gráficas, y de esta forma se obtuvo un análisis claro y correcto de los resultados obtenidos. Los resultados que arrojó esta investigación son porcentajes simples.

12.7.- Selección de la muestra

Pacientes con enfermedad crónica avanzada y en etapa final de la vida que cumplan criterios de inclusión y que se encontraron ingresados en las instituciones de Salud de la ciudad de Loja que participan el presente estudio durante el período abril-septiembre del año 2010.

12.8.- Período de estudio

La presente investigación se llevó a cabo durante los meses Abril-Septiembre del año 2010

13.- DESARROLLO DE LA TESIS

13.1. Capítulo I: Generalidades

13.1 CAPÍTULO I

Definición de enfermedad en etapa final

La enfermedad terminal según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) se define como aquella enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin aparentes y razonables posibilidades de respuesta al tratamiento específico y donde concurren numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que produce gran impacto emocional en el enfermo, familia y equipo sanitario, muy relacionados con la presencia, explícita o no, de muerte y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses.⁴

La Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos en el 2002 define a la enfermedad terminal como la enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

Definición y objetivos de los cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los *cuidados paliativos* (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales»⁵.

Además considerar que el equipo socio-sanitario debe aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades, y enumera las siguientes características de los cuidados paliativos:

- ✓ Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- ✓ Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.

⁴ Sociedad española de cuidados paliativos, Guía de cuidados paliativos. 2006

⁵ Cía Rafael, Fernández Auxiliadora, Boceta Jaime. Proceso asistencial integrado: Cuidados paliativos. 2ª ed. Andalucía. Junta de Andalucía. 2007

- ✓ No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.
- ✓ Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.
- ✓ Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- ✓ Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- ✓ Mejoran la calidad de vida del paciente.
- ✓ Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).
- ✓ Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

El objetivo de esta atención integral y coordinada es favorecer que el paciente viva con dignidad la última etapa de la vida evitando que se produzca el sufrimiento.

Es de gran importancia que el paciente conserve la capacidad de tomar decisiones respecto del cuerpo y la propia vida, respetando las convicciones y valores que han guiado su existencia.

Es importante recalcar que la atención al enfermo en situación terminal debe abarcar al paciente desde los aspectos: biológico, psicológico, social y espiritual, de este modo se valora a la persona en su integralidad y se le ayuda a afrontar con naturalidad una muerte verdaderamente digna ya que la dignidad intrínseca e inmutable de las personas no depende del ciclo vital en el que se encuentre ni de las condiciones funcionales, esta no se modifica.

Siendo uno de los objetivos primordiales de los cuidados paliativos, hemos considerado oportuno mencionar una breve definición de calidad de vida

Calidad de vida

Según la OMS, la **calidad de vida** es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en

los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”.⁶.

En la actualidad la calidad de vida tiene una concepción integradora, consecuencia de la salud física, mental, social y espiritual. Resulta bastante complicado encontrar una definición única para este término ya que los diferentes autores la definen desde diferentes enfoques.

En lo que no hay discusión es en que se trata de un término multidimensional que incluye numerosos aspectos que reflejan los valores positivos y las experiencias de la vida, estos son sensibles a las diferentes concepciones culturales y vitales que están relacionados con estados deseados relativos al bienestar personal.

El manejo del dolor, control de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. La meta del cuidado paliativo es lograr la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias.

En la medida de lo posible, los pacientes necesitan y deberían tomar decisiones conservando de esta manera su autonomía. El cuidado centrado en el paciente, es un cuidado que incorpora el respeto a los valores y preferencias del paciente, proporciona información en términos claros y comprensibles, fomenta la autonomía en la toma de decisiones y atiende la necesidad del confort físico y el apoyo emocional.⁷

Bases de la terapéutica en pacientes terminales

Las bases de la terapéutica en pacientes terminales serán:

- ✓ Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Necesariamente se trata de una atención Individualizada y continuada con la participación de un equipo multidisciplinario.
- ✓ El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.

⁶Del Río I. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Boletín Escuela De Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica De Chile. Vol. 32 nº1 2007

⁷Caraceni. A, Fainsinger R, Foley. K, Goh. C, Medicina Paliativa, Barcelona, Elsevier, España, 2010

- ✓ La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo los objetivos terapéuticos.
- ✓ Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer". Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.⁸

Esta concepción de los cuidados paliativos reconoce que las personas con enfermedades distintas al cáncer, que sean irreversibles, progresivas en una fase terminal, también pueden beneficiarse de su aplicación. Pueden ser, por ejemplo, los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), demencia, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o hepática avanzadas o enfermedades neurológicas (como ictus, parkinson, esclerosis múltiple o esclerosis lateral amiotrófica, entre otras).

Cuidados paliativos en enfermedades crónicas terminales no neoplásicas

Existe un porcentaje elevado de enfermos con patologías crónicas no oncológicas en situación avanzada y fase terminal tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario, en los que deberían utilizarse las técnicas y principios de los cuidados paliativos.

Recibir unos cuidados paliativos adecuados es un derecho de todo enfermo sin expectativas de curación y con un pronóstico de vida limitado, generalmente inferior a 6 meses.

Según el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". Este principio debe respetarse y ponerse en práctica con todos los seres humanos sin excluir a los pacientes en etapa final de la vida.

⁸Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

Debemos por tanto aplicar el tratamiento paliativo adecuado a estos enfermos con los objetivos de procurar su bienestar, y la mejor calidad de vida posible.

Los cuidados paliativos son poco aplicados en los pacientes que padecen enfermedades no oncológicas avanzadas, a pesar de que en muchas de ellos existe deterioro progresivo y mucho sufrimiento. Esta discriminación se debe a la presencia de cuatro barreras según V. Mahtani⁹:

- ✓ La falta de certeza del pronóstico de estas enfermedades.
- ✓ La hegemonía del abordaje curativo sobre el paliativo.
- ✓ No usar las palabras exactas sobre la situación que vive el enfermo.
- ✓ El deseo de ocultar la muerte y de actuar como si ella no estuviera cercana.

Cuando no está claro el pronóstico de las enfermedades no oncológicas, en el paciente se determinan frecuentes reingresos por exacerbaciones o complicaciones del padecimiento, los profesionales tienden a enfocarse en tratamientos curativos por desconocimiento de la opinión del enfermo, de sus voluntades anticipadas, o de los criterios del NationalHospiceCare.

Existe en la actualidad la tendencia a priorizar los abordajes curativos en las enfermedades crónicas poniendo poca atención a las medidas paliativas y sociales.

Un mayor empleo de los cuidados paliativos en las enfermedades no oncológicas avanzadas y progresivas será posible cuando se recoja la opinión del paciente sobre qué hacer ante las múltiples exacerbaciones e ingresos y cuando el profesional responda sinceramente al interrogante ¿es posible que este enfermo fallezca o no en los próximos 6 meses? Y adopte una actitud pro-activa.¹⁰

Los Hospices o Unidades de Cuidados Paliativos (U.C.P) elaborada por la NationalHospiceOrganization (NHO) nos pueden ser de utilidad para identificar estos enfermos crónicos terminales no neoplásicos, susceptibles de recibir nuestros cuidados paliativos y que fundamentalmente son:

⁹Heyland DK, Dodek P, Graeme R, et al. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members.CMAJ.2006;174:627e633

¹⁰ Astudillo W, Salinas A. Bases para mejorar la intervención de los cuidadores en paliativos. Notas paliativas.Madrid. 2011; Sept; 12 (2): 5-6

- ✓ Insuficiencias orgánicas avanzadas de tipo cardíaco, respiratorio, hepático y renal
- ✓ Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central tales como demencias, enfermedad de Parkinson, ictus no factible de rehabilitación, comas y esclerosis lateral amiotrófica.
- ✓ Síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida.
- ✓ Poliúlcerados con inmovilismos irreversibles.¹¹

Para establecer que un paciente tiene una enfermedad en fase final y empezar el accionar en cuidados paliativos es imperante predecir la supervivencia.

Predicción de la Supervivencia

La interrogante que debemos respondernos es:

- ✓ ¿Cuál es la validez de las escalas pronósticas para predecir la supervivencia en pacientes en etapa final de la vida?

Los profesionales que atienden a los pacientes en la fase final de la vida frecuentemente tienen que dar respuesta a la siguiente pregunta «¿Cuánto tiempo me queda?». La predicción de la supervivencia y su comunicación al paciente es un proceso complejo, que implica una evaluación individual del pronóstico y unas habilidades adecuadas en comunicación. La predicción de la supervivencia es importante para poder proporcionar a pacientes y familiares la información requerida, y para establecer planes diagnósticos y terapéuticos apropiados. La forma de comunicar el pronóstico es tan importante como su precisión.

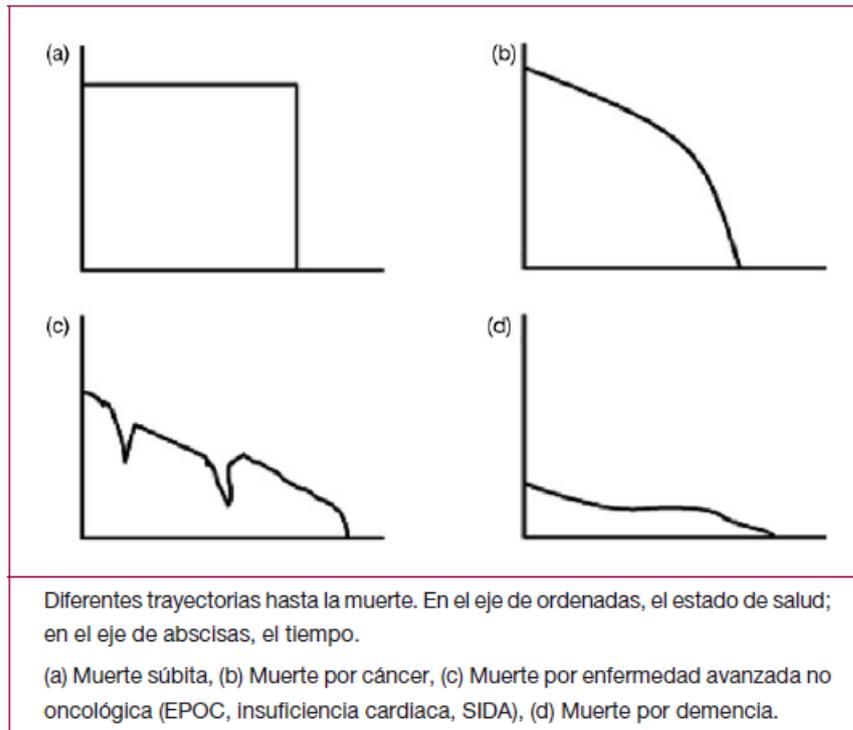
Predicción de la supervivencia en enfermos no oncológicos

Una reciente revisión evaluó los estudios sobre predictores de supervivencia en pacientes mayores de 65 años con enfermedad terminal no maligna. Los modelos pronósticos genéricos para estimar la supervivencia inferior o igual a seis meses en pacientes sin cáncer tienen bajo valor predictivo, lo que refleja el curso poco predecible de las enfermedades no malignas¹².

¹¹Cabarcos A, Astudillo W. Nuevos criterios para la actuación sanitaria en la terminalidad, 2006.

¹²Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

Imagen N# 1



Fuente

CRITERIOS DE TERMINALIDAD SEGÚN LA NATIONAL HOSPICE ORGANIZATION (NHO)

- **Enfermedad cardíaca avanzada – insuficiencia cardíaca crónica terminal**

Es un síndrome clínico caracterizado por disnea, fatiga y reducción importante de tolerancia al ejercicio de origen cardíaco que podemos mejorar con cuidados paliativos, en términos no tanto de expectativas de vida sino de calidad de la misma y de alivio sintomático.

Los mejores predictores de la insuficiencia cardíaca son la fracción de eyección y la tolerancia al ejercicio.

El 50-60% de los adultos mayores con insuficiencia cardíaca tienen normal o ligeramente disminuida la fracción de eyección.

Los pacientes con Insuficiencia Cardíaca o Cardiopatía Isquémica que según la guía NHO se beneficiarían de este tratamiento paliativo serían:

- ✓ Insuficientes cardíacos sintomáticos al reposo (clase IV de la New York Heart Association).
- ✓ Insuficiencias Cardíacas tratadas correcta y óptimamente con diuréticos, inotrópicos positivos y vasodilatadores (I.E.C.A.), ARA II, pero que no experimentan mejora a pesar de estos tratamientos intensivos.
- ✓ Angor en ancianos en los que no es posible la revascularización coronaria son otros candidatos al ingreso y al tratamiento paliativo.

La mortalidad varía según la intensidad de la disnea. Así, los pacientes con disnea grado III tienen una mortalidad del 20% al año, que aumenta al 60% si es de grado IV.

En unidades de cuidados paliativos, se ha llegado a demostrar una elevada mortalidad de estos enfermos con insuficiencia cardíaca que es cercana al 90% de los casos en un plazo de 6 meses.

El 40% de las muertes tienden a producirse de forma repentina por arritmias, y otro 40%, por deterioro hemodinámico progresivo.

- **Enfermedad hepática cirrótica**

La cirrosis es el resultado común terminal para la mayoría de condiciones que causan daño celular hepático de tal magnitud que supera a su notable capacidad de regeneración.

Entre las indicaciones de cuidados paliativos se incluyen:

- ✓ Cirrosis hepática en la etapa terminal Estadio C de ChildPugh.
- ✓ Colangitis esclerosante.
- ✓ Enfermos hepáticos en espera de un trasplante hepático.

La cirrosis compensada reduce la supervivencia a los 5 años, pero, si aparecen complicaciones, sólo llegan a estos años un 20% de los pacientes.

Las condiciones asociadas a una insuficiencia hepática avanzada son:

- ✓ Ascitis refractaria a los diuréticos.
- ✓ Episodios repetidos de peritonitis bacteriana espontánea (supervivencia media del 30% en un año) con pobre respuesta a la profilaxis.

- ✓ Síndrome hepatorenal
- ✓ Encefalopatía hepática resistente a la lactulosa.
- ✓ Sangrado recurrente de varices esofágicas resistente a la terapia (esclerosis y farmacología).
- ✓ Malnutrición y albúmina sérica menor de 2,5 g/dl.
- ✓ Tiempo de protrombina elevado de > 5 segundos, INR > 1,5.
- ✓ Ingesta activa de alcohol > 80 g de etanol/día.
- ✓ HBs Ag positivo, HCV-RNA positivo.
- ✓ Carcinoma hepatocelular.

- **Enfermedades renales crónicas avanzadas**

En la enfermedad renal crónica existe un deterioro irreversible de las funciones de ambos riñones que conlleva la alteración de la casi totalidad de sistemas del cuerpo.

En las fases terminales de la insuficiencia renal, fracasan las dos funciones fundamentales de los riñones.

Por un lado fracasa la función de eliminación, debido al deterioro casi total del filtrado glomerular objetivándose mediante un aclaramiento de creatinina muy bajo y dando lugar al complejo síndrome urémico.

Por otro lado, fracasa también la función endocrina de los riñones, disminuyendo de forma sustancial la secreción de eritropoyetina y dando lugar a la anemia del enfermo renal crónica y sus consecuencias.

En las fases terminales de la función renal la única solución sería la hemodiálisis, pero en muchos de los enfermos mayores se asocian situaciones o pluripatología que les hacen ser excluidos de regímenes de hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Las causas más frecuentes de exclusión de la diálisis son: edad avanzada, diabetes, demencia, accidente cerebro-vascular y coma, así como efectos intolerables de la diálisis.

Otros factores pronósticos negativos son sintomatología urémica franca (confusión, náuseas, vómitos refractarios, prurito generalizado, diuresis inferior a 400 ml/día, hiperkalemia > 7, pericarditis urémica, síndrome hepatobiliar y sobrecarga intraabdominal de líquidos), edad avanzada, polineuropatía, diabetes mellitus e hipertensión arterial de difícil control.

Los no dializados son capaces de producir una pequeña cantidad de orina por una función residual renal durante varias semanas, pero el 40% de pacientes fallecen dentro de los 2 primeros meses, y el 80%, a los 4 meses, siendo muy rara una supervivencia de más de 6 meses.

El factor pronóstico más importante para el tratamiento paliativo de un paciente con insuficiencia renal es su inclusión o no en programas de diálisis.

Descartada su inclusión en diálisis, los criterios analíticos de la insuficiencia renal crónica terminal que hace susceptible su inclusión en cuidados paliativos serían:

- ✓ Enfermos anúricos postdialisis.
- ✓ Enfermos con Aclaramiento de Creatinina menor o igual a 10 ml/min (15 ml/min para diabéticos), lo que se corresponde de forma orientativa a una cifra de Creatinina en sangre mayor o igual a 8,0 mg/dl)

Si hay dificultades en recoger la orina de 24 horas, puede calcularse el filtrado glomerular y aclaración de creatinina según la fórmula:

Aclaramiento de Creatinina (GFR)¹³.

$$\text{GFR (varones)} = \frac{(140 - \text{Edad en años}) \times \text{Peso corporal en kg.}}{\text{Creatinina Plasmática} \times 72}$$

$$\text{GFR (mujeres)} = \frac{(140 - \text{Edad en años}) \times \text{Peso corporal en kg.}}{\text{Creatinina Plasmática} \times 72} \times 0,85$$

¹³ Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., Cuidados Paliativos en las enfermedades no neoplásicas. En: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia, editado por W.Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo, EUNSA. Cuarta Edición, 2002, 227-242.

CARACTERIZACION DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Imagen # 2 Hospital Provincial General "Isidro Ayora" Loja



Fuente: las autoras

El Hospital Provincial General "Isidro Ayora" de Loja, es una Entidad del Sistema de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, implementado para prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento a la población del área de influencia, constituida por la Región Sur del País. Los servicios externos cubren un radio de acción hasta el ámbito familiar. Es además un centro de formación profesional de personal de salud.

MISIÓN: Atención de salud especializada y sub-especializada en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con calidad, calidez y equidad a las y los usuarios que demanden sus servicios.

VISION: El Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja, será la Institución Líder en la Región 7 en prestar atención de salud integral y constituirse en un centro docente y de investigación en salud, con personal formado humanística y científicamente, equipado con tecnología de punta, con infraestructura física adecuada que satisfaga plenamente las necesidades de las y los usuarios.

El Hospital Provincial General "Isidro Ayora" de Loja, es una institución estatal pública, cumple funciones de docencia universitaria, semi-abierto, zonal. Se inauguró en el año 1979 con una dotación de 243 camas destinadas para una población urbana actual de 182.635 (45,20%) habitantes, para el área rural de

221.450 (54,80%), cubre una área geográfica en la que se encuentran las provincias de Loja, Zamora y parte alta de El Oro.

El Hospital Provincial General “Isidro Ayora” inicia sus actividades en agosto de 1.979, brindando a la comunidad lojana, la oportunidad de acceder a una atención de calidad científica y humanística. Se inicia así la etapa de la vigencia de las Especialidades, contribuyendo de esta manera a la aportación de nuevos conocimientos, como en el tratamiento y la recuperación de los pacientes.

Los datos generales de cobertura nos indican que la casa de salud por su ubicación en la Provincia de Loja, Sur de Ecuador tiene una cobertura a 437.000 habitantes (45% urbana y 55% rural, con un área de influencia en las Provincias de Loja, Zamora, parte alta de El Oro y frontera del norte del Perú.

Es necesario resaltar las actividades de oferta y demanda que desarrolla el Hospital “Isidro Ayora”, mismas que, se basan fundamentalmente en la producción de servicios de salud, específicamente en las cuatro especialidades básicas: Clínica, Pediatría, Cirugía, y Ginecología; atención ambulatoria de Consulta Externa y Emergencia; así como en los servicios de diagnóstico y tratamiento, de colaboración médica y las administrativas que son de apoyo. Cabe destacar que esta Institución cuenta con servicios de Neonatología, Cuidados Intensivos, Hemodiálisis, Endoscopia Digestiva, Fisiatría y Rehabilitación y Ortopedia, convirtiéndose en servicios de atención directa y referida de otros centros de atención de la ciudad, provincia y de la Región Sur del País, por lo tanto son los obligadamente utilizados por la población que siente el deterioro de sus economías y consecuentemente no puede pagar la atención particular.¹⁴

¹⁴Ministerio de salud pública. Hospital Provincial General “Isidro Ayora” de Loja. Plan Estratégico 2008- 2011.

Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso. IESS Loja.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Se encarga de aplicar el Sistema del Seguro General Obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social.

VISIÓN: El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la Ley de Seguridad Social vigente, convertirá a esta institución en una aseguradora moderna, técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece.

MISIÓN: proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra la Ley de Seguridad Social.

El IESS cuenta con las siguientes prestaciones: seguro de salud, seguro de pensiones, seguro de riesgos de trabajo y seguro campesino.

EL Seguro General de Salud Individual y Familiar se financia con el 5.71% del aporte patronal. Protege a la población asegurada en casos de enfermedad, maternidad, y subsidios monetaria de duración transitoria.

La Dirección del Sistema de Pensiones por intermedio de las Unidades Provinciales del Sistema de Pensiones concede las siguientes prestaciones:

- Jubilación por Invalidez que incluye el subsidio transitorio por incapacidad.
- Jubilación ordinaria por vejez.
- Pensiones de Montepío.
- Auxilio de Funerales.



Imagen #3
Fuente: las autoras

- Jubilaciones Especiales: Jubilaciones de trabajadores de telecomunicaciones, Jubilación Adicional de Magisterio, Jubilación especial de trabajadores de artes e industrias gráficas.
- Beneficios Adicionales: Mejor Aumento (Al cumplir 70 años y haberse jubilado con 420 imposiciones), Aumento Excepcional (Al cumplir 80 años de edad y haberse jubilado con 360 imposiciones).

El Seguro General de Riesgos del Trabajo protege al afiliado y al empleador mediante programas de prevención de los riesgos derivados del trabajo y acciones de reparación de los daños que resulten de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, incluida la rehabilitación física y mental y la reinserción laboral.

El Seguro Social Campesino es un régimen especial del Seguro Universal Obligatorio, que protege a la población rural y a las personas dedicadas a la pesca artesanal, en el que se asegura atención primaria en los dispensarios rurales del Seguro Social Campesino, pensión de jubilación por vejez que se otorga exclusivamente al jefe de familia, jubilación por invalidez, auxilio para funerales que se concede cuando fallece cualquier miembro, afiliado de la familia.

En nuestra ciudad se cuenta con dos unidades pertenecientes al IESS que prestan sus servicios de atención en Salud a la población tanto del área urbana como rural, el centro de atención ambulatoria y el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso.

13.2.- Capítulo II:
SINTOMAS MAS FRECUENTES EN LOS
PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA
AVANZADA Y EN ETAPA FINAL DE LA VIDA

13.2 CAPÍTULO II

SINTOMAS MAS FRECUENTES EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA Y EN ETAPA FINAL DE LA VIDA

El siguiente capítulo se basará en la etiología, prevalencia y causas de los síntomas con más prevalencia en los pacientes en etapa final de la vida.

En el año 2002, la OMS definió los cuidados paliativos como “el enfoque que mejora la calidad de la vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades terminales a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la pronta identificación y correcta valoración, tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.¹⁵

El alivio de los síntomas debe tomarse como una urgencia, teniendo en cuenta la limitación del tiempo de nuestros pacientes y la obligación de brindarles una mejor calidad de vida en sus últimos días. Siempre es posible reducir la intensidad y las repercusiones de los síntomas, favoreciendo así la adaptación y ayudando a mantener esperanzas coherentes.

La mayoría de los pacientes en situación terminal, salvo que fallezcan de una complicación aguda, finalizan su proceso con una serie de cambios en sus últimos días que se puede englobar bajo la definición de agonía.

Se define la situación de agonía o últimos días como aquel estado que precede a la muerte en las enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. La evolución suele ser progresiva, y un final que es la propia muerte. La duración del proceso es habitualmente inferior a una semana aunque en el caso de disminución o pérdida de conciencia suele ser inferior a tres días.

Evaluación de signos y síntomas

Podemos decir que evaluar los signos y síntomas en el paciente en situación terminal es ayudar al paciente a comunicar la percepción propia de su situación y sus necesidades.

Los principios generales que rigen la intervención en Cuidados Paliativos respecto al control de síntomas se debe de tener en cuenta:

- ✓ Realizar una evaluación exhaustiva del número y la intensidad de los síntomas que sufre el paciente.

¹⁵Consejería de Salud. Andaluz de Cuidados Paliativos. Andalucía. Consejería de Salud. 2008. Pag 9-10

- ✓ Valorar el mecanismo que provoca cada uno de los síntomas.
- ✓ Valorar el impacto que produce el síntoma en la calidad de vida del paciente.
- ✓ Determinar factores que provocan o aumentan cada síntoma.

Según estos patrones se puede obtener una adecuada valoración de cada síntoma.

13.2.1.-ASTENIA

Definición

Se define como astenia a un fenómeno multidisciplinario que se desarrolla progresivamente, disminuye la energía, la capacidad mental y el estado psicológico.

La astenia es el síntoma más frecuente en cuidados paliativos; puede presentarse hasta en el 90% de los casos, sin embargo la fatiga no suele referirse, porque los pacientes la consideran inevitable, irrelevante e intratable¹⁶. Los médicos suelen ser reacios a preguntar de forma específica por la astenia, porque es un síntoma complejo, sin una única opción terapéutica.

Son muchos los factores implicados y pueden aparecer en diferentes momentos en un mismo paciente.

Factores relacionados con la astenia.

- Dolor
- Anemia
- Infecciones
- Quimioterapia y radioterapia
- Depresión, insomnio y ansiedad
- Síndromes paraneoplásicos
- Caquexia
- Fármacos
- Trastornos metabólicos
- Morbilidad asociada

La astenia puede tener un componente subjetivo individual muy importante. Es necesario que el equipo tenga en cuenta que cada paciente precisa adaptar sus actividades a su nueva situación. Una correcta comunicación, apoyo y consejo por parte del equipo puede reducir la carga que supone la disminución de la capacidad funcional para el paciente.

¹⁶Cortez C, Estevez B, Huarte P, Lama M, García M, Melendez A, Salgado E. Guía de recursos de cuidados paliativos en Navarra. Pamplona. Servicio Navarro de salud 2009

La astenia afecta a la actividad, al funcionamiento social y al trabajo, se deberían evaluar el estado nutricional, la pérdida de peso, el nivel de actividad y la forma física. La restricción de la actividad física puede afectar a las recomendaciones terapéuticas. Los factores contribuyentes como un escaso control de síntomas deberían evaluarse de forma exhaustiva.

Epidemiología y prevalencia

Los amplios intervalos comunicados de la prevalencia de la astenia son reflejo de los variados criterios diagnósticos y estadios de la enfermedad. En el caso de los pacientes con cáncer, las cifras más altas de astenia se han comunicado en pacientes que están recibiendo tratamiento activo, especialmente inmunoterapia.

Las pruebas de cribado y diagnóstico para la astenia son numerosas, en cierto modo, específicas de cada enfermedad y con frecuencia no están validadas en diferentes poblaciones¹⁷. Pueden ser unidimensionales como la escala de graduación analógica o numérica, o multidimensionales.

Evaluación

El primer paso y el más importante en el diagnóstico es preguntar si el paciente presenta astenia. Es muy importante realizar una valoración de este síntoma ya que muchas veces los pacientes sufren de astenia pero no lo comunican a los médicos.

Uno de los aspectos clave del diagnóstico diferencial es la anamnesis dirigida. Sin importar cuál sea la enfermedad subyacente, primero debe estarse seguro de su situación.

Se deberían revisar con detalle los fármacos actuales, especialmente cualquier medicamento nuevo iniciado antes del comienzo de la astenia. En la enfermedad avanzada, los fármacos pueden ya no ser necesarios y además pueden causar efectos secundarios.¹⁸

Los pacientes con diagnóstico de enfermedades avanzadas no oncológicas tienen una carga similar a la de los pacientes con cáncer, pero reciben servicios

¹⁷Margaret L. Campbell, Thomas Templin, Julia Walch. Journal of Palliative Medicine. Octubre 2009, 12(10): 881-884. doi:10.1089/jpm.2009.0082.

¹⁸Caraceni. A, Fainsinger R, Foley. K, Goh. C, Medicina Paliativa, Barcelona, Elsevier, España, 2010

paliativos con menos frecuencia. Esto puede reflejar una incertidumbre sobre el pronóstico y la historia natural. El dolor, la disnea, y la fatiga afecta a más del 50% de los pacientes. Los pacientes no oncológicos tienen unas tasas mayores de disnea y tos, así como unas tasas de fatiga y síntomas psicológicos similares a las de los pacientes oncológicos.

Exploración y Pruebas Complementarias

La exploración debería consistir en una revisión meticulosa de todos los sistemas, con una evaluación del peso corporal, la temperatura, la palidez, la emaciación muscular, así como la fuerza, la marcha y el estado funcional. Los análisis de detección selectiva determinan la concentración de hemoglobina, electrolitos, glucosa, así como función renal, hepática y tiroidea.

13.2.2.- ANOREXIA-CAQUEXIA

En los pacientes con patologías crónicas irreversibles en etapas avanzadas como las insuficiencias crónicas de órganos, la anorexia es uno de los síntomas más frecuentes que contribuye a la caquexia y que produce un importante trastorno en el paciente.

La anorexia contribuye al déficit nutricional considerable que ocurre junto a las anormalidades metabólicas, teniendo en cuenta el examen físico orofaríngeo, ya que la moniliasis, estomatitis y xerostomía pueden ser aliviadas y con ello, mejorado el apetito.

Es importante tener presente que existen numerosos receptores periféricos de la náusea, localizados tanto en vísceras huecas (tubo digestivo, tracto genital y urinario) como en superficies de revestimiento (peritoneo, pericardio, pleura)

Además se debe estimar la magnitud de la pérdida de peso, calculando el porcentaje de la pérdida, comparado con el peso previo al diagnóstico fundamental de la enfermedad. Una pérdida del 10% o más de peso, es un importante indicador de una malnutrición moderada a avanzada. Hay que tener presente también, que esto puede ser aún mayor si existe acumulación de líquido en cavidades como la ascitis, derrame pleural o edema, lo que podría sobrestimar el peso corporal.

Epidemiología y prevalencia

El síndrome caquexia-anorexia, acompañado siempre de astenia, se observa en un gran número de pacientes: entre el 80 y 90 % de los pacientes en las etapas finales de todas las insuficiencias crónicas de órganos, incluidas la respiratoria, renal, cardíaca, hepática, diabetes mellitus, artritis reumatoide y la demencia¹⁹.

Debe distinguirse de la desnutrición común causada por baja ingesta, ya que este síndrome está causado por alteraciones metabólicas secundarias a mediadores liberados por la enfermedad de base. Además de empeorar la

¹⁹Margaret L. Campbell, Thomas Templin, Julia Walch. Journal of Palliative Medicine. Octubre 2009, 12(10): 881-884. doi:10.1089/jpm.2009.0082.

calidad de vida, ensombrecen el pronóstico por las dificultades en la implementación de otras medidas paliativas.

Tabla 1.- Causas de caquexia²⁰

De la enfermedad	Metabolismo alterado (aumento catabolismo)
	Trastornos inmunológicos/Producción de citokinas(TNF, Interleukina 1 y 6, INFy)
Concurrentes	anorexia
	vómitos
	Diarreas/malabsorción
	Obstrucción intestinal
	Pérdidas aumentadas (piel, renales, etc)
	Hemorragias
Del tratamiento	Drogas – Opioides

Tabla 2.- Causas de la anorexia:

De la enfermedad	Retardo del vaciamiento gástrico
	Insuficiencia renal/hepática
	Alteraciones electrolíticas (sodio, calcio)
	Dolor/disfagia
	Sepsis
	Deshidratación
	Constipación
	Náuseas/vómitos
	Fatiga
	Del tratamiento
Ambientales	Malos olores
	Demasiada comida

²⁰Saunders DC. Principles of symptom control in terminal care. Med. Clin. North Am. 1982; 66:1169-1183.

13.2.3.-EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES

Los edemas consisten en una acumulación excesiva de agua en el espacio intersticial y se deben básicamente a un incremento de la presión hidrostática o una disminución de la presión oncótica del capilar, a un aumento de la permeabilidad del capilar o a una obstrucción linfática.

Etiología

Edemas localizados:

- Obstrucción venosa
- Obstrucción linfática
- Aumento de la permeabilidad capilar: inflamación, traumatismos, quemaduras

Edemas generalizados:

- Desequilibrio entre la presión hidrostática y oncótica de los espacios vascular e intersticial
 - o Con disminución del volumen efectivo circulante
 - Insuficiencia cardiaca congestiva
 - Cirrosis hepática
 - Síndrome nefrótico
 - o Con aumento del volumen efectivo circulante
 - Glomerulonefritis aguda
 - Insuficiencia renal crónica
- Trastornos de la permeabilidad vascular

Clasificación:

En función de la distribución localizada o generalizada de estas alteraciones, los edemas se clasifican como localizados o generalizados.

✓ Edemas Localizados

Afectan a territorios aislados del organismo, con una localización preferente en extremidades. Su distribución suele ser asimétrica y apenas se modifican con los cambios posturales, se producen por un aumento de la permeabilidad del lecho capilar debido a un proceso alérgico, inflamatorio o a un trastorno vasomotor o bien por una obstrucción del flujo de retorno venoso o linfático.

✓ Edemas Generalizados

Afectan a todos los territorios del organismo, si bien su distribución puede ser influida por la postura y por la intensidad y naturaleza de la patología subyacente. Se deben a un desequilibrio de la presión hidrostática y oncótica de los espacios vascular e intersticial de tipo sistémico, asociado en la mayoría de casos a la retención de sodio o a un trastorno de la permeabilidad vascular.

- **Desequilibrio entre la presión hidrostática y oncótica de los espacios intersticial y vascular**

Según el estado del volumen intravascular que es perfundido de forma eficaz a todos los tejidos y que está determinado no solo por el propio volumen intravascular, sino también por el gasto cardíaco y las resistencias vasculares sistémicas.

Este grupo de edemas se clasifican en los grupos que se detallan a continuación:

- **Edemas con disminución del volumen circulante**

En la insuficiencia cardíaca congestiva, la cirrosis hepática con ascitis y el síndrome nefrótico o estados de hipoalbuminemia importante (> 2g/dl), existe una disminución del volumen efectivo circulante que puede estar causado por una disminución del gasto cardíaco o por una vasodilatación arterial periférica. La reducción de este volumen provoca una vasoconstricción periférica y renal con una mayor absorción de sodio y agua y aparición de edemas. La respuesta renal esta mediada por la activación de los sistemas nervioso simpático, renina angiotensina aldosterona y de la hormona antidiurética. La reducción que se aprecia en el flujo sanguíneo renal comporta un incremento de la fracción de filtración, con lo que aumenta la presión oncótica y disminuye la presión hidrostática peritubular, lo que condiciona una mayor reabsorción de agua y sal. La hipoperfusión renal y la relativa baja concentración de sodio que llega al túbulo distal estimulan la mácula densa que producirá más renina y, de forma secundaria, aldosterona, que favorece así la retención de agua y sodio por el túbulo distal.

- **Edemas con aumento del volumen circulante**

Existen situaciones en las que la causa inicial de la formación de edemas generalizados se encuentran en el propio riñón; este retiene de

manera primaria, y no como consecuencia de un volumen efectivo circulante disminuido, una cantidad excesiva de agua y sal. Esto puede observarse en enfermedades renales primarias que se acompañan de una FG relativamente conservadas, o en la insuficiencia renal avanzada como consecuencia del balance hidrosalino positivo característico de esta enfermedad. En todos estos casos, los edemas suelen asociarse a hipertensión arterial.

Cuadro clínico

Los síntomas comunes a los trastornos hipervolémicos se relacionan con la aparición de edemas y la sobrecarga circulatoria. En los estados de hipoproteinemia y en la enfermedad renal, la distribución de los edemas tiende a ser más difusa, en forma de anasarca, mientras que en la insuficiencia cardíaca, el líquido intersticial se acumula en áreas declives donde la presión hidrostática capilar es más elevada; estas áreas están situadas preferentemente en las extremidades inferiores en pacientes con ortostatismo o es la región sacra en pacientes encamados. Son característicos de los estados edematosos generalizados el incremento del peso corporal, la oliguria o la nicturia. La persistencia de los edemas periféricos favorece la aparición de celulitis, trombosis venosa, dolor y limitación de la actividad funcional.²¹

Los elementos a tener en cuenta en la valoración del edema son los siguientes:

- ✓ Distribución
- ✓ Consistencia
- ✓ Coloración
- ✓ Temperatura
- ✓ Sensibilidad

En la enfermedad renal crónica el edema tiene las siguientes características:

- ✓ El edema es duro
- ✓ Indoloro
- ✓ Simétrico
- ✓ No existe aumento de temperatura

En la insuficiencia cardíaca tiene las siguientes características:

²¹ Ferreras. P, Rozman C, Ausina. V, Carmena. R, Carreres. A, Darnell. A, Gomis. R, et al, Medicina Interna, 16 ed, Barcelona, Elsevier, 2009, p 1853-1856.

- ✓ Aparición vespertina
- ✓ Localizado en ambos miembros inferiores
- ✓ Indoloro
- ✓ Sin incremento de la temperatura.
- ✓ Frío y acompañado de cianosis periférica.

13.2.4.-VOMITOS Y NAUSEAS

Definición y prevalencia

Las náuseas, los vómitos afectan seriamente a la calidad de vida, y tienen consecuencias físicas, económicas y psicológicas que alteran la nutrición y el estado de ánimo.

Las náuseas se definen como una sensación desagradable de necesidad de vomitar, generalmente localizada en la garganta o en el epigastrio, puede o no causar un vómito²²

Se denomina vómito a la expulsión del contenido gástrico a través de la boca, mediante un acto reflejo coordinado centralmente, lo que lo diferencia de la regurgitación, fenómeno que consiste en la devolución de los alimentos a la boca sin participación de la actividad motora.²³

La prevalencia de la náusea y el vómito varían según la etiología y el grado de los métodos preventivos utilizados. En la literatura mundial, se encuentran reportes muy diferentes sobre la prevalencia de la náusea y el vómito: varía entre el 20-70%. Además se presentan entre el 30% y 50% en pacientes con SIDA, insuficiencia cardíaca o renal.²⁴

La búsqueda de la causa del vómito debe dirigirse a detectar medicamentos con capacidad emetizante y a encontrar su relación con el inicio o cambio de la dosis y a su vez descartar alteraciones sistémicas como sepsis, hipercalcemia, uremia.

Fisiopatología

El vómito y la náusea se originan por un estímulo sobre el Centro del Vómito (CV) que se encuentra en el bulbo raquídeo. El CV posee receptores de histamina (H1) y muscarínicos-colinérgicos. Estos estímulos que llegan al CV son mediados principalmente por los nervios simpáticos y vagales, después de la activación de por lo menos una de las siguientes cuatro zonas:

- 1) La primera se conoce como la zona gatillo quimiorreceptora, localizada en el piso del IV ventrículo. Es un sensor rico en receptores de dopamina (D2) y serotonina. Este sensor está expuesto al líquido

²² Ortega V. Tratamiento de los síntomas molestos más frecuentes en la terminalidad. 2009

²³Ang S, Shoemaker L, Mella D. Nausea and Vomiting in Advanced Cancer. AM J HOSP PALLIAT CARE. 2010 27: 219

²⁴National cancer institute.Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 4.0. Bethesda, Md: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2010.

cefalorraquídeo y a la sangre, por lo que puede ser activado por una gran variedad de medicamentos como los opioides, agentes quimioterapéuticos, toxinas, emetina, salicilatos, uremia, cetoacidosis, hipoxia, acidosis y radioterapia. Su estímulo origina vómito no relacionado con la ingesta.

2) La segunda zona la constituye el sistema vestibular rico en receptores muscarínicolinérgicos y de histamina (H1). Origina vómito relacionado con el movimiento y sin relación con la ingesta.

3) La tercera zona se activa por estímulos como la distensión gastrointestinal y biliar o la irritación peritoneal y de la mucosa de las vísceras gastrointestinales.

4) La cuarta zona está localizada en la corteza cerebral. Explica el desarrollo del vómito antes de recibir fármacos, en pacientes que la han recibido con anterioridad, y en las personas ansiosas que se encuentran en situaciones de estrés. El vómito que generan parece deberse a un estado de ansiedad, con el color o sabor de los fármacos, con las comidas, olores de los alimentos y ciertas circunstancias como la presión ejercida por los familiares para que el paciente coma.

Etiología de náuseas y vómitos

Siendo de etiología multifactorial (por la enfermedad, por el tratamiento, por causas concurrentes), es importante determinar cuáles son los elementos que contribuyen a provocarla, para diseñar un mejor tratamiento sintomático. En la siguiente tabla se menciona las causas más frecuentes.

Tabla 3.-Causas de náuseas y vómitos en pacientes terminales²⁵

Secundarios a la enfermedad	Edema cerebral Obstrucción intestinal Hipercalcemia Hepatomegalia Lesión gástrica Dolor Estreñimiento
Secundarios al tratamiento	Opioides Aines
Sin relación con la enfermedad de base	Uremia Infección Úlcera péptica

²⁵Blaines MJ.ABC of Palliative care: nausea, vomiting, and intestinal obstruction. BMJ 2005;315:1148-1150.

13.2.5.- INSOMNIO

Definición y prevalencia

El insomnio literalmente es “falta de sueño a la hora de dormir” (del latín, Insomnium), se define como un trastorno heterogéneo que incluye la dificultad en la conciliación del sueño (insomnio inicial), en el mantenimiento (insomnio intermedio), el despertar demasiado temprano (insomnio tardío), y el sueño no reparador.

Afecta al 70% de pacientes en etapa final de la vida²⁶.

Diagnóstico:

Se han establecido criterios diagnósticos para el insomnio, en la siguiente tabla se exponen.

Tabla 4.- Criterios diagnósticos del insomnio²⁷

Dificultad para dormir caracterizada por cualquiera de los siguientes criterios: a) Dificultad en la conciliación (30 minutos o más). b) Dificultad en el mantenimiento (más de 30 minutos despierto de noche) que afecta a la eficiencia del sueño (proporción de tiempo total de sueño/tiempo total en cama menor del 85%). c) La alteración del sueño se produce al menos tres noches por semana. d) La alteración del sueño ocasiona una alteración significativa del funcionamiento diurno (astenia) o un malestar notable.
--

Etiología.

Los factores que contribuyen a la aparición, el desarrollo y el mantenimiento del insomnio se agrupan en: predisponentes, precipitantes y mantenedores. Esta división es basada en el curso clínico del trastorno en el que actúan los diversos factores que favorecen al insomnio.

Factores predisponentes:

El nivel socioeconómico y el estado de salud, son factores predisponentes para el insomnio.

²⁶ Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

Factores precipitantes:

Los factores precipitantes más comunes para el insomnio crónico son aquellos que se relacionan con las situaciones estresantes.

Estudios controlados han demostrado que el comienzo del insomnio crónico está precedido de un aumento de acontecimientos estresante.

Factores mantenedores.

Se relacionan, sobre todo, con el miedo a no dormir y con las creencias y comportamientos no adaptativos en relación con el sueño.

Tabla 5.- Etiología del insomnio²⁸

Predisponentes <ul style="list-style-type: none">• Aumento del nivel de excitación• Mujer• Edad• Antecedentes familiares de insomnio• Antecedentes personales de insomnio• Enfermedad psiquiátrica concomitante (ansiedad, depresión, etc.)
Desencadenantes <ul style="list-style-type: none">• Impacto psicológico de la enfermedad• Cirugía mutilante (con afectación estética o funcional)• Ingreso hospitalario• Radioterapia• Transplante de médula ósea• Quimioterapia (náuseas y vómitos)• Uso de fármacos (como corticoides)• Síntomas menopáusicos (sofocos)• Dolor• Delirium• Otros síntomas (refujo, disnea, prurito, etc.)
Mantenedores <ul style="list-style-type: none">• Conductas maladaptativas ante el insomnio<ul style="list-style-type: none">– Permanencia demasiado larga en la cama– Horario sueño-vigilia irregular– Siestas– Actividades en la cama que interfieren con el sueño• Creencias y actitudes erróneas ante el insomnio<ul style="list-style-type: none">– Expectativas poco realistas acerca de las necesidades de sueño– Valoración errónea de las dificultades para dormir– Atribución errónea de alteraciones diurnas– Ideas erróneas acerca de las causas del insomnio

²⁸National Sleep Foundation. 2008 Sleep in America Poll. Summary of Findings. [sede Web]*. National Sleep Foundation, 2008 [acceso 20-11-2008]; Disponible en: www.sleepfoundation.org

13.2.6.- ESTREÑIMIENTO

Definición y prevalencia

Según la asociación de Gastroenterología el estreñimiento se define como la defecación insatisfactoria que se caracteriza por deposiciones poco frecuentes (<3 a la semana), paso difícil de las heces o ambos.

La constipación es altamente prevalente (50-95 %) en cuidados paliativos.

Alrededor del 90 % de los pacientes que reciben opioides fuertes y del 65% de los que no los reciben, requieren laxantes. A pesar de ser una importante causa de morbilidad, su importancia suele ser subestimada en el contexto de otros síntomas.

La definición más objetiva es la recomendada por el Consenso Internacional de Roma III; sin embargo, esta es aplicable para establecer el diagnóstico de estreñimiento funcional.

Criterios de ROMA III²⁹

Presencia de 2 o más por al menos 3 meses en los últimos 6 meses:

- ✓ < de 3 defecaciones/semana.
- ✓ esfuerzo en más del 25% de las defecaciones.
- ✓ Heces duras o caprinas en más del 25% de las defecaciones.
- ✓ sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las defecaciones.
- ✓ Sensación de obstrucción o bloqueo ano-rectal en más del 25% de las defecaciones.
- ✓ Maniobras manuales (digitación, apoyo del suelo pélvico) en más del 25% de las defecaciones.

Etiología

La mayoría de veces el estreñimiento es consecuencia de alteraciones funcionales primarias del colon y anorectal, también puede estar relacionado con el uso de medicamentos, enfermedades metabólicas y neurológicas.

²⁹National Cancer Institute.: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 4.0. Bethesda, Md: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2010.

Tabla 6.- causas de estreñimiento ³⁰

Relacionadas con la enfermedad	Invasión intestinal
	Daño neurológico
	Hipercalcemia
Relacionados con el estado general	Inactividad/reposo
	Baja ingesta de alimentos y líquidos.
	Deshidratación/Alt. Electrolíticas
	Incapacidad para llegar al baño/debilidad
Drogas	Opioides
	Anticolinérgicos
	Neurólépticos
	Antidepresivos
	Antiácidos del tipo Al(OH) ₃
Patologías concomitantes	Diabetes
	Hipotiroidismo
	Fecaloma
	Hemorroides

Diagnóstico:

Para llegar a un diagnóstico correcto del estreñimiento debemos realizar una adecuada anamnesis y valorar si ese síntoma puede estar traduciendo una enfermedad subyacente grave

Evaluación clínica

El interrogatorio en un paciente con estreñimiento debe dirigirse a evaluar la duración, gravedad, naturaleza del problema y eventos precipitantes.

³⁰ Longo DL. Palliative care in management of terminally ill patients – En Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD., Martin J.B., Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Eds. Harrison's 14th Edition CD-ROM update: Approach to the patient with cancer, McGraw-Hill, New York. 2006; capítulo 81

Tabla.7- Puntos importantes en la anamnesis³¹

- Interrogatorio según criterios Roma III
- Interrogatorio de problemas neurológico
- Traumatismo medula espinal
- Enfermedad de Parkinson
- Esclerosis Múltiple
- Chequeo de las condiciones psiquiátricas
- Abuso sexual, violencia, trauma
- Actitud inusual/ comportamiento hacia el habitodeposicional
- Depresión
- Problemas alimenticios
- Chequeo de la edad de aparición (repentina o desde hace tiempo)
- Aparición repentina indica obstrucción
- Chequear la necesidad o ausencia de urgencia
- Chequear la presencia de historia familiar de estreñimiento

Exploración física³²

Un examen detallado de la región anorectal es indispensable en la evaluación de los sujetos con estreñimiento.

Tabla 8.- Pasos importantes en el examen físico.

- Percusión (presencia de gas)
- Palpación (marco colonico)
- Tacto rectal
- Consistencia.impactación
- Presencia de masas no fecales o anomalidades(tumor, hemorroides, fisuras, prolapsos, neoplasias)
- Presencia de sangre
- Tono del esfínter.

³¹Remes J. estreñimiento: evaluación inicial y abordaje diagnóstico. Medegraphic . 2 set 2005. [accesado 22 de sept 2011] disponible en www.medigraphic.com/pdfs/gastro/ge-2005/ge053k.pdf

³² Cordero M, Romero M. Protocolo sobre el estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos oncologicos. Revnure investigación 2008. Vol. 35

13.2.7.- DISNEA

Definición y prevalencia.

Según la American Thoracic Society, la disnea se define como una experiencia subjetiva de molestia para respirar que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad. Para los pacientes, la disnea es tan difícil de sobrellevar como el dolor.

Su prevalencia en cuidados paliativos es elevada; puede alcanzar el 85% en los pacientes con ICC y más del 90% entre los pacientes con EPOC.³³

Es importante destacar tres elementos claves de la dificultad respiratoria:

- La disnea es subjetiva. Ni su presencia ni su gravedad pueden deducirse a partir de pruebas diagnósticas clínicas o complementarias, se debe interrogar sobre ella.
- La disnea no es simplemente una única sensación que varía solo en intensidad. El término comprende diferentes percepciones descritas mediante expresiones como aumento de esfuerzo, opresión torácica, respiración rápida, espiración incompleta o sensación de asfixia.
- Al igual que el dolor, la disnea es un síntoma multidimensional, que es moldeado por las experiencias con los elementos afectivo y físico³⁴.

Causas:

Tabla9.-Causas más comunes de disnea en pacientes terminales:³⁵

Etiología	
De la enfermedad	Progresión de la enfermedad Obstrucción bronquial Derrame pleural Neumonía Distensión abdominal Derrame pericárdico Ascitis a tensión Invasión linfática
Del estado del paciente	Astenia/caquexia TEP Atelectasia Anemia

³³ Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

³⁴ Walsh. D, Caraceni A, Fainsinger. R. Medicina paliativa. Barcelona. ElsevierEspana. 2010

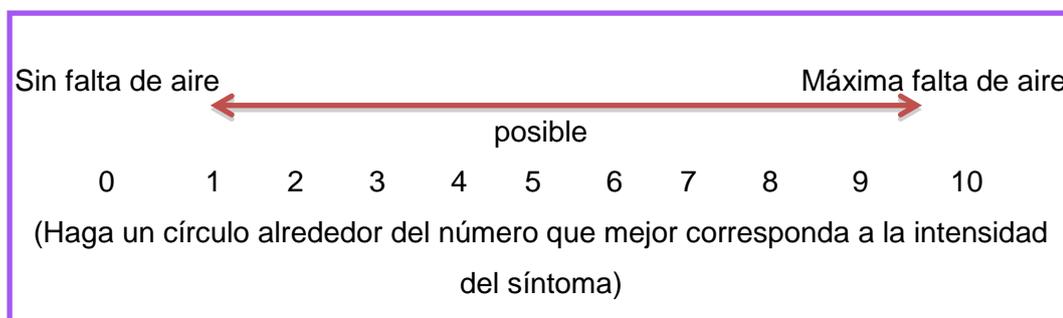
³⁵ Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, Emanuel EJ. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. Lancet. 2001; 357:1311-1315.

Del tratamiento	Drogas Cirugías
Concurrentes	Acidosis metabólica Insuficiencia cardíaca Asma/ EPOC

Evaluación de la disnea

Al igual que con otros síntomas, el objetivo de la evaluación de la disnea es conseguir que el propio paciente exprese la intensidad, y puede ser valorada utilizando escalas visuales análogas, numéricas y escalas verbales.

Ejemplo: Escala Visual Análoga (EVA) asociada a escala numérica de 0 a 10



En general no se recomienda el uso rutinario de pruebas (radiografía de tórax, gases, pulsioximetría, etc.)

Además es importante clasificar la disnea, la clasificación más usada es de NYHA, que se expone en la siguiente tabla:

Tabla 10.- clasificación de la NYHA de la disnea³⁶

GRADOS	TIPO DE DISNEA
I	Sin disnea o de esfuerzos máximos
II	Disnea de moderados esfuerzos
III	Disnea de esfuerzos mínimos
IV	Disnea de reposo

³⁶Grupo de trabajo de la Guía de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid. Guía de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid. 2008.

13.3.- Capítulo III: Tratamiento de signos y síntomas

13.3.1.- MANEJO DE LA ASTENIA

Uno de los principios de las recomendaciones y una de las afirmaciones en el control de los síntomas es tratar la causa subyacente siempre que sea posible, corregir la causa es así más eficaz que cualquier intervención sintomática inespecífica. Se debe buscar la causa de la astenia y tratar los factores contribuyentes sabiendo que el síntoma en si mismo puede no resolverse completamente. Como con muchos síntomas de la enfermedad avanzada, los factores contribuyentes pueden no haber sido tratados de forma eficaz. No existen ensayos controlados para determinar el tratamiento ideal. El que más pruebas tiene de su eficacia es el ejercicio físico, incluso a pesar de que la mayoría de ensayos controlados tienen problemas metodológicos significativos. A pesar de estos problemas, existe cierta confianza de que el inicio o el mantenimiento de un programa de ejercicio físico es útil para evitar o tratar la astenia.

Una de las recomendaciones más frecuentes para los pacientes que presentan fatiga es la conservación de energía y/o la gestión de la actividad (CEGA). La CEGA equilibra reposo y actividad mediante el establecimiento de actividades, la delegación de responsabilidades y un ritmo y programación de actividades para ajustarse a los picos y valles en los niveles de energía a lo largo del día. También se han probado intervenciones educativas completas con cierto beneficio, a menudo desde la oportunidad de hablar sobre el síntoma. Ciertamente es razonable considerar la educación sanitaria de familiares y pacientes como un elemento de estrategia del tratamiento completo.

Intervenciones Farmacológicas

En los pacientes con expectativa vital limitada, el tratamiento médico puede ser el más apropiado para la intervención rápida. Esto no supone dejar al margen otras medidas, sino destacar la importancia de un abordaje agresivo en aquellos que están sufriendo más. Solo ha habido pequeños ensayos de intervenciones médicas en cáncer avanzado y en la infección por virus de inmunodeficiencia humana ninguno en la mayoría del resto de enfermedades, excepto en la

esclerosis múltiple³⁷. La elección del fármaco está determinada con frecuencia mejor por:

- Otros síntomas comórbidos que podrían abordarse con el mismo fármaco.
- La expectativa de vida
- Coste

A pesar de la inclusión de la dexametasona, el único estudio identificado ha evaluado su uso para la emesis, la anorexia y la astenia tardías inducidas por Irinotecan. Este ensayo aleatorizado controlado con placebo, encontró un beneficio que se aproximaba a la significación para la astenia y anorexia asociada al tratamiento. Se desconoce el tratamiento en otras enfermedades avanzadas. En la ICC y EPOC avanzadas, la disnea puede complicar la actividad y contribuir a la astenia. Los psicoestimulantes pueden causar problemas en aquellos con tendencia a la taquicardia y arritmias. No se han realizado estudios hasta la actualidad.

- Acetato de Megestrol: 160 mg 3 veces por día
- Dexametasona: 4-8 mg 2 veces por día
- Metilfenidato: 5-10 mg en la mañana y al medio día

³⁷Abrahm J. Advances in Palliative Medicine and End-of-LifeCare. Annu. Rev. Med. 2011. 62:187–99.

13.3.2.- MANEJO DE ANOREXIA-CAQUEXIA.

Los beneficios asociados a los medicamentos son el aumento del apetito y el aumento de peso fundamentalmente en tejido graso, pero no mejoran ni la calidad ni la sobrevida de los pacientes.

Medidas generales

- ✓ Evitar que el paciente perciba el olor durante la preparación de los alimentos
- ✓ Ejercicio previo a la comida, de ser posible.
- ✓ Preparación de los alimentos por una tercera persona.
- ✓ Comer en un ambiente tranquilo y relajado
- ✓ Evitar la presión familiar.
- ✓ Alimentos variados y con textura adaptada para cada situación
- ✓ Administrarán cantidades pequeñas de comida repartidas en 5 o 6 tomas al día, procurando realizar un mayor aporte calórico en los momentos (generalmente por la mañana) en que el paciente tolere mejor.
- ✓ Evitar condimentos excesivos y temperaturas extremas.
- ✓ En determinadas situaciones podremos recurrir al empleo de suplementos nutricionales

Tratamiento farmacológico

- **Corticoides**

Los corticoides aumentan el apetito y la sensación de bienestar durante un corto período de tiempo en estos pacientes, el mecanismo de acción puede incluir una actividad euforizante, acción anti-inflamatoria a través de la inhibición de la liberación de TNF y la supresión de la actividad de la IL-1 β , así como la inhibición del metabolismo de las prostaglandinas. Pero no se ha demostrado ganancia ponderal, ni mejoría en el estado nutricional; además, sus conocidos efectos indeseables (edema, hiperglucemia, miopatía, toxicidad gastrointestinal, síndrome de Cushing, psicosis corticoidea, inmunodepresión, etc), limitan su uso como antianorexígenos.

Dosis:

Prednisona: 15-30mg/día

Dexametasona: 4 a 8 mg/d

- **Metoclopramida**

Tiene efecto favorable al facilitar el vaciamiento gástrico y al aumentar la presión del esfínter esofágico inferior favoreciendo, la eliminación de la pirosis en los casos de reflujo gastroesofágico. La falla del sistema nervioso autonómico y la terapia con opiáceos se encuentran entre aquellas condiciones que hacen altamente predictiva una respuesta positiva de la metoclopramida. En los casos indicados, el uso regular oral o subcutáneo puede significar una mejoría significativa en el apetito y en la ingesta de alimento.

Dosis:

Metoclopramida: 10 mg cada 8 horas.

- **Acetato de megestrol**

El acetato de megestrol es un agente progestágeno que ha demostrado mejorar el apetito, la ingesta calórica y el estado nutricional, haciendo ganar peso no acompañado de retención hídrica y mejorando la calidad de vida en pacientes terminales. Existe una reducción significativa de los niveles séricos de IL-1a y b, IL-2, IL-6 y TNF- α , que pueden influir en el mecanismo de aumento del apetito y ganancia de peso corporal. El efecto es visible a partir de una o dos semanas, por lo que es necesaria una expectativa vital de algunas semanas o meses. Es común que los enfermos que están perdiendo peso tarden alguna semana en dejar de perderlo, luego su peso se estabiliza y más tarde aumentará.

Muchos estudios randomizados ya clásicos demuestran repetidamente un significativo aumento del apetito, ingesta y peso con acetato de megestrol frente a placebo. Los efectos secundarios son poco habituales con las dosis estándar (Náuseas, vómitos o diarrea en un 5-7%; por sus efectos hormonales impotencia, alteraciones menstruales o sangrado vaginal en 7 a 9% de los pacientes, edema maleolar leve en un 5% y ocasionalmente tromboflebitis profunda). Existe una cierta relación dosis-respuesta y se ha comprobado que con dosis de 160 mg/d ganan peso el 20 a 30% de los pacientes, porcentaje que alcanza prácticamente el 100% con 1600 mg/d. En estudios randomizados las dosis más efectivas son de 600 a 800 mg/d, sin que dosis superiores mejoren los

resultados por lo que no se indican. Las dosis recomendadas actualmente irían de 160 a 800 mg/d, según el efecto esperado y los resultados obtenidos³⁸.

Respecto a otros fármacos, la evidencia es escasa y con resultados contradictorios para ciproheptadina, pentoxifilina y melatonina, por lo que no se puede realizar recomendaciones sobre su uso.

- **Nutrición enteral**

Cuando no es posible la alimentación convencional debidamente acoplada a las necesidades del paciente podremos recurrir a algún tipo de nutrición enteral. Sus indicaciones estarían en aquellas alteraciones severas del tracto superior que impidieran una correcta alimentación natural, siempre que

no haya obstrucción intestinal, síndrome de intestino corto o fístulas enterales.

Las vías más utilizadas consistirían en sondas nasogástricas o nasoyeyunales, seguidas de gastrostomías o yeyunostomías. Como complicaciones podemos encontrar en primer lugar los problemas mecánicos derivados de la sonda como obstrucción de la misma, perforación a nivel del tubo digestivo y erosión a nivel nasal o de la faringe. Es posible la contaminación bacteriana de la dieta, sobre todo con preparados caseros triturados, y no es infrecuente ver cuadros de diarrea, estreñimiento, malabsorción o distensión abdominal así como alteraciones hidroelectrolíticas como hiperglucemia, hiponatremia, hipokaliemia e hipercalcemia.

Podemos utilizar preparados caseros o recurrir a dietas comerciales de las que existe una gran variedad.

En general, las dietas utilizadas en pacientes en fase final de la vida tienen una proporción de carbohidratos menor y una mayor proporción de proteínas y de lípidos (que podrían por otra parte provocar saciedad precoz). Se pueden añadir según las necesidades de cada paciente determinados módulos nutricionales con hidrocarburos, lípidos, proteínas, aminoácidos, vitaminas, minerales o fibra, así como ácidos grasos, fundamentalmente el ácido eicosapentaenoico que además de mejorar el apetito y la capacidad funcional de los pacientes, estabiliza la pérdida de peso, revirtiendo la caquexia tumoral y modula la producción de citoquinas y la acción del sistema inmune.

³⁸ Grupo de trabajo de la Guía de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid. Guía de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid. Madrid. 2008.

13.3.3.-MANEJO DEL EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES

13.3.3.1.-Manejo del edema en el paciente con enfermedad renal crónica

Incluso en casos leves o moderados, el tratamiento del edema puede ser difícil y requiere mucho tiempo. Cuando se produce un edema en las fases precoces de la enfermedad, el tratamiento debe ser agresivo si se quiere controlar. Se recomiendan medidas higienico-dietéticas como la elevación de la extremidad, la movilización pasiva y activa de la extremidad estimula el componente muscular del drenaje linfático. De forma simultánea, o tan pronto como se obtenga cierta reducción en el volumen de la extremidad, deben utilizarse vendajes compresivos. Si este tratamiento inicial no es satisfactorio, se requiere un tratamiento descongestionante completo (TDC). El TDC comprende técnicas de masaje seguidas de vendaje y generalmente requiere los servicios de fisioterapeutas expertos. Muchos pacientes cercanos al final de su vida son incapaces de tolerar un TDC, además si el edema es masivo el TDC es ineficaz.³⁹

Medidas higienico-dietéticas:

- Restricción de la ingesta de sodio (2-4 g diarios)
- Restricción de la ingesta de líquido
- Medidas posturales: decúbito supino o sedestación con piernas levantadas
- Vendas elásticas de compresión fuerte en miembros inferiores hasta la raíz del muslo.

Manejo farmacológico

Los diuréticos se encuentran entre los medicamentos más empleados en la práctica clínica diaria. Funcionan básicamente al aumentar la excreción urinaria de Na, Cl y agua. Esta habilidad para inducir un balance negativo de los líquidos corporales, se ha utilizado en el tratamiento de una gran variedad de condiciones patológicas, pero particularmente en los padecimientos que cursan con edema.

Los diuréticos se dividen en cuatro tipos, que dependen del sitio del nefrón donde bloquean o impiden la reabsorción tubular de Na⁺: diuréticos proximales,

³⁹ Walsh. D, Caraceni A, Fainsinger. R. Medicina paliativa. Barcelona. Elsevier Espana. 2010

los que bloquean la anhidrasa carbónica; diuréticos de asa, que actúan en la rama ascendente del asa de Henle; diuréticos tipo tiazidas o distales, que actúan en el túbulo distal y en el segmento conector (y posiblemente en la porción temprana del túbulo colector cortical); los diuréticos antikaliuréticos, actúan en el tubo distal y colector cortical y en células sensibles a aldosterona. Finalmente, los nuevos acuaréticos aumentan la excreción de agua al bloquear la acción de la hormona antidiurética en los receptores V2 del túbulo colector cortical.

Es importante señalar que el sitio del nefrón donde funcionan cada uno de los fármacos diuréticos es lo que determina su potencia o sea su capacidad de excretar Na⁺ y agua. El segmento proximal es el que reabsorbe mayor cantidad de Na⁺, (alrededor del 60-65 %); le sigue el asa de Henle (25-30%). Por lo tanto, sería razonable suponer que un diurético proximal, tal como un inhibidor de la anhidrasa carbónica como es la acetazolamida, debería inducir una pérdida muy sustancial de Na⁺; sin embargo, esto no ocurre debido a que el Na⁺ que escapa a la reabsorción, lo reclama ávidamente la rama ascendente de Henle y el resto del túbulo distal.

Los diuréticos más utilizados para el manejo del edema en el paciente con enfermedad renal crónica son los diuréticos de asa como: ácido etacrínico, furosemide y bumetanide. Favorecen la excreción del 20 al 25 % del Na⁺ filtrado, cuando se administran en dosis máximas. Operan en la rama ascendente cortical y medular e incluyen en su efecto las células de la mácula densa, en la porción más proximal del túbulo distal. En cada uno de estos lugares, la entrada de sodio a la célula está mediada por el cotransportador Na⁺-K⁺-2Cl localizado en la cara luminal o apical de la membrana; este sistema sólo funciona si los cuatro sitios del transportador están ocupados con un Na⁺, un K⁺ y dos Cl. Los diuréticos de asa compiten con los sitios que ocupa el Cl en el acarreador y de este modo reducen drásticamente la entrada de Na⁺ a la célula y su absorción neta.

La Furosemida es un derivado del ácido antranílico, es un diurético eficaz por vía oral y enteral. Los resultados de los estudios clínicos indican que tiene un amplio margen de seguridad y que en su efecto diurético a dosis máximas es mayor que el de las tiazidas o el de la acetazolamida. La furosemida se absorbe

rápidamente, aunque de manera incompleta en el tracto gastrointestinal; su biodisponibilidad en tabletas se ha reportado entre un 60 a 70%, y es similar a la de la solución acuosa aunque es reducida en caso de deterioro renal.

La potencia intrínseca de un diurético se define a partir de su curva dosis-respuesta, que es por lo general sigmoide. La acusada relación sigmoide es la razón por la que los diuréticos de asa se describen con frecuencia como fármacos con umbral. Cuando se comienza un tratamiento con diuréticos de asa, es importante asegurarse de que cada dosis alcanza la parte más empinada de la curva dosis-respuesta antes de ajustar la frecuencia de dosis. La dosis máxima de administración de furosemida por día es por vía intravenosa 200 mg y por vía oral 240 mg.

Se administran dosis iniciales de 20 a 40 mg (1 a 2 ampolletas) por vía intravenosa o intramuscular a adultos y jóvenes a partir de los 15 años de edad. Si el efecto diurético de esta dosis es satisfactorio, podrá aumentarse la misma a razón de 20 mg (1 ampolleta) cada dos horas hasta que alcance el efecto deseado. La dosis así obtenida se administra entonces una o dos veces al día.

Cuando se comienza a administrar un diurético de asa para el tratamiento del edema, es importante establecer un objetivo terapéutico, por lo general de peso a alcanzar. Si una dosis baja no da lugar a una natriuresis, se puede doblar de forma repetida hasta que se alcanza la dosis máxima recomendada. Se considera que los pacientes son resistentes a los diuréticos cuando se aprecia una reducción inadecuada del volumen de LEC a pesar de la administración de dosis submáximas de diuréticos de asa. Se disponen de varias estrategias para conseguir un control efectivo del volumen de LEC en los pacientes resistentes. En primer lugar se deberían administrar diuréticos de asa más de una vez al día. Segundo, se puede añadir un diurético de otro grupo a una pauta que contiene un diurético de asa. Los diuréticos de DCT son los fármacos que se combinan con mayor frecuencia con los diuréticos de asa, estos diuréticos inhiben los cambios adaptativos de la nefrona distal que sirven para limitar la potencia de los diuréticos de asa. Además los diuréticos DCT tienen vidas medias más prolongadas que los diuréticos de asa, por tanto, estos fármacos impiden o

aminoran la retención de NaCl durante los periodos entre las dosis de diuréticos de asa.

Cuando se combinan los diuréticos, lo habitual es administrar el diuético DCT un poco de tiempo antes del diurético de asa (1 hora) para asegurar que el transporte de NaCl en la nefrona distal está loqueado cuando se ve inundado por solutos. Cuando está indicado una terapia intravenosa se puede emplear clorotiazida. La metolazona es el diurético DCT que con más frecuencia se combina con los diuréticos de asa.⁴⁰

Metolazona

-Presentación: comprimidos 2,5, 5 y 10 mg

-Vías de administración: oral

-Dosis: 2,5-10 mg diarios

Hidroclorotiazida

-Presentación: cápsulas de 12,5 mg, comprimidos de 25, 50 y 100 mg, solución ingerible con 10 y 100 mg/ml

-Vías de administración: oral

-Dosis: 25-100 mg diarios

Clorotiazida

-Presentación: ampollas de 500 mg

-Vías de administración: intravenoso

-Dosis: 500-1000 mg diarios

Furosemida:

Presentación:

Vía oral: comprimidos de 40 mg.

Vía enteral: 20mg/ 2ml para inyección IM o IV.

Dosis inicial 20-40 mg/ día

Dosis máxima diaria: 250-500 mg/día.

⁴⁰ Schrier. R, Nefrología, Colorado, Marban, Estados Unidos de Norteamérica, 5 ed, 2006

13.3.3.2 Manejo del edema en la Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

Medidas Generales⁴¹

1. Dieta hiposódica moderada (1,5-3 gr de sal /día);
2. Restringir el agua si existe hiponatremia con $Na < 130$ mEq/L.
3. Se debe limitar la ingesta de grasas saturadas y suprimir el tabaco y el alcohol.
4. La actividad física más conveniente en los pacientes con IC es un tema controvertido, lo más aceptado es atendiendo a la clase funcional en que se encuentre:
 - CF I: restringir la actividad deportiva
 - CF II-III: restringir la actividad profesional
 - CF IV reposo en cama.

Tratamiento farmacológico

Diuréticos

Los diuréticos incrementan la excreción de sodio urinario, disminuyen la retención de líquidos, la presión venosa yugular, la congestión pulmonar, el edema periférico y el peso corporal. A plazo intermedio, han demostrado mejorar la función cardíaca, los síntomas y la tolerancia al ejercicio en pacientes con falla cardíaca⁴²

Se recomiendan en el tratamiento inicial de los pacientes con IC, asociados a IECAs, sólo en presencia de edemas o síntomas secundarios a la retención de líquidos. Su objetivo es el control de la congestión central o periférica.

Los diuréticos de asa, especialmente la furosemida, son los más utilizados. Para las formas leves de IC se prefieren las tiazidas, pero en la IC grave ambas pueden asociarse.

Furosemida:

Presentación:

Vía oral: comprimidos de 40 mg.

Vía enteral: 20mg/2 ml para inyección IM o IV.

Dosis inicial 20-40 mg/ día

⁴¹Insurance problems of patients with heart disease.M.Irene Ferrer, Schallant, R. Hurst's The Heart.8th Edition.P 2453-2460.

⁴²ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Edema de las piernas. 2006.

Dosis máxima diaria: 250-500 mg/día.

Hidroclorotiazida:

Presentación:

Vía oral: capsulas de 12,5 mg, comprimidos de 25, 50 y 100 mg.

Dosis inicial: 25 mg/día

Dosis máxima diaria: 50-75 mg/día

Espirinolactona:

Presentación:

Vía oral: comprimidos de 25, 50 y 100 mg

Dosis inicial: 12,5-25 mg/

Dosis máxima diaria: 50 mg/día

Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAS)

Los IECAs mejoran los síntomas, el estado clínico y la calidad de vida en los pacientes con falla cardiaca.

Captopril

Presentación:

Vía oral: comprimidos de 12,5, 25, 50,100 mg

Dosis inicial: 6,25 mg/8 h

Dosis máxima diaria 25-50 mg/8 h

Enalapril

Presentación

Vía oral: comprimidos 2.5, 5, 10, 20 mg

Dosis inicial: 2,5 mg/ diaria

Dosis máxima diaria: 10 mg/12 h

13.3.4 MANEJO DE LAS NAUSEAS Y VOMITOS

La prevención y el control de las náuseas y vómitos son de importancia capital en el tratamiento de los pacientes con enfermedades terminales ya que estos pueden dar lugar a serios trastornos metabólicos, disminución nutricional y anorexia, deterioro del estado mental y físico del paciente, desgarros esofágicos, fracturas, dehiscencia de alguna herida, interrupción del tratamiento potencialmente útil y curativo y degeneración del cuidado propio y de la capacidad funcional. A pesar de los adelantos en el manejo farmacológico y no farmacológico de las náuseas y vómitos, siguen siendo dos de los efectos secundarios más inquietantes y temidos por los pacientes terminales y sus familias⁴³.

Medidas generales

Las medidas no farmacológicas incluyen descubrir preocupaciones ocultas y preguntas no formuladas, educar al paciente sobre lo que está pasando y es probable que ocurra en el cuerpo del paciente.

- ✓ Mantener en buen estado la cavidad oral.
- ✓ Alimentos con bajo contenido en lípidos y fibra y alto contenido en proteínas.
- ✓ Dar volúmenes pequeños y frecuentes.
- ✓ Determinar la consistencia, presentación y temperatura de los alimentos más apropiados a su gusto y preferencias.
- ✓ Adoptar posición Fowler o decúbito lateral.
- ✓ Pequeñas caminatas después de alimentación mayor

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se basa en la identificación del mecanismo involucrado en la génesis del síntoma, la búsqueda debe dirigirse a detectar medicamentos con capacidad emetizante y a encontrar su relación con el inicio o cambio de la dosis de un medicamento. Se debe valorar si el paciente está estreñido, con obstrucción intestinal o sometido a olores que le sean desagradables como los que se originan en la preparación de alimentos,

⁴³Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Los cuidados paliativos, una labor de todo. 1ª Edición. San Sebastián, 2007.

perfumes etc. Hay que descartar alteraciones sistémicas como sepsis, hipercalcemia, uremia y metástasis cerebrales entre otras.

- **Antieméticos antiserotoninérgicos (5-HT3)**

Cuatro receptores antagonistas 5-HT3, tienen aprobación en los Estados Unidos, los cuales son el ondansetron, granisetron, dolasetron, y recientemente, palonosetron.

Los primeros fueron aprobados en el año 1990, estos agentes revolucionaron la profilaxis antiemética. Estudios de los receptores antagonistas 5-HT3 han demostrado superior eficacia comparada con altas dosis de metoclopramida y equivalente a la combinación de alta dosis de esta con la dexametasona⁴⁴

La serotonina se encuentra en las células enterocromafines del intestino, donde desempeña un papel importante en la regulación de la motilidad gastrointestinal en el SNC donde actúa como neurotransmisor⁴⁵.

- **Ondansetrón:**

Su biodisponibilidad oral es del 50-75% y su vida media es de 5,5 horas aunque no existe correlación entre los niveles plasmáticos y su efecto clínico.

Disminuye la motilidad del colon y puede producir cefalea leve y diarrea. Acelera el vaciamiento gástrico.

Presentación:

- Comprimidos de 8 mg
- Ampollas de 4 mg/2 mL
- Ampollas de 8 mg/4 mL.

Dosis

- I.V: 0.15 mg/kg
- V.O: 12-24 mg/d

Vía de administración

- Intramuscular
- Intravenosa

⁴⁴National Cancer Institute: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 4.0. Bethesda, Md: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2010.

⁴⁵Tara L, Ettinger D. Nausea and Vomiting. En: Ettinger D. Supportive care in cancer therapy. Framington Humana. 2009.pag 179-192.

-Oral

○ **Granisetron:**

Se metaboliza en el hígado. El aclaramiento no se ve afectado por la insuficiencia renal pero disminuye en la insuficiencia hepática y los ancianos.

Presentación:

-Ampollas de 1 mg/ml.

-Ampollas de 3mg/ml.

-Comprimidos de 1 mg.

Dosis:

-IV: 0, 01 mg/kg

-VO: 2 mg/kg

Via de administración:

Oral

Intravenosa

○ **Tropisetron:**

Tiene una alta biodisponibilidad por vía oral. Su vida media es de 11 horas.

Presentación:

-Comprimidos de 5 mg

-Ampollas de 5 y 2 mg.

Dosis:

-V.O: 2-5 mg en dosis única diaria

-I.V: 10 mg/día

Vías de administración:

.Oral

-Intravenosa

• **Receptores antagonistas de la dopamina**

Estos son efectivos en la prevención y tratamiento de la náusea y vomito causado por opiáceos, desequilibrios electrolíticos o de etiología desconocida entre ellos tenemos: fenotiazidas, butirofenonas y benzamidas.

En el año 1960, La fenotiazidas fueron los primeros fármacos en mostrar eficacia en la prevención de vómitos y náuseas. Los efectos secundarios incluyen sedación, mareo, hipotensión y síntomas extrapiramidales. La prolongación del QT ha sido documentada con el haloperidol y droperidol.

- **Haloperidol:**

Este antipsicótico de la familia de las butirofenonas se emplea para las náuseas y vómitos secundarios a causas tóxicas o químicas.

Actualmente en ensayos controlados aleatorios no se ha identificado si el haloperidol es un fármaco útil para el tratamiento de náuseas o vómitos en pacientes con cuidados⁴⁶.

Presentación

- Comprimidos de 10 mg
- Gotas de 2 mg/mL
- Ampollas de 5 mg/mL

Dosis:

- I.V: 1-5 mg/12 horas.
- V.O: 1-5 mg/12 horas.

Vía de administración

- Intramuscular
- Intravenosa
- Oral

- **Ciclicina**

Es un derivado de la piperazina con propiedades antihistamínicas y anticolinérgicas que se emplea para las náuseas y vómitos asociados a etiologías vestibulares, hipertensión intracraneal, obstrucción intestinal, estimulación faríngea.

Presentación:

- Comprimidos de 50 mg.

Dosis:

⁴⁶Paul Perkins, SaskieDorman. Haloperidol para el tratamiento de náuseas y vómitos en pacientes con cuidados paliativos (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD006271. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).

-50-100 mg vía oral tres veces al día

Vías de administración:

-Oral

- **Droperidol.**

El droperidol es un fármaco de la familia de labutirofenona y actúa como un antagonista de la dopamina en la zona desencadenante del quimiorreceptor en el cerebro.

Es efectivo para tratar las causas bioquímicas de las náuseas o reducir el efecto emético de los fármacos como la morfina, el cual es mediado en la zona desencadenante del quimiorreceptor. Se utiliza solo o en combinación con otros antieméticos por vía oral, intravenosa o intramuscular.

En 2001 la Food and Drug Administration de los EE.UU. declaró una advertencia contra el uso del droperidol debido a los informes de casos sobre la prolongación del intervalo QT, arritmia cardíaca y muerte súbita. Otros efectos secundarios informados en la incluyen somnolencia o sedación, acatisia, distonía, ansiedad o agitación, euforia, hipotensión, sofoco, sensación de sequedad en la boca o rigidez.

No existen pruebas suficientes para recomendar el uso de droperidol en el tratamiento de las náuseas y los vómitos en la atención paliativa. Se requieren estudios sobre antieméticos en ámbitos de atención paliativa para identificar qué agentes son más efectivos con un mínimo de efectos secundarios⁴⁷.

Presentación:

-Ampollas 7,5 mg/3 mL.

Dosis:

-0,625 mg /kg

-1,25 mg/kg

Vía de administración:

-Intravenosa.

- **Metoclopramida**

Es un antiemético procinético que se emplea para las náuseas y vómitos asociados a irritación gástrica, éstasis gástrico, obstrucción intestinal incompleta.

⁴⁷Dorman S, Perkins P. Droperidol para el tratamiento de las náuseas y los vómitos en pacientes que reciben atención paliativa. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 10. Art. No.: CD006938. DOI: 10.1002/14651858.CD006938

Aparte de sus propiedades antagonistas dopaminérgicas centrales y periféricas, esta facilita la liberación de acetilcolina desde las neuronas las entéricas mediante el antagonismo de los receptores de 5-HT.

La metoclopramida no solo muestra antagonismo por la dopamina también aumenta la presión en el esfínter esofágico inferior, induce la promotilidad gástrica y a dosis alta tiene actividad ARS-HT₃.

Presentación:

- Comprimidos 10 mg
- Ampollas 10 mg/2 mL.

Vía de administración:

- Intramuscular
- Intravenoso
- Oral

Dosis:

- Vía oral: 1–2 mg/kg.
- Vía intravenosa: 3 mg/kg.

- **Corticoides**

Los más utilizados son la dexametasona y la metilprednisolona. Actúan por inhibición en la síntesis de prostaglandinas, disminución de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica y disminución de los niveles de beta endorfina y vasopresina.

- **Dexametasona:**

Se desconoce el mecanismo de acción, pero podrían entrar en juego varios mecanismos, como la disminución de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica a sustancias química, la disminución del GABA en la médula y la reducción de la liberación de leucoencefalina en el tronco del encéfalo⁴⁸.

Presentación.

- Ampollas de 4 mg/1 mL.
- Ampollas de 40 mg/5 mL.
- Cápsulas de 40 mg.

⁴⁸Instituto nacional del cáncer de los institutos nacionales de EE.UU. náuseas y vómitos [actualizado el 21 de jul del 2011, accesado 22 de sep del 2011] Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/nausea/HealthProfessional/page3>

Vía de administración

- Intramuscular
- Intravenosa
- Oral

Dosis:

- Prevención de las náuseas: IV 20 mg antes de la medicación (opioides).
- Coadyuvante: IV 4-16 mg día

Tabla 1.- Evidencia Basada en drogas de acuerdos a etiologías comunes en cuidados paliativos.⁴⁹

Etiología	Drogas de elección	Dosis
Pobre vaciamiento gástrico.	Metoclopramida Domperidona Haloperidol Levomepromazina Ciclizina	V.O: 10-20mg t. d. antes de las comidas V.O: 20-30mg. IV: 2.5-6 mg/24 h PO: 1.5-6 mg/24 h IV: 6.25-25 mg/24 h PO: 6.25-25 mg/24 h IV: 75 a 200 mg/24 PO: 25-50 mg cada 6-8h
Estasis Gastrica/parcialobstrucción,	Metoclopramida Domperidona Levomepromazina	IV: 30-120 mg/24 h PO: 30-80 mg/24 h PO: 10-20 mg cada 6-8h PO: 6.25-25 mg/24 h IV: 75 a 200 mg/24
Regurgitación	Metoclopramida Ciclizina Haloperidol Levomepromazina	IV: 30-120 mg/24 h PO: 30-80 mg/24 h PO: 25-50 mg q6-8h PO: 1.5-6 mg/24 h IV: 6.25-25 mg/24 PO: 6.25-25 mg/24 h IV: 75 a 200 mg/24
Obstrucción intestinal	Domperidona Ciclizina Levomepromazina Hioscinabutilbromuro	PO: 10-20 mg cada 6-8h PO: 25-50 mg cada 6-8h PO: 6.25-25 mg/24 h IV: 75 a 200 mg/24 SC: 100-200mcg cada 6 h IV: 0.375 mg cada 6-8

- **Tratamientos alternativos**

Estos se utilizan de forma aislada o como adyuvantes para minimizar el sufrimiento y la frecuencia de las náuseas y los vómitos.

⁴⁹Sik A, Shoemaker L, Mellar Davis. Nausea and Vomiting in Advanced Cancer. AM J HOSP PALLIAT CARE 2010 27: 219

- **Biorretroalimentación**

Esta ayuda a las personas a adoptar un estado de relajación. Usando la biorretroalimentación, la persona aprende a controlar una reacción física específica del cuerpo, como podrían ser las náuseas y los vómitos. Esto se realiza recibiendo información sobre los cambios físicos por los que el organismo pasa momento a momento en relación con la reacción física.

- **Relajación muscular progresiva (PMR)**

Con esta técnica se enseña a la persona a relajarse tensando y relajando progresivamente los distintos grupos musculares. Ha sido eficaz en reducir las náuseas y los vómitos ocasionados los opioides.

Tabla 2.- Tratamientos alternativos

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Terapia cognitivo-conductuales• Relajación muscular progresiva• Hipnosis• Visualización guiada• Distracción cognitiva• Desensibilización sistemática• Musicoterapia |
|--|

13.3.5.- INSOMNIO

Medidas generales

- ✓ Mantener en lo posible un horario regular, sobre todo el despertar de la mañana.
- ✓ Evitar tiempos innecesarios en la cama durante el día.
- ✓ Dormir la siesta sólo cuando sea necesaria, evitando la última hora de la tarde si es posible.
- ✓ Llevar un horario con actividades durante el día.
- ✓ Minimizar las interrupciones del sueño durante la noche: ruidos, medicación, etc.
- ✓ Evitar permanecer despierto durante la noche por periodos prolongados en situaciones de tensión.
- ✓ Eliminar estímulos desagradables, tanto a la vista como al tacto, al oído al olfato.
- ✓ Identificar antes de acostarse problemas o asuntos que le han preocupado durante el día, tratando de abordarlos con un enfoque activo de resolución.
- ✓ Evitar medicaciones estimulantes u otras sustancias (cafeína, nicotina) sobre todo en las horas previas a acostarse.
- ✓ Mantener un adecuado alivio del dolor durante la noche, preferentemente con analgésicos de vida media larga.
- ✓ Usar la medicación adecuada tras la evaluación del insomnio

Tratamiento farmacológico:

El tratamiento farmacológico es una medida coadyuvante dentro del modelo de tratamiento integral del insomnio. Para el establecimiento de la terapia farmacológica, se tiene que tener en cuenta tanto la duración del problema como el tipo de insomnio.

La selección de un fármaco está influida por diversos factores: síntomas, objetivos del tratamiento, respuestas a tratamientos pasados, preferencia del paciente, coste del fármaco, disponibilidad de otros tratamientos, condiciones de comorbilidad, contraindicaciones e interacciones con otros medicamentos y efectos secundarios.

- **Hipnóticos**

Los hipnóticos usados para el tratamiento del insomnio pertenecen a dos grandes grupos según su estructura química: benzodiazepínicos y no benzodiazepínicos. Estos últimos a su vez pertenecen a tres subgrupos: ciclopirononas, imidazopiridinas y pirazolopirimidinas.

Los hipnóticos son agonistas de los receptores benzodiazepínicos y ejercen su acción en el complejo-receptor GABA-benzodiazepina, aunque los distintos tipos lo hacen en distintas subunidades del receptor.

- **Benzodiazepinas**

Las benzodiazepinas son agentes depresores del sistema nervioso y promueven la relajación física y mental, reduciendo la actividad nerviosa en el cerebro (acción gabaérgica). Son un grupo heterogéneo de fármacos de acuerdo a su estructura química, sus propiedades farmacocinéticas y sus propiedades farmacodinámicas.

- **No benzodiazepínicos**

En los últimos 20 años se han introducido en el mercado varios fármacos pertenecientes a tres grupos químicos: ciclopirononas (zopiclona y eszopiclona), imidazopiridinas (zolpidem) y pirazolopirimidinas (zaleplon). Estos hipnóticos fueron desarrollados con el objetivo de vencer algunas de las desventajas de las BZD, ligadas a sus efectos secundarios, como por ejemplo, la sedación del día siguiente, la dependencia y los efectos de la retirada del fármaco.

Tabla 6 Hipnóticos con indicación aprobada para insomnio

Familia	Sustancia	Presentación	Dosis diaria en mg
Benzodiazepinas	Midazolam	Amp 15 mg/3 mL Amp 50 mg/10 mL	7,5-15
	Triazolam	Tabletas de 0.125mg Tabletas de 0.25 mg	0,125-0,250
	Brotizolam	Tabletas de 0.25 mg	0,125-0,5
	Lormetazep	Comprimidos 1 mg Comprimidos 2 mg	0,5-2
	Flurazepam	Cáps 30 mg	25-30
	Flunitrazepam	Comp 1 mg Amp 2 mg/1 mL	VO: 1-2 I.V: 2

Familia		Sustancia	Presentación	Dosis mg/día
No benzodiazepínicos	Imidazopiridinas	Zolpidem	Comp 10 mg	5-10
	Ciclopirrolidonas	Zopiclona	Comp 7,5 mg	3,75-7,5
	Pirazolopirimidinas	Zaleplón	Capsulas 5-10mg	5-10

13.3.6.- MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO

La prevención y el tratamiento del estreñimiento se relacionan con la causa. Los pacientes que reciben cuidados paliativos están en riesgo de presentar estreñimiento como resultado de los cambios en su estilo de vida. Los mismos son atribuibles a la progresión de la enfermedad y tienen poca probabilidad de resolverse fácilmente. Sin embargo, debido a que en la mayoría de los pacientes que reciben cuidados paliativos es posible que el estreñimiento sea inducido por los fármacos, el tratamiento para promover deposiciones intestinales satisfactorias comúnmente incluye alguna forma de administración farmacéutica.

Medidas generales:

- ✓ Dieta apropiada. Educar al paciente sobre el régimen adecuado explicando la relación de fibras, frutas verduras con la facilidad para evacuar
- ✓ Mantener un buen control de otros síntomas que puedan interferir con el hábito intestinal (inmovilidad, anorexia, deshidratación, dolor)
- ✓ Facilitar la actividad y la deambulacion
- ✓ Ambiente apropiado (baño accesible y cómodo)
- ✓ Anticipar los efectos constipantes de diversos fármacos y uso precoz de laxantes.

Medidas farmacológicas

- **Laxantes**

Prevenir el estreñimiento es de vital importancia para el paciente terminal. Prevenir la deshidratación y uso de laxantes profilácticos es importante.

Los laxantes funcionan ablandando la materia fecal, mediante la estimulación directa de la peristalsis, o ambos. Generalmente se clasifican según su modalidad de acción: laxantes incrementadores de masa, laxantes osmóticos, laxantes estimulantes y ablandadores fecales y lubricantes. Los laxantes usados más ampliamente son las preparaciones estimulantes: los que contienen zen, bisacodilo, picosulfato sódico y salvado de trigo y lactulosa. Los laxantes incrementadores de masa no se recomiendan comúnmente para los pacientes que reciben cuidados paliativos, ya que los pacientes no pueden mantener la

ingestión de líquido adecuada que se necesita para evitar la obstrucción intestinal o la impactación fecal

Si las heces son duras y el recto está lleno, se recomienda supositorios de glicerina o docusato. Se ha comprobado que el dantron es carcinogénico y genotóxico en animales de experimentación (roedores) es por eso que en países como en Canadá ha sido retirado del mercado, además el dantrón figura en la lista de medicamentos con riesgo de producir cáncer en humanos de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC)⁵⁰. Si las heces son blandas, laxantes estimulantes tales como sena o bisacodil pueden utilizarse. Si el colon está lleno y con presencia de cólico, puede utilizarse un reblandecedor de heces como docusato. También puede utilizarse Polietilenglicol. Lactulosa es una alternativa a docusato a pesar de que puede provocar distensión y posible hipotensión postural.

Laxantes y fibra

-Agentes formadores de masa

- oPsillium
- oPolicarbofilo
- oMetilcelulosa

-Agentes Lubricantes

- o Aceite mineral

-Laxantes estimulantes

- o Agentes que actúan en la superficie
 - Docusato
 - Acidos biliares
- o Derivados de Difenilmetano
 - Fenolftaleina
 - Bisacodil
 - Picosulfato sódico

⁵⁰Candy B, Jones L, Goodman M, Drake R, Tookman A. Laxantes o metilnaltrexona para el tratamiento del estreñimiento en pacientes que reciben cuidados paliativos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 1. Art. No.: CD003448. DOI: 10.1002/14651858.CD003448

o Acido ricinoleico

Aceite de castor

o Antraquinonas

Sena

Cáscara sagrada

Aloe

Ruibarbo

-Agentes osmóticos

o Magnesio y sales de fosfatos

o Lactulosa

o Sorbitol

o Polietilen glicol

-Supositorios de Glicerina

o Agentes formadores de masa

Utilizar únicamente si una dieta alimenticia rica en fibra no funciona. La acción es por retención de líquidos y un incremento de la masa fecal. Su acción puede iniciarse transcurridas 12-24 horas pero puede tardar 1-3 días. Flatulencia y distensión pueden ocurrir pero el tratamiento a largo plazo es seguro. Es esencial tomar líquidos en forma adecuada.

Plantago ovata (cutículas de semillas Ispaghula Husk)

Presentación

-Sobres de 3,5 g (polvo efervescente)

Vía de administración

-Oral

Dosis:

-1 sobre por las mañanas, pudiendo incrementarse la dosis en función de la respuesta clínica, hasta un máximo de 3 sobres/24 horas.

- **Laxantes estimulantes de la motilidad:**

La acción es por estimulación directa de los nervios colónicos. El efecto se produce normalmente dentro de las 8-12 h; los supositorios son más rápidos: 20-60 minutos.

Indicaciones:

- ✓ Estreñimiento de corta duración.
- ✓ Profilaxis de estreñimiento por medicamentos.
- ✓ Adyuvante de formadores de masa
- ✓ Rectal: Estreñimiento por atonía intestinal.

Efectos secundarios:

- ✓ Oral: Dolor abdominal y en caso de diarrea importante deshidratación e hipokalemia.
- ✓ Rectal: irritación anal (proctitis, inflamación).

- **Bisacodilo:**

Presentación:

- Grageas de 5 mg
- Supositorios de 10 mg

Vías de administración:

- Rectal
- Oral

Dosis:

- 1-2 g/24 horas.
- 1 sup/24 horas.

- **Laxantes osmóticos**

La acción es por retención de líquidos en el intestino por ósmosis, cambiando la distribución del agua en las heces. Su acción se inicia a las 24-48 horas de su administración. Entre los efectos adversos tenemos la flatulencia, náuseas, dolor abdominal.

13.3.7.- MANEJO DE LA DISNEA

Se deben tratar las causas reversibles de la disnea que tienen tratamiento específico, como la insuficiencia cardíaca, la exacerbación de la EPOC y el asma, el broncoespasmo, las arritmias cardíacas, la anemia, el derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior ⁵¹

Medidas generales

- ✓ Mantener la habitación fresca
- ✓ Usar ventiladores
- ✓ Evitar irritantes como el humo
- ✓ Permanecer pocas personas en la habitación.
- ✓ En caso de ataque agudo de disnea es importante acompañar al enfermo.

Terapia suplementaria

- ***Oxígeno***

El tratamiento de la disnea incluye intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. La oxigenoterapia es actualmente una de las intervenciones principales usadas para tratar la disnea y generalmente se prescribe como un tratamiento a largo plazo en la hipoxemia grave.

Una reciente declaración de principios sobre la oxigenoterapia domiciliaria en adultos de la Thoracic Society of Australia and New Zealand recomienda que la oxigenoterapia domiciliaria se debe prescribir a los pacientes con disnea grave debida a enfermedad terminal, incluida la última fase de la enfermedad pulmonar con hipoxemia significativa.

En estos pacientes, generalmente con una esperanza de vida de menos de tres meses, el suplemento de oxígeno puede proporcionar alivio sintomático. Sin embargo, la oxigenoterapia también se prescribe en los pacientes levemente hipoxémicos que presentan disnea grave, aunque en estas circunstancias la prescripción es discutible, ya que puede significarle al usuario un problema adicional por la restricción de la movilidad. El uso de la oxigenoterapia domiciliaria por los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica o angina, o

⁵¹Chan K, Sham M, Tse D, Thorsen A. Palliative medicine in malignant respiratory disease. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2006

ambos, es también discutible. Una concentración de oxígeno inspirado de un 50% puede mejorar la duración del ejercicio en la insuficiencia cardíaca, pero las concentraciones altas del oxígeno son difíciles de mantener con los sistemas de administración actuales

Si el paciente está hipóxico y/o contribuye a dar alivio sintomático. Cuando la enfermedad es avanzada se debe intentar limitar a situaciones agudas porque su uso crónico crea una gran dependencia limitando la calidad de vida del paciente. Las gafas nasales son mejor toleradas que la mascarilla y el oxígeno humedecido evita la sequedad en las fosas nasales. El objetivo no es alcanzar condiciones fisiológicas, sino el control del síntoma.

En algunos ensayos se evidenció:

- ✓ Pacientes con EPOC (la mayoría son ensayos pequeños con diseño cruzado): el oxígeno muestra resultados contradictorios en la disnea en reposo, y mejora de la disnea de esfuerzo en comparación con aire. La respuesta entre distintos pacientes es muy variable
- ✓ Pacientes con insuficiencia cardíaca. Existe insuficiente evidencia para ofrecer recomendaciones.

Tratamiento farmacológico

- ***Opiáceos***

El principal lugar de acción de los opiáceos en los pacientes con disnea es la médula oblonga.

En la siguiente tabla se exponen los mecanismos los que los opiáceos pueden reducir la disnea

TABLA 4.- Mecanismos de los opioides

✓
✓ Disminución de la tasa metabólica y de las necesidades ventilatorias.
✓ Reducción de la sensibilidad medular a la hipercapnia o a la hipoxia.
✓ Alteración de la neurotransmisión en el centro respiratorio medular.
✓ Amortiguación de la respuesta de la médula a la hipercapnia o a hipoxia.
✓ Sedación cortical (es decir, supresión de la consciencia sobre la respiración)
✓ Vasodilatación
✓ Efectos ansiolíticos
✓

El uso de opiáceos sistémicos para la dificultad respiratoria en los pacientes con enfermedad avanzada está apoyado por estudios de calidad. No se puede decir lo mismo de los opiáceos inhalados ya que no nuestra superioridad a los placebos⁵².

- **Morfina sistémica**

Indicada en el alivio de la disnea en situación de enfermedad pulmonar terminal cualquiera que sea su etiología. La terapéutica debe comenzar con dosis mínimas cada 6 horas, en pacientes que ya han utilizado opioides, y ajustando diariamente el 30% de la dosis diaria total (50% sin hay dolor simultáneo, ya que el dolor es el antagonista fisiológico de la depresión respiratoria inducida por opioides)⁵³.

- **Benzodiacepinas**

A pesar que las benzodiacepinas son muy utilizadas en el alivio sintomático de la disnea, no se han realizado ensayos clínicos controlados en pacientes con enfermedad terminal. En algunos pacientes las benzodiacepinas pueden ser utilizadas cuando la disnea se considera una manifestación somática de una crisis de pánico o cuando coexiste ansiedad severa.

Fármaco	Presentación	Vías de administración	Dosis
Diazepam	Comprimidos 5 mg Comprimidos 10 mg Ampollas 10 mg	Oral Intravenosa	5-10 mg/4-6 horas
Alprazolam	Comprimidos 0,25 mg Comprimidos 0,50 mg Comprimidos 1 mg Comprimidos 2 mg	Oral	0.25-0.5mg c/8-12hrs
Lorazepam	Comprimidos 1 mg Comprimidos 5 mg	Oral	1-3mg/día.

⁵²Jennings AL, Davies AN, Higgins JPT, Broadley K. Tratamiento paliativo con opiáceos para la disnea de la enfermedad terminal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).

⁵³Nuñez J, Martínez M, Moreno J. Manejo de síntomas respiratorios. En Nuñez J, Lopez I Guía rápida de manejo avanzado de síntomas en el paciente terminal. Buenos aires; Madrid: medica panamericana [2007] pag 20

- **Corticoides por inhalación.**

Los corticoides son útiles en la disnea en determinadas situaciones: EPOC, asma, enfermos oncológicos con problemas obstructivos de la vía aérea de causa tumoral o en la linfangitis carcinomatosa.

Fármaco	Presentación	Vía de administración	Dosis
Budesónida	Amp 0,5 mg/2 mL Amp 1 mg/2 mL PDI 200 mcg/puls PDI 400 mcg/puls	Inhalación oral	Nebulización: Adultos: 1-2 mg/12 horas. Inhalación: Adultos: 200-1.600 mcg/24 horas, repartidos en 2-4 administraciones.

Administrados por vía oral o nebulizados, son útiles para el manejo del broncoespasmo asociado con asma y EPOC. Como un gran porcentaje de pacientes con cáncer de pulmón tienen historia de tabaquismo y EPOC, se justifica evaluar la terapia con broncodilatadores.

TABLA. Fármacos para la disnea en pacientes terminales⁵⁴

Fármacos de primera línea	Fármacos adjuvantes
Pacientes en tratamiento con opioides: aumentar la dosis en un 25%-50%.	Prometazina: 25 mg/8-12h o a demanda. Clorpromazina: 7,5-25 mg VO o SC cada 6-8 h o a demanda.
Pacientes que no toman opioides: Morfina: 2,5-5 mg VO cada 4 h. Oxicodona: 2,5-5 mg VO cada 4 h.	Benzodiazepinas (si ansiedad o pánico asociado): lorazepam 0,5-1 mg cada 4-12 h, o a demanda.

⁵⁴Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

13.4 Resultados

13.4. RESULTADOS

13.4.1 Generalidades

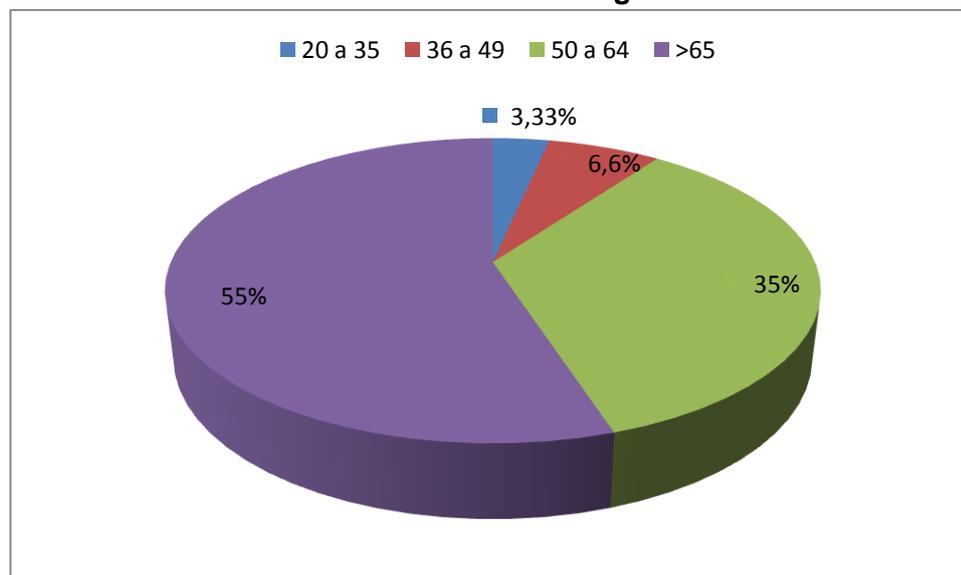
A continuación presentamos las características de los pacientes encuestados.

Tabla N°1
Distribución de pacientes según edad

Edad/años	Frecuencia	Porcentaje
1 a 4	0	0,00%
5 a 9	0	0,00%
10 a 14	0	0,00%
15 a 19	0	0,00%
20 a 35	2	3,33%
36 a 49	4	6,66%
50 a 64	21	35,00%
>65	33	55,00%
Total	60	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Gráfico N°1
Pacientes encuestados según edad



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes

Elaboración: Las autoras

Los datos expuestos nos indican que 55% de los pacientes que participaron en el estudio tienen más de 65 años de edad y el 35% tienen de 50 a 64%.

Con estos valores nos podemos dar cuenta en su gran mayoría los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas son personas adultas de 65 años.

Tabla N°2

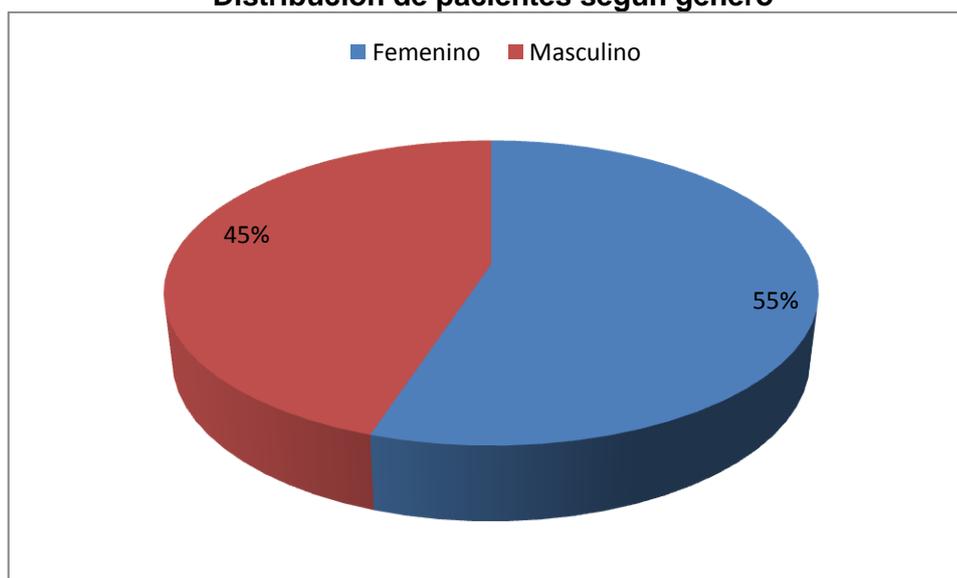
Distribución de pacientes según género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	33	55,00%
Masculino	27	45,00%
Total	60	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Gráfico N°2

Distribución de pacientes según género



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Del total de pacientes, el 55% fueron de género femenino mientras que el 45% masculino.

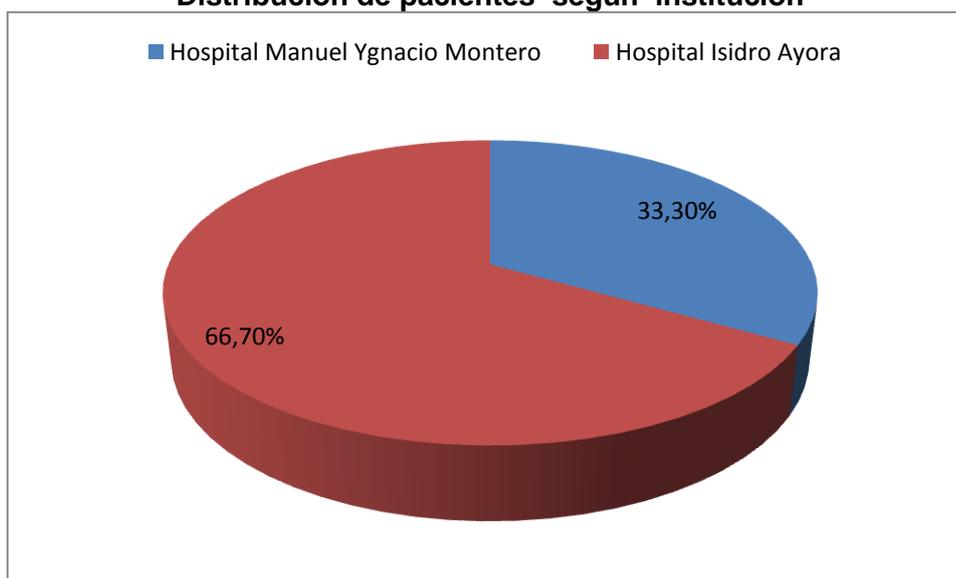
Tabla N°3

Distribución de pacientes según institución

Institución	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Manuel Ygnacio Montero	20	33,30%
Hospital Isidro Ayora	40	66,70%
Total	60	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Gráfico N°3
Distribución de pacientes según institución



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

De la totalidad de las encuestas realizadas en las 2 instituciones de salud el 33,3% son pacientes que acuden al Hospital Manuel Ygnasio Monteros (IESS) y el 66,70% al Hospital Regional Isidro Ayora.

No se incluyen en este estudio pacientes de la Casa de Enfermos Terminales de la Liga de Caridad ni de DIALTICA porque no se encontraron pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

13.4.2 RESULTADO 1: Patologías que requieren atención en cuidados paliativos en el paciente no oncológico con enfermedad crónica avanzada y en etapa final de la vida.

Tabla N° 4

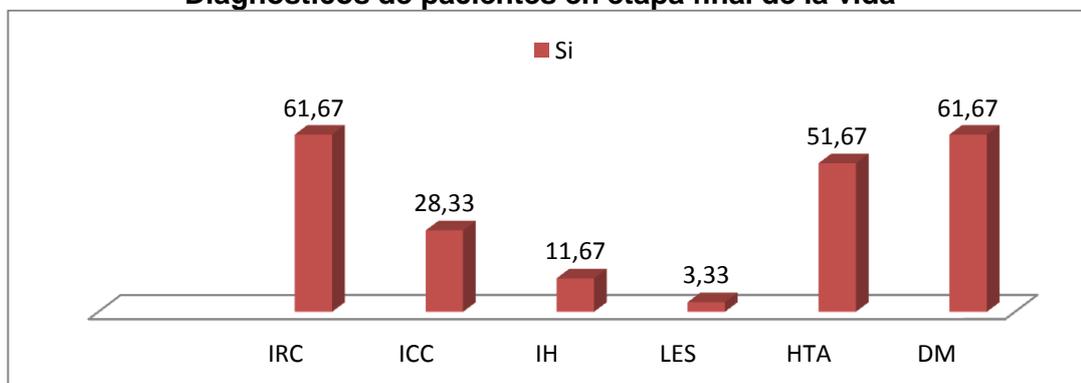
Diagnósticos de pacientes en etapa final de la vida

Diagnostico	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Insuficiencia Renal Crónica	37	61,67%	23	38,33%	60	100%
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	17	28,33%	43	71,67%	60	100%
Insuficiencia Hepática	7	11,67%	53	88,33%	60	100%
Lupus Eritematoso Sistémico	2	3,33%	58	96,67%	60	100%
Hipertensión Arterial	31	51,67%	29	48,33%	60	100%
Diabetes Mellitus	37	61,67%	23	38,33%	60	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Gráfico N°4

Diagnósticos de pacientes en etapa final de la vida



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Los datos expuestos nos indican que las enfermedades más frecuentes en los pacientes estudiados son Lesión Renal Crónica y Diabetes Mellitus tipo II igualmente con un porcentaje de 61,67% respectivamente del total de la población estudiada.

13.4.3 RESULTADO 2: Síntomas y signos más frecuentes en los pacientes no oncológicos con enfermedad crónica avanzada y en etapa final de la vida.

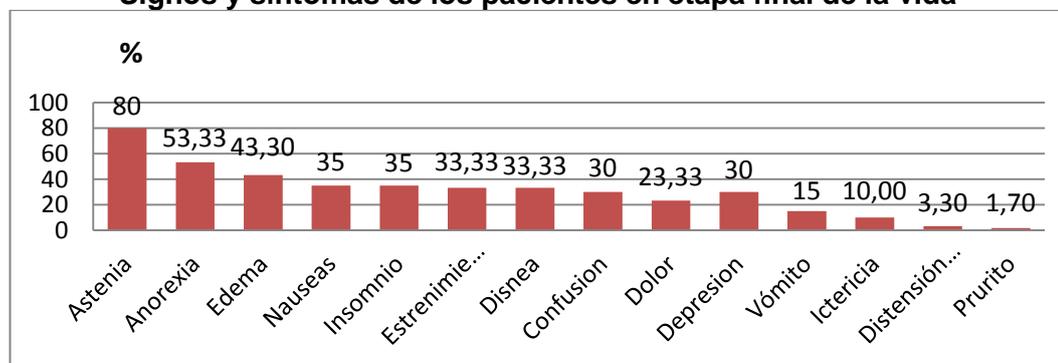
Tabla N°5
Signos y síntomas de los pacientes en etapa final de la vida

Síntoma/signo	Sí		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Astenia	48	80,00%	12	20,00%	60	100%
Hiporexia	32	53,33%	28	46,67%	60	100%
Edema	26	43,30%	34	56,70%	60	100%
Insomnio	21	35,00%	39	65,00%	60	100%
Nauseas	21	35,00%	39	65,00%	60	100%
Disnea	20	33,33%	40	66,67%	60	100%
Depresión	18	30,00%	42	70,00%	60	100%
Dolor	14	23,33%	46	76,67%	60	100%
Estreñimiento	10	16,67%	50	83,33%	60	100%
Vomino	9	15,00%	51	85,00%	60	100%
Ictericia	6	10,00%	54	90,00%	60	100%
Confusión	2	3,33%	58	96,67%	60	100%
Distensión abdominal	2	3,30%	58	96,70%	60	100%
Prurito	1	1,70%	59	98,30%	60	100%

Fuente: Encuesta dirigida a los paciente

Elaboración: Las autoras

Gráfico N°5
Signos y síntomas de los pacientes en etapa final de la vida



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes

Elaboración: Las autoras

De los 60 pacientes con enfermedad crónica avanzada y en etapa final de la vida que fueron encuestados presentaron cansancio el 80% y anorexia el 53%.

En un estudio transversal realizado en Sao Paulo sobre la frecuencia de los síntomas en el último año de vida de los ancianos, nos indica que la frecuencia del dolor fue del 84%, disnea 60%, depresión 58,20%, anorexia 58%, insomnio 51,8%, estreñimiento 51,2%, nauseas 32,00%, cansancio 68%, siendo los más frecuentes el dolor y el cansancio.⁵⁵

⁵⁵Solano João Paulo Consentino, Scazufca Márcia, Menezes Paulo Rossi. Freqüência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. Rev. bras. epidemiol. [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2011 Sep 29] ; 14(1): 75-85. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000100007&lng=es.

13.4.4 RESULTADO 3: Fármacos utilizados para los síntomas de los pacientes en etapa final de la vida

Tabla N°6

Fármacos utilizados para los síntomas de los pacientes terminales.

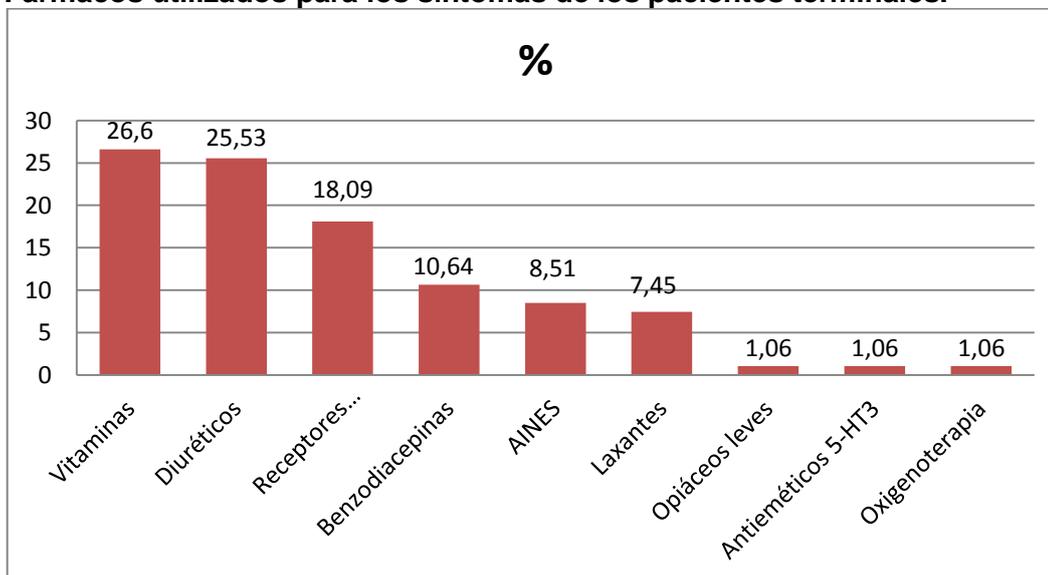
	Fármaco	Frecuencia	Porcentaje
1	Vitaminas	25	26,6%
2	Diuréticos	24	25,53%
3	Receptores antagonistas de la dopamina	17	18,09%
4	Benzodiacepinas	10	10,64%
5	AINES	8	8,51%
6	Laxantes	7	7,45%
7	Opiáceos leves	1	1,06%
8	Antieméticos 5-HT3	1	1,06%
9	Oxigenoterapia	1	1,06%
	Total	94	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes

Elaboración: Las autoras

Gráfico N°6

Fármacos utilizados para los síntomas de los pacientes terminales.



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes

Elaboración: Las autoras

De la totalidad de los pacientes que recibieron tratamiento para los distintos signos o síntomas, el 26,6% recibió multivitamínicos

Tabla N°7

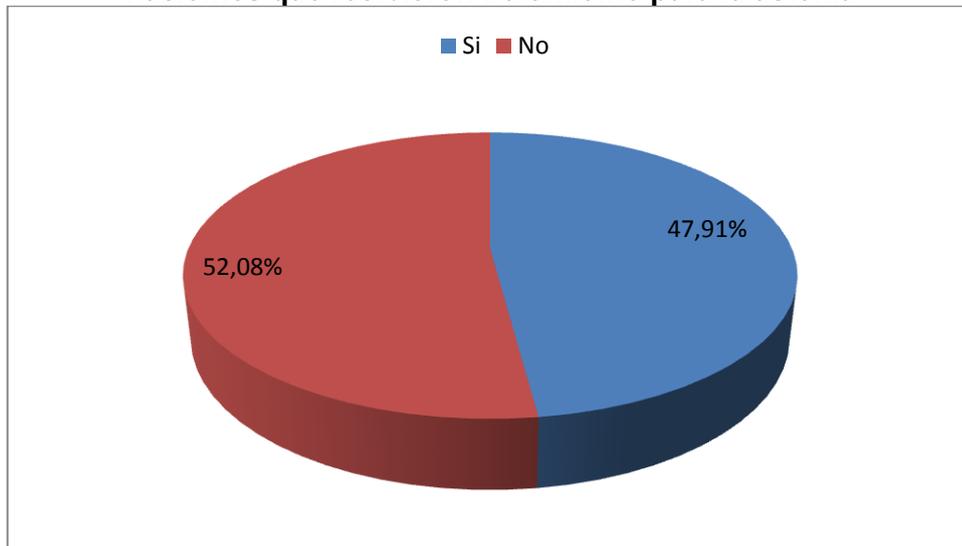
Pacientes que recibieron tratamiento para la astenia

	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	47,91%
No	25	52,08%
Total	48	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Grafico N°7

Pacientes que recibieron tratamiento para la astenia



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Del total de pacientes que presento cansancio el 47.91% recibió tratamiento con multivitamínicos

Tabla N°8

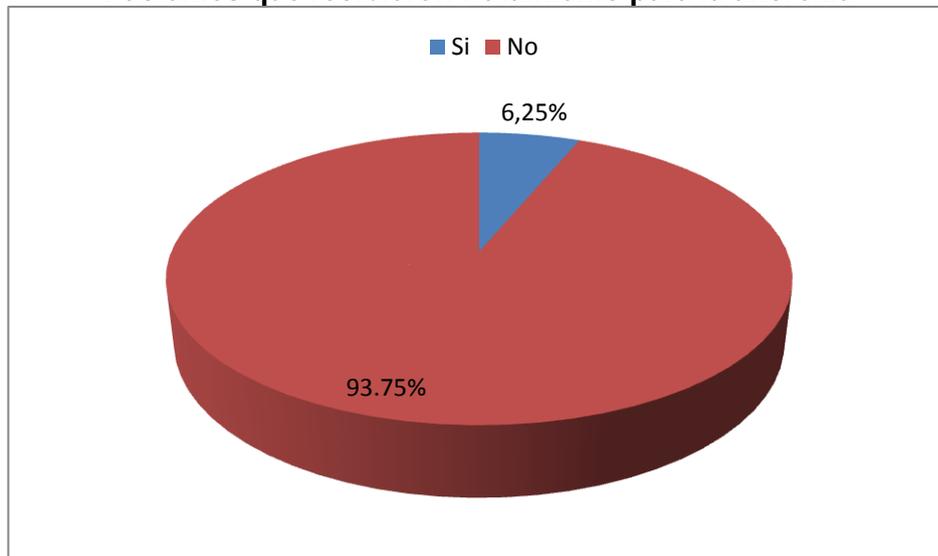
Pacientes que recibieron tratamiento para la anorexia

	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	6,25%
No	30	93,75%
Total	32	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Grafico N°8

Pacientes que recibieron tratamiento para la anorexia



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Del total de pacientes que presentaron anorexia el 6,25% recibió como tratamiento el complejo B

Tabla N°9

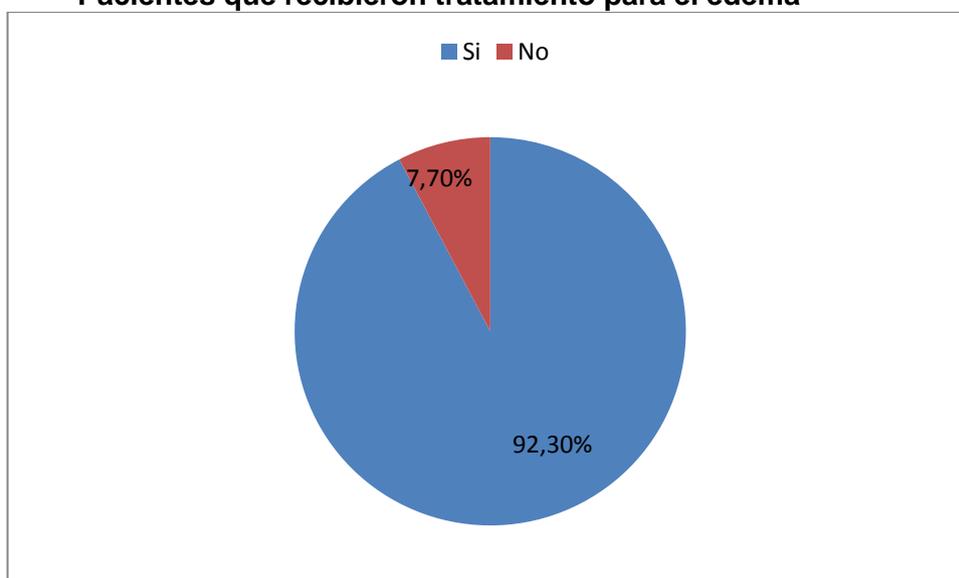
Pacientes que recibieron tratamiento para el edema

	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	92,30%
No	2	7,70%
Total	26	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Tabla N°9

Pacientes que recibieron tratamiento para el edema



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

De la totalidad de los pacientes que presentaron edema como síntoma, el 92,30% recibieron furosemida como tratamiento.

Tabla N°10

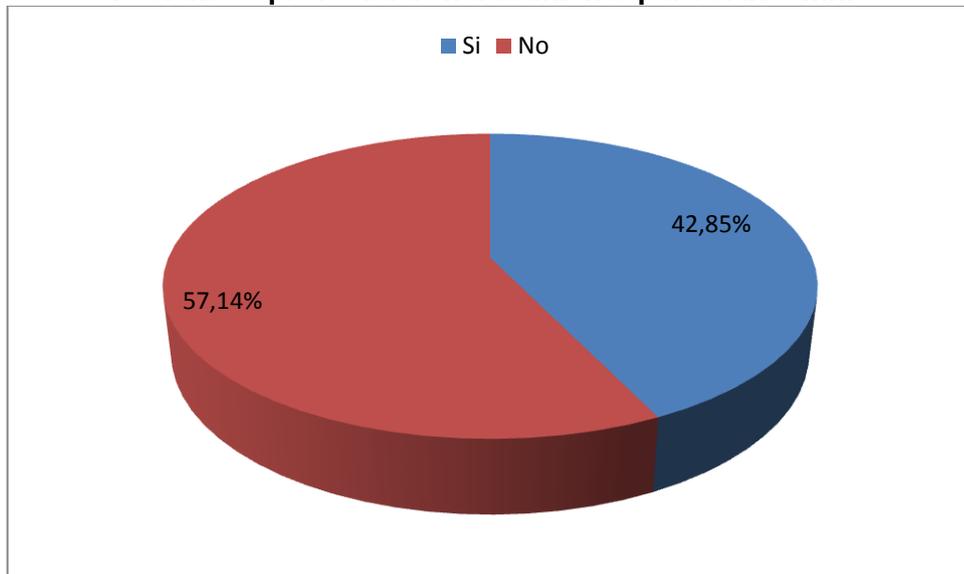
Pacientes que recibieron tratamiento para el insomnio

	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	42,85%
No	12	57,14%
Total	21	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Gráfico N°10

Pacientes que recibieron tratamiento para el insomnio



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Del total de pacientes que presentaron insomnio el 57,14% recibió como tratamiento Alprazolam.

Tabla N°11

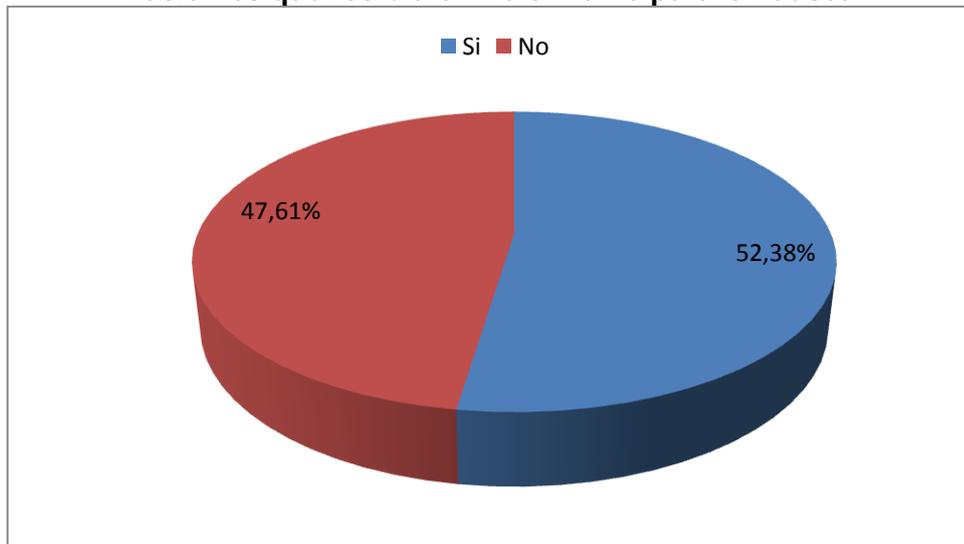
Pacientes que recibieron tratamiento para la náusea

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	52,38%
No	10	47,61%
Total	21	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Grafico N°11

Pacientes que recibieron tratamiento para la náusea



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Del total de pacientes que presentaron náusea el 47,6% recibió como tratamiento Metoclopramida.

Tabla N°12

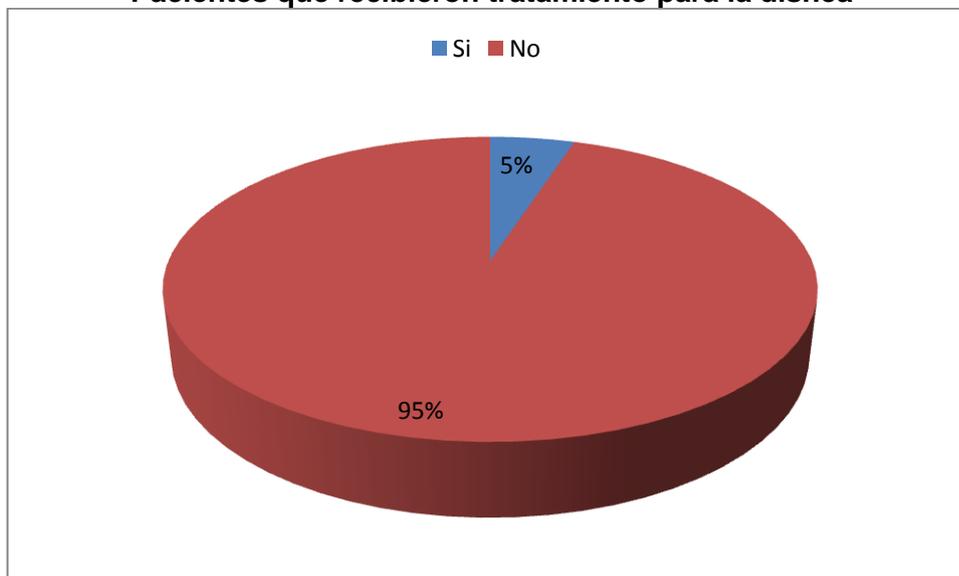
Pacientes que recibieron tratamiento para la disnea

	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	5,00%
No	19	95,00%
Total	20	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Gráfico N°12

Pacientes que recibieron tratamiento para la disnea



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Del total de pacientes que presentaron disnea el 5% recibió como tratamiento oxigenoterapia.

Tabla N°13

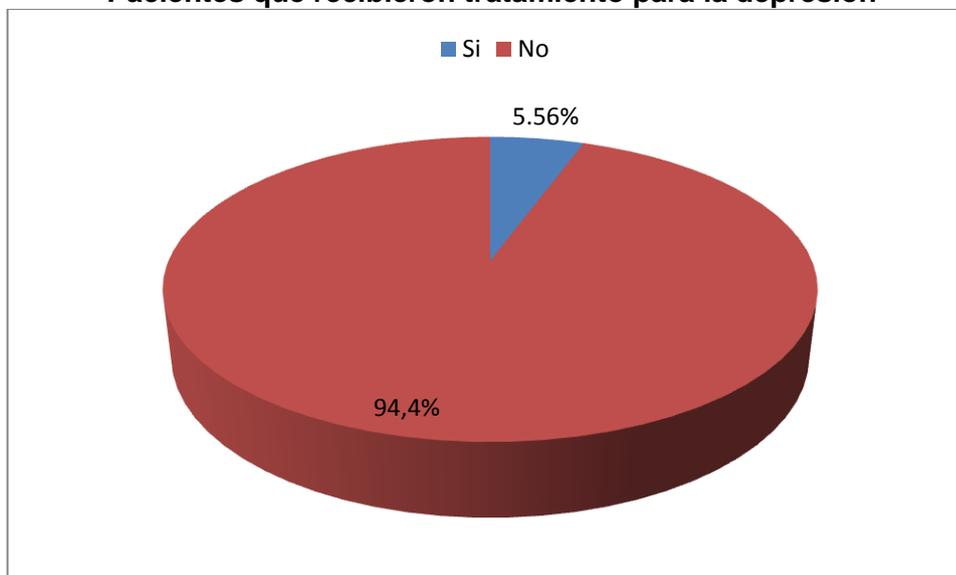
Pacientes que recibieron tratamiento para la depresión

	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	5,56%
No	17	94,44%
Total	18	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los paciente
Elaboración: Las autoras

Gráfico N°13

Pacientes que recibieron tratamiento para la depresión



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Del total de pacientes que presentaron depresión el 5% recibió como tratamiento Alprazolam.

Tabla N°14

Pacientes que recibieron tratamiento para el dolor.

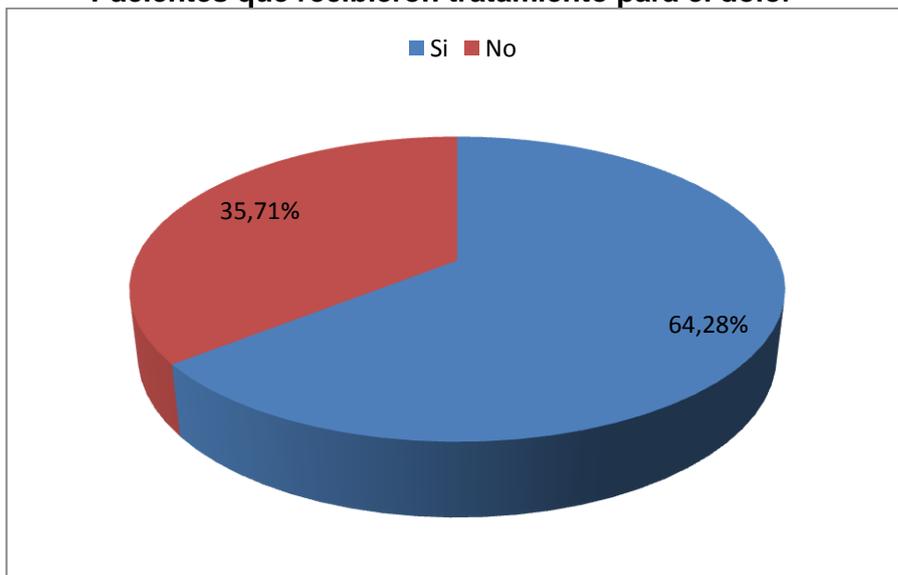
	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	64,28%
No	5	35,71%
Total	14	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes

Elaboración: Las autoras

Gráfico N°14

Pacientes que recibieron tratamiento para el dolor



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes

Elaboración: Las autoras

De total de los pacientes que presento dolor el 37,71% recibió tratamiento

Tabla N°15

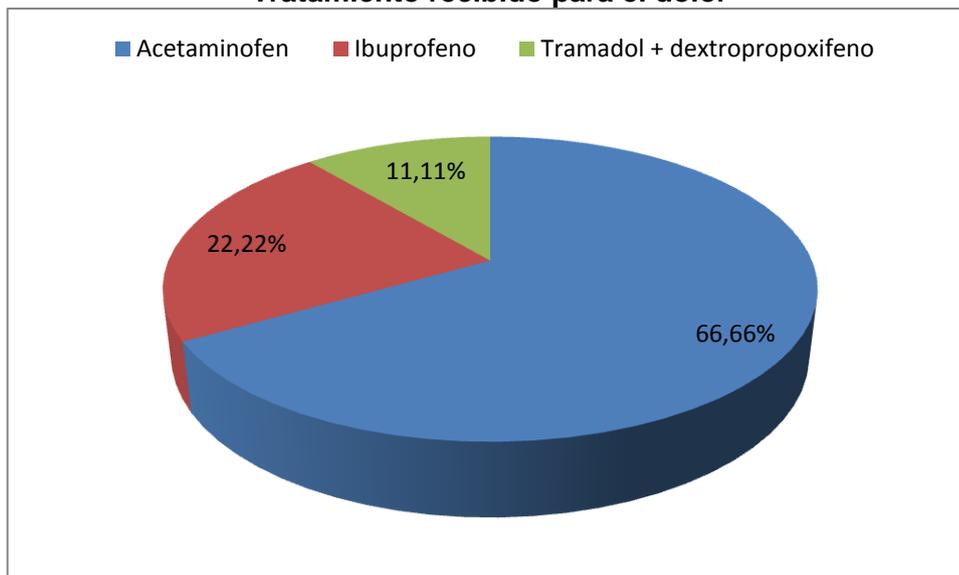
Tratamiento recibido para el dolor

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Acetaminofen	6	66,66%
Ibuprofeno	2	22,22%
Tramadol + dextropropoxifeno	1	11,11%
Total	9	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Gráfico N°15

Tratamiento recibido para el dolor



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

De los pacientes que presentaron dolor fueron tratados el 66,6% con acetaminofén.

Tabla N°16

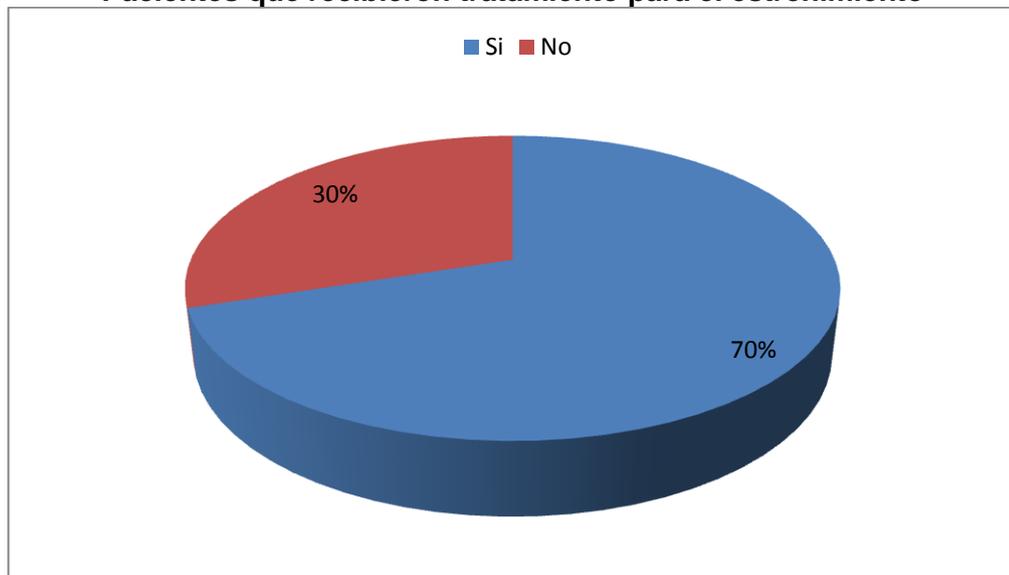
Pacientes que recibieron tratamiento para el estreñimiento

	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	70,00%
No	3	30,00%
Total	10	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Grafico N°16

Pacientes que recibieron tratamiento para el estreñimiento



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Del total de pacientes que presentaron estreñimiento el 70% recibió como tratamiento lactulosa

Tabla N°17

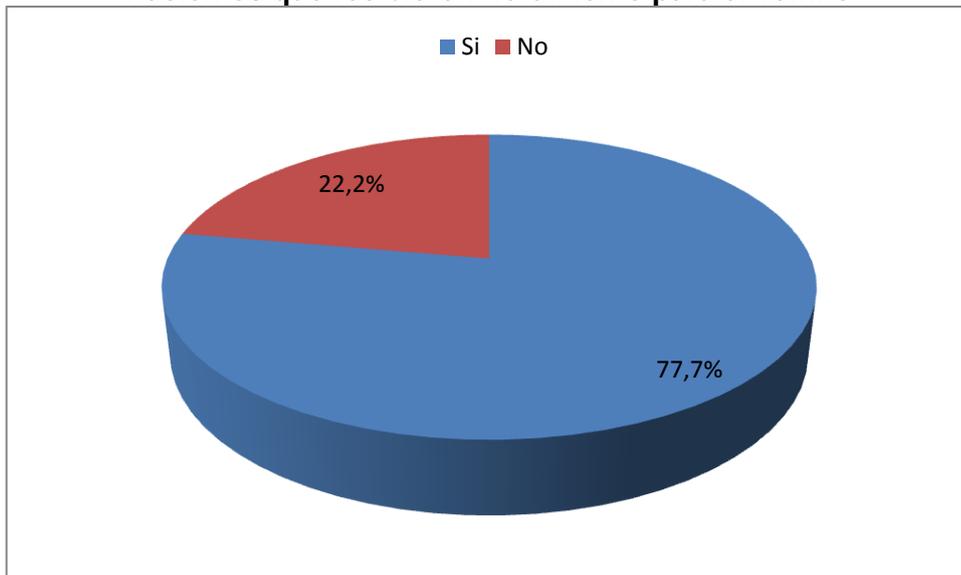
Pacientes que recibieron tratamiento para el vómito

	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	77,77%
No	2	22,22%
Total	9	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Gráfico N°17

Pacientes que recibieron tratamiento para el vómito



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Del total de pacientes que presentaron vómito el 77,7% recibió tratamiento.

Tabla N°18

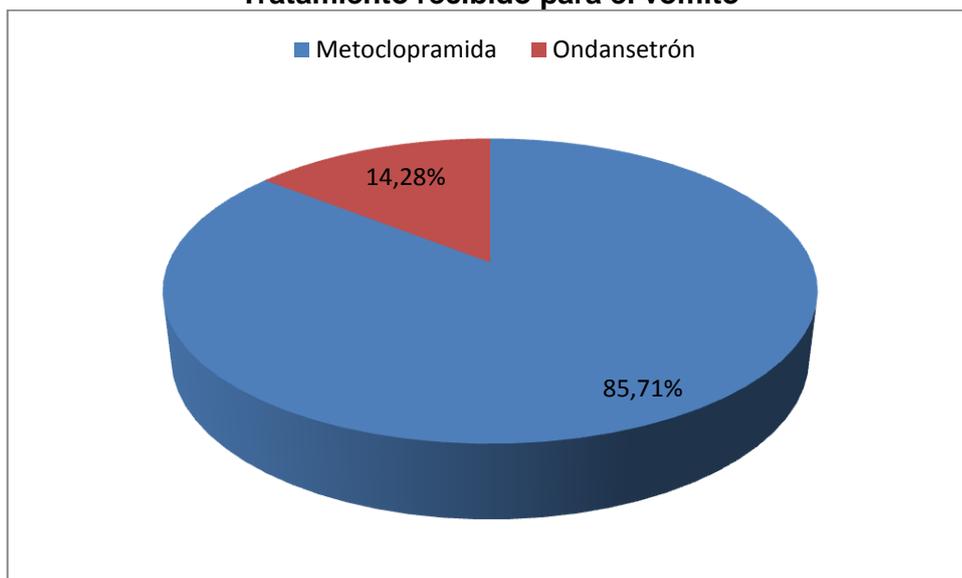
Tratamiento recibido para el vómito

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Metoclopramida	6	85,71%
Ondansetrón	1	14,28 %
Total	7	100,00%

Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

Gráfico N°18

Tratamiento recibido para el vómito

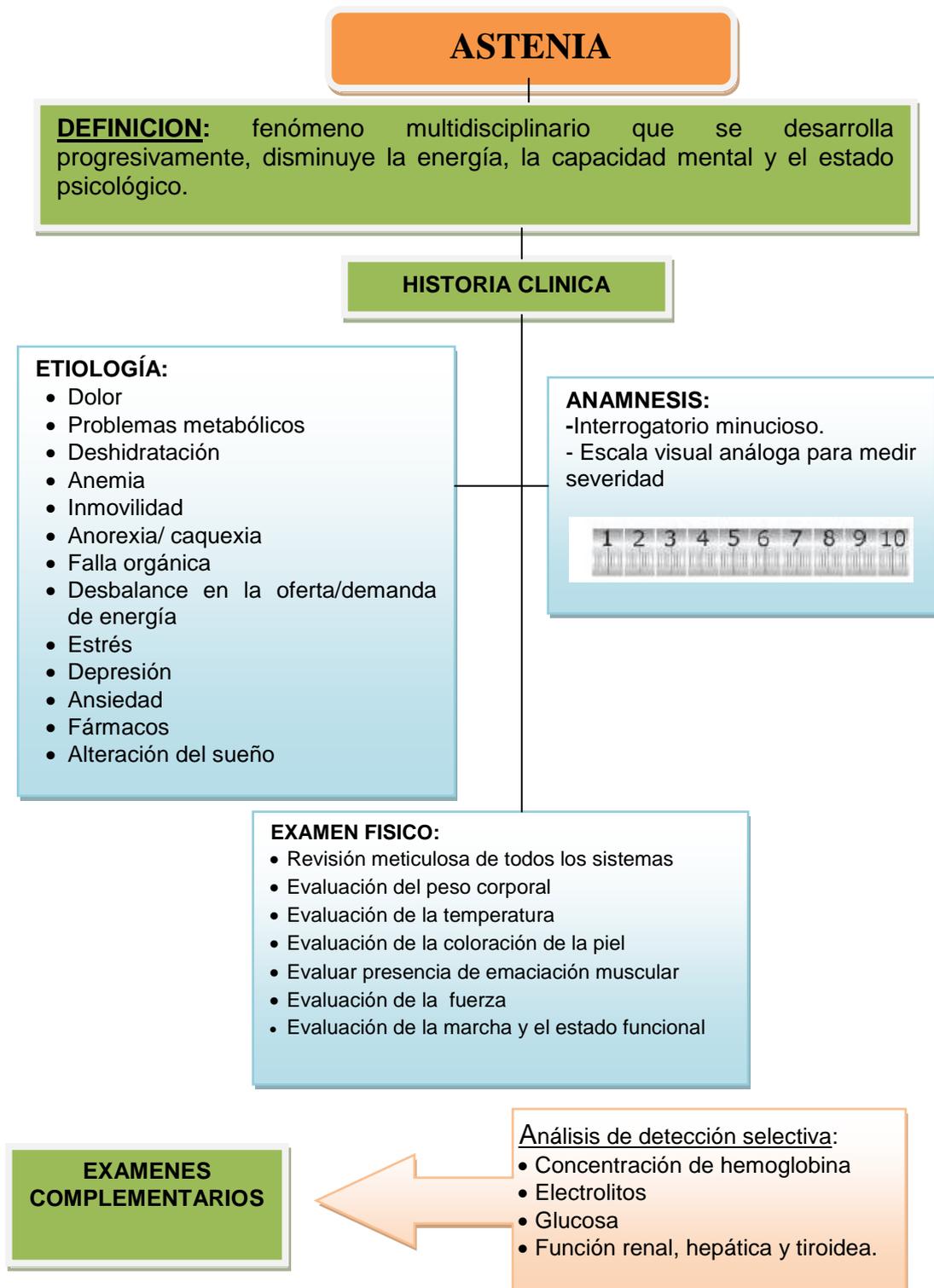


Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes
Elaboración: Las autoras

De los pacientes que presentó vomito como síntoma, el 85,71% se trató con metoclopramida

13.4.5 Resultado 4.

Se ha realizado protocolos de manejo adecuados para los síntomas más frecuentes que han presentado los pacientes que participaron de nuestro estudio.



4. TRATAMIENTO

Paso 1

Manejar problemas de base

- Dolor.
- Depresión, ansiedad, estrés, alteraciones en el sueño.
- Hidratación.
- Anorexia y caquexia.
- Medicamentos: simplifique los regímenes.
- Infección: prescriba los antibióticos indicados.
- Anemia.

Paso 2

Agentes farmacológicos

- Acetato de megestrol: 160 mg tres veces por día
- Dexametasona: 4-8 mg dos veces por día
- Metilfenidato 5-10 mg en la mañana y 5-10mg al mediodía.

ANOREXIA/CAQUEXIA

DEFINICIÓN: estado metabólico complejo asociado a una enfermedad subyacente caracterizada por la pérdida de músculo con o sin masa grasa. Su característica prominente es la pérdida de peso en adultos (corregido por retención de líquidos) o la falta de crecimiento en los niños (excluyendo causas endocrinas).

HISTORIA CLINICA

ETIOLOGÍA:

ANOREXIA

De la enfermedad:

-Retardo del vaciamiento gástrico, insuficiencias orgánicas, alteraciones electrolíticas, dolor/ disfagia, deshidratación, constipación, náuseas, vómitos, fatiga

Del tratamiento

-drogas (alteraciones del sabor o del vaciamiento gástrico)

Ambientales

-Malos olores, demasiada comida

CAQUEXIA

De la enfermedad

-Aumento del catabolismo, trastornos inmunológicos

Concurrentes

-Anorexia, vómitos, diarreas/
malabsorción, obstrucción intestinal,
hemorragias

Del tratamiento

-Drogas opioides

EXAMEN FISICO:

-Pérdida de peso de, al menos, 5% del peso actual durante los 12 meses previos

-Índice de masa corporal (IMC) menor a 18,5 kg/m²

.Presencia de más tres de las cinco siguientes características:

- Disminución de la fuerza muscular.

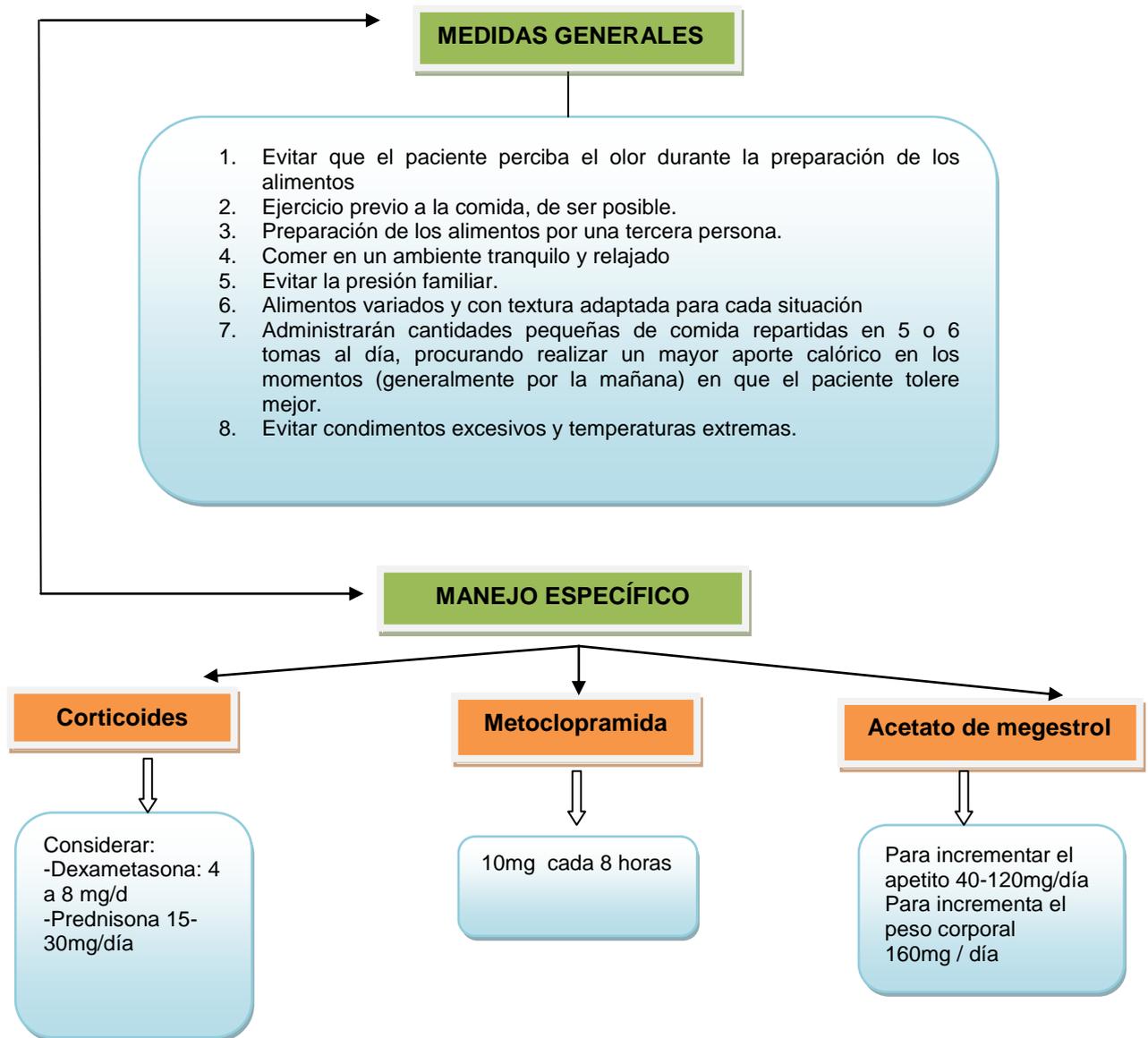
- Fatiga.

- Anorexia.

-Buscar alteraciones del tubo digestivo

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Perfil proteico
Albumina sérica



EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES EN ERC

DEFINICION: Los edemas consisten en una acumulación excesiva de agua en el espacio intersticial y se deben básicamente a un incremento de la presión hidrostática o una disminución de la presión oncótica del capilar, a un aumento de la permeabilidad del capilar o a una obstrucción linfática.

HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS

Investigar sobre:
- tiempo de evolución
- cantidad y características de la diuresis
- Ingesta de líquido

EXAMEN FISICO:

Los elementos a tener en cuenta en la valoración del edema son los siguientes:

- Distribución
- Consistencia
- Coloración
- Temperatura
- Sensibilidad

En la enfermedad renal crónica el edema tiene las siguientes características:

- El edema es duro
- Indoloro
- Simétrico
- No existe aumento de temperatura

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Hemograma
- Perfil renal
- Electrolitos séricos

MEDIDAS GENERALES

- Restricción de la ingesta de sodio (2-4 g diarios)
- Restricción de la ingesta de líquido
- Medidas posturales: decúbito supino o sedestación con piernas levantadas
- Vendas elásticas de compresión fuerte en miembros inferiores hasta la raíz del muslo.

MANEJO ESPECÍFICO

Diuréticos

FUROSEMIDA
Presentación:
Vía oral: comprimidos de 40 mg
Vía enteral: 20mg/2 ml para inyección IM o IV.
Dosis inicial 20-40 mg/ día
Dosis máxima diaria: 250-500 mg/día.

Se alcanzó la meta en peso del paciente

NO

SI

Duplicar dosis de furosemida hasta alcanzar dosis submáximas

Mantener dosis de furosemida

Asociar un diurético de túbulo contorneado distal (DCT) como metolazona, administrar 1 hora antes de la Furosemida
METOLAZONA
-Presentación: comprimidos 2,5, 5 y 10 mg
-Vías de administración: oral
-Dosis: 2,5-10 mg diarios

Se alcanzó la meta en peso del paciente

NO

SI

EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES EN ICC

DEFINICION:

El edema consiste en una acumulación excesiva de agua en el espacio intersticial y se deben básicamente a un incremento de la presión hidrostática o una disminución de la presión oncótica del capilar, a un aumento de la permeabilidad del capilar o a una obstrucción linfática.

HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS

Investigar antecedentes:

- Valvulopatía,
- Cardiopatía isquémica
- Hipertensión arterial, miocardiopatía.
- Ortopnea
- Crisis de disnea paroxística nocturna
- Dolor precordial al esfuerzo

EXAMEN FISICO

Los elementos a tener en cuenta en la valoración del edema son los siguientes:

- Distribución
- Consistencia
- Coloración
- Temperatura
- Sensibilidad

En la insuficiencia cardiaca tiene las siguientes características:

- Aparición vespertina
- Localizado en ambos miembros inferiores
- Indoloro
- Sin incremento de la temperatura.
- Frío y acompañado de cianosis periférica.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Hemograma
- Perfil renal
- Electrolitos séricos
- Electrocardiograma
- Radiografía simple de tórax
- Ecocardiograma

MEDIDAS GENERALES

1. Dieta hiposódica moderada (1,5-3 gr de sal /día);
2. Restringir el agua si existe hiponatremia con $\text{Na} < 130 \text{ mEq/L}$.
3. Se debe limitar la ingesta de grasas saturadas y suprimir el tabaco y el alcohol.
4. Actividad física atendiendo a la clase funcional en que se encuentre:
CF I: restringir la actividad deportiva
CF II-III: restringir la actividad profesional
CF IV reposo en cama.

TRATAMIENTO

Recomendaciones para el tratamiento:

-Tratamiento diurético inicial: diuréticos de asa o tiazidas (siempre asociado a IECA)

-Si la aclaración de creatinina es $< 30 \text{ ml/min}$, no utilizar tiazidas, salvo en terapia sinérgica con diuréticos de asa

DIURETICOS

Furosemida:

Presentación:

Vía oral: comprimidos de 40 mg.

Vía enteral: 20mg/ 2ml para inyección IM o IV.

Dosis inicial 20-40 mg/ día

Dosis máxima diaria: 250-500 mg/día.

Hidroclorotiazida:

Presentación:

Vía oral: capsulas de 12,5 mg, comprimidos de 25, 50 y 100 mg.

Dosis inicial: 25 mg/día

Dosis máxima diaria: 50-75 mg/día

Espirinolactona:

Presentación:

Vía oral: comprimidos de 25, 50 y 100 mg

Dosis inicial: 12,5-25 mg/

Dosis máxima diaria: 50 mg/día

IECAS

Captopril

Presentación:

Vía oral: comprimidos de 12,5, 25, 50, 100 mg

Dosis inicial: 6,25 mg/8 h

Dosis máxima diaria 25-50 mg/8 h

Enalapril

Presentación

Vía oral: comprimidos 2.5, 5, 10, 20 mg

Dosis inicial: 2,5 mg/ diaria

Dosis máxima diaria: 10 mg/12 h

NAUSEA Y VOMITO

1. NAUSEA. Definición:

La náusea es una sensación desagradable de necesidad de vomitar, localizada en la garganta o en el epigastrio, puede o no causar un vómito, se puede acompañar o no de arcadas.

VOMITO. Definición:

Expulsión forzada del contenido gástrico o intestinal a través de la boca. Puede ir precedido de náusea.

VALORACION DEL PACIENTE

ANAMNESIS:

- Intensidad de las náuseas (0-10), duración, descripción.
- Factores agravantes o activadores
- Síntomas asociados a náuseas/vómitos
- Episodios de vomito en 24 horas
- Factores que alivian la náusea / vómitos
- Alteración de la calidad de vida como consecuencia de las náuseas y los vómitos.

EXPLORACION FISICA:

- Constantes vitales.
- Ruidos intestinales
- Distensión abdominal
- Dolor abdominal
- Última deposición
- Descartar deshidratación

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

- Hemograma completo
- Electrolitos
- Creatinina plasmática
- BUN
- Calcio
- Albumina (concentración plasmática)

ANTECEDENTES, FACTORES DE RIESGO, FACTORES PROTECTORES, ETIOLOGÍAS:

Antecedentes:

- Uso / efectos previos de antieméticos.

Factores de riesgo:

- Antecedentes de mareo cinético.
- Problemas GI.
- > 50 años.
- Mujer.
- Nauseas/vómitos previos asociados a medicación.

Factores protectores:

- Antecedentes de consumo elevado de alcohol.

CAUSAS:

Asociados al tratamiento:

- Opiáceos
- Mucositis
- Infecciones.

Mecánicas o funcionales:

- Gastroparesia
- Íleo
- Estreñimiento
- Ascitis
- Hemorragia GI

Metabólicos:

- Na bajo.
- Ca elevado
- Desequilibrio electrolítico
- Deshidratación
- Alteración de la función hepática
- Insuficiencia renal.

Otras:

- Patología del SNC
- Vestibular
- Ansiedad
- ERG.
- Úlcera peptica
- Tos
- Antecedentes de náusea / vómitos.

TRATAR CAUSAS REVERSIBLES



MEDIDAS GENERALES.

1. Mantener en buen estado la cavidad oral.
2. Alimentos con bajo contenido en lípidos y fibra y alto contenido en proteínas.
3. Dar volúmenes pequeños y frecuentes.
4. Determinar la consistencia, presentación y temperatura de los alimentos más apropiados a su gusto y preferencias.
5. Adoptar posición Fowler o decúbito lateral.
6. Pequeñas caminatas después de alimentación mayor

MANEJO ESPECÍFICO

Química / metabólica

Asociada a opiáceos y
desequilibrios electrolíticos:

Metoclopramida

Presentación:

- Comprimidos 10 mg
- Ampollas 10 mg/2 mL

Dosis:

VO 1–2 mg/kg.

IV: 3 mg/kg

Haloperidol

Presentación:

Comprimidos de 10 mg

-Gotas de 2 mg/mL

-Ampollas de 5 mg/mL

I.V: 1-5 mg/12 horas.

V.O: 1-5 mg/12 horas.

Abdominal / visceral

Asociado a ERGE, estreñimiento, ileo
obstructivo funcional, gastroparesias:

Haloperidol

Presentación:

Comprimidos de 10 mg

-Gotas de 2 mg/mL

-Ampollas de 5 mg/mL

Dosis:

-I.V: 1-5 mg/12 horas.

-V.O: 1-5 mg/12 horas

Metoclopramida

Presentación:

-Comprimidos 10 mg

-Ampollas 10 mg/2 mL

Dosis:

-VO 1–2 mg/kg.

-IV: 3 mg/kg.

Ondansetrón

Presentación:

Comprimidos de 8 mg

-Ampollas de 4 mg/2 ml y de 8 mg/4 mL

Dosis

-I.V: 0.15 mg/kg

SNC / Cognitivo / Psicoemocional

PIC elevada:

Dexametasona

-Ampollas de 4 mg/1 mL.

-Ampollas de 40 mg/5 mL.

-Cápsulas de 40 mg.

Dosis

IV: 4-16 mg/día

Asociado a la ansiedad:

Haloperidol

Presentación:

Comprimidos de 10 mg

-Gotas de 2 mg/mL

-Ampollas de 5 mg/mL

Dosis:

I.V: 1-5 mg/12 horas.

V.O: 1-5 mg/12 horas.

INSOMNIO

DEFINICION: Queja subjetiva que puede incluir dificultad para dormirse, problemas para mantenerse dormido, despertares nocturnos prolongados y despertar matutino precoz con incapacidad para retornar al sueño.

HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS

- Sueño no restaurador
- Cansancio
- Ansiedad
- Depresión
- Historia farmacológica y de consumo de sustancias.
- Pesadillas

ETIOLOGIA:

- Trastornos del humor
- Trastornos afectivos
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- EPOC
- SAOS
- Asma
- Enfermedad cerebrovascular
- Ulcus péptico
- Reflujo gastroesofágico
- Insuficiencia renal
- Disfunción adrenal
- Enfermedad de Parkinson
- Demencia
- Dolor crónico

Criterios diagnósticos de insomnio.

1. Dificultad para dormir caracterizada por cualquiera de los siguientes criterios:
 - a) Dificultad en la conciliación (30 minutos o más).
 - b) Dificultad en el mantenimiento (más de 30 minutos despertares nocturnos)
 - c) Problemas para reanudar el sueño
 - d) Despertares matutinos precoces
 - e) Cansancio diurno
 - d) Siestas durante el día
 - f) Pesadillas
2. La alteración del sueño se produce al menos tres noches por semana.
3. La alteración del sueño ocasiona una alteración significativa del funcionamiento diurno (astenia o un malestar notable).
4. Duración:
 - Transitoria o circunscrita: <= 1 mes
 - Subaguda: >1mes
 - Crónica: > 6 meses

**EXAMENES
COMPLEMENTARIOS**

La Polisomnografía se utiliza en casos de ronquidos fuertes, apneas, movimientos anormales de las piernas, somnolencia patológica.
La Actigrafía, está indicada en el insomnio crónico.

**MEDIDAS
GENERALES**

- 1.- Mantener en lo posible un horario regular, sobre todo el despertar de la mañana.
- 2.- Evitar tiempos innecesarios en la cama durante el día.
- 3.- Dormir la siesta sólo cuando sea necesaria,
- 4.- Llevar un horario con actividades durante el día.
- 5.- Minimizar las interrupciones del sueño durante la noche: ruidos, medicación, etc.

TRATAMIENTO

No benzodiacepinas
Zopiclona:
Dosis: 3,75-7,5 mg/día.
Comp 7,5 mg

Benzodiacepinas:
Midazolam
Presentación:
Amp 15 mg/3 mL
Amp 50 mg/10 mL
Dosis: 7,5-15mg/día
Diazepam:
Presentación:
Oral: tab 2, 5, 10 mg, solución de 1mg/ml y 5mg/ml
Parenteral: 5mg/ml.
Dosis: 5-10 mg/día
Lorazepam:
Parenteral: 2,4mg/ml
Dosis: 0,5-4 mg/día

ESTREÑIMIENTO

DEFINICION

Criterios de ROMA III

Presencia de 2 o más por al menos 3 meses en los últimos 6 meses:

- < de 3 defecaciones/semana
- esfuerzo en más del 25% de las defecaciones
- heces duras o caprinas en más del 25% de las defecaciones
- sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las defecaciones
- sensación de obstrucción o bloqueo ano-rectal en más del 25% de las defecaciones
- maniobras manuales (digitación, apoyo del suelo pélvico) en más del 25% de las defecaciones

HISTORIA CLINICA

ETIOLOGÍA:

Relacionadas con la enfermedad

- Invasión intestinal
- Daño neurológico
- Hipercalcemia

Relacionados con el estado general

- Inactividad/reposo
- Baja ingesta de alimentos y líquidos
- Deshidratación/ Alteraciones electrolíticas
- Incapacidad para llegar al baño/ debilidad

Drogas

- Opiodes
- Anticolinérgicos
- Neurólépticos
- Antidepresivos
- Antiácidos del tipo $Al(OH)_3$

Patologías concomitantes

- Diabetes, hipotiroidismo, fecaloma, hemorroides.

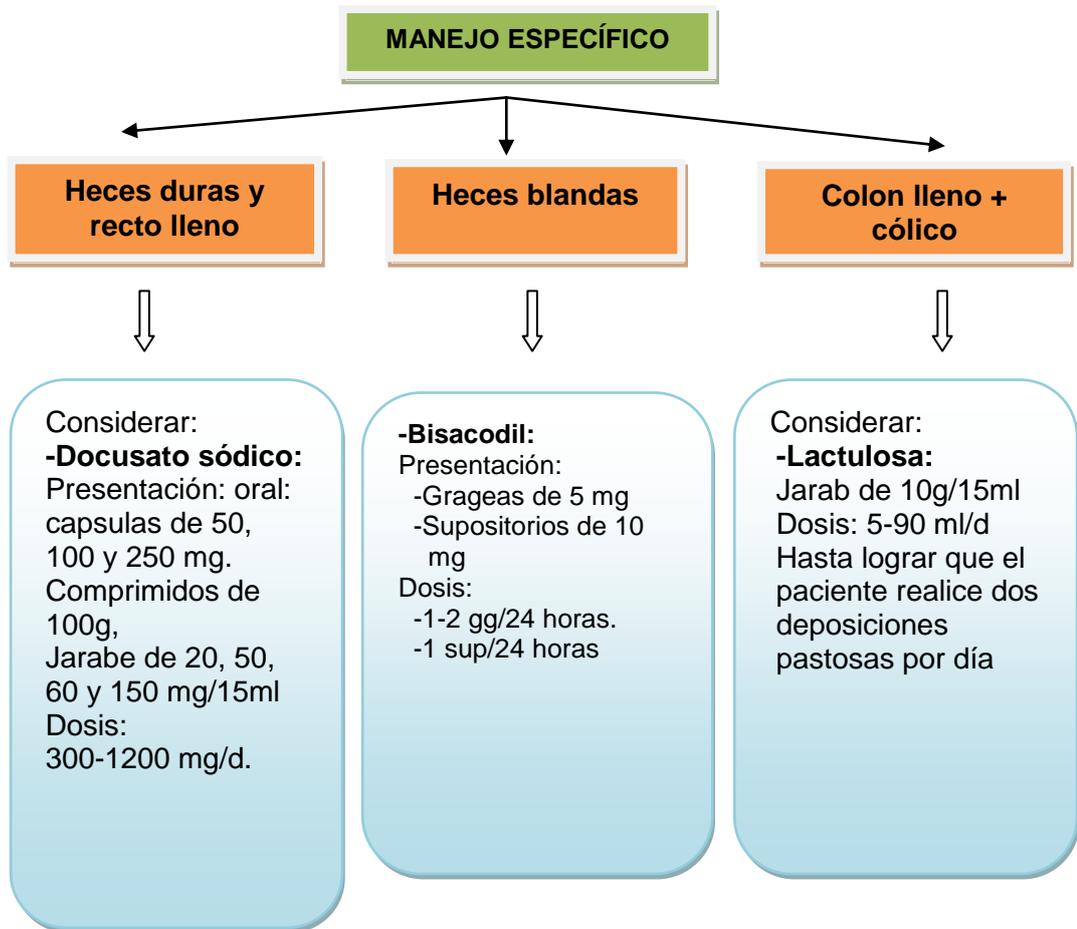
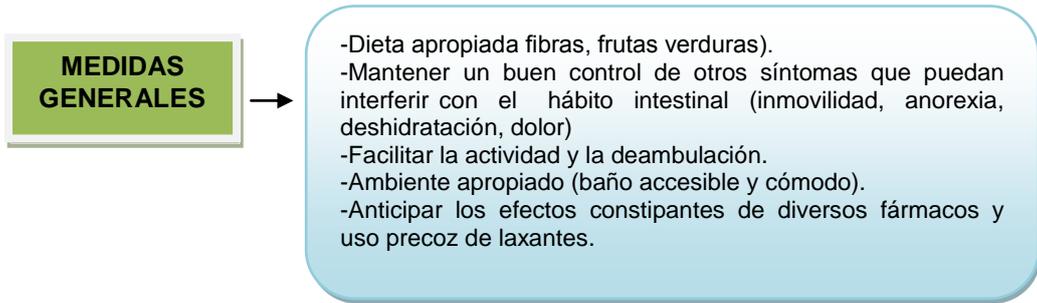
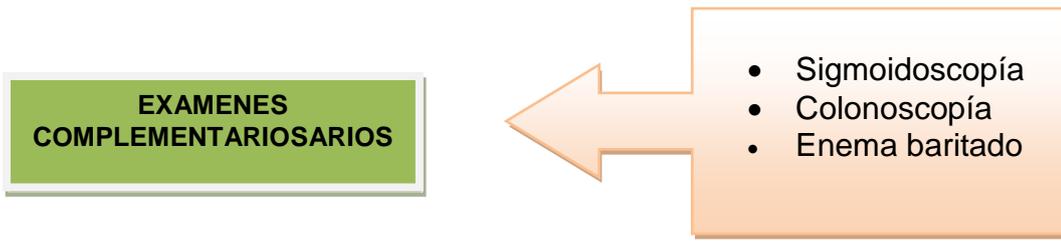
ANAMNESIS:

- Interrogatorio según criterios Roma III
- Interrogatorio de problemas neurológicos
- Traumatismo medula espinal
- Chequeo de las condiciones psiquiátricas
- Abuso sexual, violencia, trauma
- Actitud inusual/ comportamiento hacia el habito deposicional
- Depresión
- Problemas alimenticios
- Chequeo de la edad de aparición (repentina o desde hace tiempo)
- Aparición repentina indica obstrucción
- Chequear la necesidad o ausencia de urgencia
- Chequear la presencia de historia familiar de estreñimiento.

EXAMEN FISICO:

Pasos importantes:

- Palpación (marco colónico)
- Percusión (presencia de gas)
- Tacto rectal
 - Consistencia, impartición
 - Presencia de masas no fecales o anomalidades(tumor, hemorroides, fisuras, prolapsos, neoplasias)
 - Presencia de sangre
 - Tono del esfínter



DISNEA

DEFINICIÓN: Experiencia subjetiva de molestia para respirar que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad.

HISTORIA CLINICA

ETIOLOGÍA:

- Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Enfermedad Pulmonar intersticial
- EPOC
- Deformidad del Torax óseo
- Disrritmias cardíacas
- Enfermedad vascular pulmonar
- Trastornos neuromusculares.

ANAMNESIS: El único indicador confiable de disnea es el reporte directo por parte del paciente, no existe ninguna otra medida objetiva que permita cuantificar la disnea.

Evaluación de severidad de la disnea → Escala Visual Análoga



Clasificación según NYHA

GRADOS	TIPO DE DISNEA
I	Sin disnea o de esfuerzos máximos
II	Disnea de moderados esfuerzos
III	Disnea de esfuerzos mínimos
IV	Disnea de reposo

EXAMEN FISICO:

- Poner atención en:
- Estado de conciencia
 - Frecuencia Respiratoria
 - Uso de músculos accesorios
 - Aleteo nasal

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Radiografía de tórax
 - Gases arteriales
 - Pulsioximetría
- *No es recomendable realizar estos exámenes en forma rutinaria.

MEDIDAS GENERALES

- Posición cómoda
- Conservación de energía
- Evitar estrés emocional
- Introducir distractores
- Ambiente abierto, tranquilo
- Entrenamiento muscular
- Corrientes de aire hacia la cara mediante ventiladores.

MANEJO ESPECÍFICO

Ansiedad en la génesis de la disnea

Considerar:
-Diazepam:
Presentación:
-Comprimidos 5 mg y 10 mg
-Ampollas 10 mg
Dosis: 5-10 mg/4-6 horas
-Lorazepam:
Presentación:
-Comprimidos 1 mg y 5 mg
Dosis: 1-3mg/día.

EVA 1-3

Se debe considerar opioides

EVA 4-6

-En pacientes que no han recibido opioides previamente:
Iniciar con morfina VO 2,5 - 5 mg VO c/4h.
-En pacientes que están recibiendo opioides:
Aumentar la dosis del 20% al 50%

EVA 7-10

-En pacientes que no han recibido opioides previamente:
Iniciar con morfina 5 mg SC/IV y titular.
-En pacientes que están recibiendo opioides:
Iniciar con bolo IV equivalente al 10% de la dosis diaria

OXIGENOTERAPIA dosis respuesta

14. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

14.1 Conclusiones

- ✓ Las patologías no oncológicas que requirieron de una mayor atención paliativa en los pacientes que participaron en el estudio fueron insuficiencias orgánicas tales como Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Lesión Renal Crónica e Insuficiencia Hepática.
- ✓ Los síntomas más frecuentes por los que los pacientes en etapa final de la vida buscan atención médica son edema, cansancio, anorexia, náusea e insomnio.
- ✓ Son varios los tratamientos recibidos por los pacientes dependiendo de los signos y síntomas que presentaron, entre los más importantes tenemos la furosemida, multivitamínicos, complejo B, Metoclopramida, ondansetrón y alprazolam. Hay que tomar en cuenta que no todos los pacientes recibieron tratamiento para su sintomatología.
- ✓ Muchos de los síntomas que presentan los pacientes en etapa final de la vida son infravalorados y en consecuencia subdiagnosticados, afectando el accionar en cuidados paliativos y de esta manera la calidad de vida de los pacientes, por lo cual a base de una extensa investigación se ha realizado protocolos de manejo de los principales síntomas, con el fin de enfrentarlos adecuadamente.

14.2 Recomendaciones

- ✓ Recomendamos al estado ecuatoriano y a las autoridades pertinentes dar la importancia necesaria a la atención de los pacientes en etapa final de la vida con enfermedades no oncológicas ya que estos conforman un grupo de personas vulnerables que requieren atención multidisciplinaria.

- ✓ Es necesario que los médicos y el personal de salud esté en capacidad de identificar el momento oportuno de inicio del accionar en cuidados paliativos, aplicando los criterios establecidos hasta el momento para establecer la terminalidad de los pacientes según la patología que tengan.

- ✓ Es fundamental que el equipo que está a cargo del manejo de los pacientes en etapa final de la vida evalúen la presencia de los diferentes síntomas que aquejan a los pacientes en etapa final de la vida para darles un tratamiento adecuado y de esta forma velar por su calidad de vida.

15. Bibliografía

1. Sociedad española de cuidados paliativos, Guía de cuidados paliativos 2006.
2. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.
3. Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., Cuidados Paliativos en las enfermedades no neoplásicas. En: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia, editado por W. Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo, EUNSA. Cuarta Edición, 2002, 227-242.
4. Sociedad española de cuidados paliativos, Guía de cuidados paliativos. 2006.
5. Cía Rafael, Fernández Auxiliadora, Boceta Jaime. Proceso asistencial integrado: Cuidados paliativos. 2ª ed. Andalucía. Junta de Andalucía. 2007.
6. Del Río I. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Boletín Escuela De Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica De Chile. Vol. 32 nº1 2007.
7. Caraceni. A, Fainsinger R, Foley. K, Goh. C, Medicina Paliativa, Barcelona, Elsevier, España, 2010.
8. Heyland DK, Dodek P, Graeme R, et al. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. CMAJ. 2006;174:627e633.

9. Astudillo W, Salinas A. Bases para mejorar la intervención de los cuidadores en paliativos. *Notas paliativas*. Madrid. 2011; Sept; 12 (2): 5-6.
10. Cabarcos A, Astudillo W. Nuevos criterios para la actuación sanitaria en la terminalidad, 2006.
11. Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., Cuidados Paliativos en las enfermedades no neoplásicas. En: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*, editado por W.Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo, EUNSA. Cuarta Edición, 2002, 227-242.
12. Ministerio de salud pública. Hospital Provincial General "Isidro Ayora" de Loja. Plan Estratégico 2008- 2011.
13. Consejería de Salud. Andaluz de Cuidados Paliativos. Andalucía. Consejería de Salud. 2008. Pag 9-10.
14. Cortez C, Estevez B, Huarte P, Lama M, Garcia M, Melendez A, Salgado E. *Guía de recursos de cuidados paliativos en Navarra*. Pamplona. Servicio Navarro de salud 2009.
15. Margaret L. Campbell, Thomas Templin, Julia Walch. *Journal of Palliative Medicine*. Octubre 2009, 12(10): 881-884. doi:10.1089/jpm.2009.0082.
16. Caraceni. A, Fainsinger R, Foley. K, Goh. C, *Medicina Paliativa*, Barcelona, Elsevier, España, 2010.
17. Margaret L. Campbell, Thomas Templin, Julia Walch. *Journal of Palliative Medicine*. Octubre 2009, 12(10): 881-884. doi:10.1089/jpm.2009.0082.

18. Saunders DC. Principles of symptom control in terminal care. Med. Clin. North Am. 1982; 66:1169-1183.
19. Ortega V. Tratamiento de los síntomas molestos más frecuentes en la terminalidad. 2009.
20. Ang S, Shoemaker L, Mella D. Nausea and Vomiting in Advanced Cancer. AM J HOSP PALLIAT CARE. 2010 27: 219.
21. National cancer institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 4.0. Bethesda, Md: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2010.
22. Blaines MJ. ABC of Palliative care: nausea, vomiting, and intestinal obstruction. BMJ 2005;315:1148-1150.
23. National Sleep Foundation. 2008 Sleep in America Poll. Summary of Findings. [sede Web]*. National Sleep Foundation, 2008 [acceso 20-11-2008]; Disponible en: www.sleepfoundation.org.
24. National Cancer Institute.: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 4.0. Bethesda, Md: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2010.
25. Longo DL. Palliative care in management of terminally ill patients – En Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD., Martin J.B., Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Eds. Harrison's 14th Edition CD-ROM update: Approach to the patient with cancer, McGraw-Hill, New York. 2006; capítulo 81.
26. Remes J. estreñimiento: evaluación inicial y abordaje diagnóstico. Medigraphic . 2 set 2005. [accesado 22 de sept 2011] disponible en www.medigraphic.com/pdfs/gastro/ge-2005/ge053k.pdf.

27. Cordero M, Romero M. Protocolo sobre el estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. *Revista de investigación* 2008. Vol. 35.
28. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.
29. Walsh. D, Caraceni A, Fainsinger. R. *Medicina paliativa*. Barcelona. ElsevierEspana. 2010.
30. Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, Emanuel EJ. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet*. 2001; 357:1311-1315.
31. Abrahm J. Advances in Palliative Medicine and End-of-LifeCare. *Annu. Rev. Med.* 2011. 62:187–99.
32. Grupo de trabajo de la Guía de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid. *Guía de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid*. Madrid. 2008.
33. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. *Los cuidados paliativos, una labor de todo*. 1ª Edición. San Sebastián, 2007.
34. National Cancer Institute: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 4.0. Bethesda, Md: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2010.
35. Tara L, Ettinger D. Nausea and Vomiting. En: Ettinger D. *Supportive care in cancer therapy*. Framington Humana. 2009.pag 179-192.

36. Paul Perkins, SaskieDorman. Haloperidol para el tratamiento de náuseas y vómitos en pacientes con cuidados paliativos (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD006271. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).
37. Dorman S, Perkins P. Droperidol para el tratamiento de las náuseas y los vómitos en pacientes que reciben atención paliativa. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 10. Art. No.: CD006938. DOI: 10.1002/14651858.CD006938.
38. Instituto nacional del cáncer de los institutos nacionales de EE.UU. náuseas y vómitos [actualizado el 21 de jul del 2011, accesado 22 de sep del 2011] Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/nausea/HealthProfessional/page3>.
39. Sik A, Shoemaker L, Mellar Davis. Nausea and Vomiting in Advanced Cancer. AM J HOSP PALLIAT CARE 2010 27: 219
40. Candy B, Jones L, Goodman M, Drake R, Tookman A. Laxantes o metilnaltrexona para el tratamiento del estreñimiento en pacientes que reciben cuidados paliativos. Cochrane Database of SystematicReviews 2011 Issue 1. Art. No.: CD003448. DOI: 10.1002/14651858.CD003448.
41. Chan K, Sham M, Tse D, Thorsen A. Palliative medicine in malignant respiratory disease. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
42. Jennings AL, Davies AN, Higgins JPT, Broadley K. Tratamiento paliativo con opiáceos para la disnea de la enfermedad terminal (Revisión Cochrane traducida). En: *La BibliotecaCochrane Plus*, 2008

Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).

43. Nuñez J, Martínez M, Moreno J. Manejo de síntomas respiratorios. En Nuñez J, López I Guía rápida de manejo avanzado de síntomas en el paciente terminal. Buenos Aires; Madrid: medica panamericana [2007] pag 20.
44. Solano João Paulo Consentino, Scazufca Márcia, Menezes Paulo Rossi. Frecuencia de síntomas no último año de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. Rev. bras. epidemiol. [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2011 Sep 29]; 14(1): 75-85. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000100007&lng=es.

16.Anexos