

**Curso Especial de Posgrado en
Atención Integral para Médicos Generales**

m ó d u l o
CUATRO

CUIDADOS PALIATIVOS

**Caja Costarricense de Seguro Social
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud
y Seguridad Social (CENDEISSS)
Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud**

**Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado (SEP)
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública**



Cuidados Paliativos. - 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003.

129 p. : 21.5 x 27 cm
Incluye gráficos

Título de la colección:
Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para
Médicos Generales

ISBN:

1. Cuidados paliativos; 2. Paciente terminal; 3. Duelo;
4. Dolor.

Comité Editorial

Ileana Vargas Umaña
Raúl Torres Martínez
Carlos Icaza Gurdíán
Ma. Adelia Alvarado Vives

Equipo de Producción

Asesoría pedagógica y metodológica: Raúl Torres Martínez, María Adelia Alvarado Vives
Corrección filológica: Raúl Torres Martínez
Diseño y edición digital: Oscar Villegas del Carpio
Edición del sitio en Internet: Magally Morales Ramírez, BINASSS
Apoyo secretarial: Carmen Villalobos Céspedes, Dunia Masís Herra, Juan Manuel Sanabria Mora.

Coordinación del Curso

Coordinación institucional por CENDEISSS
Carlos Icaza Gurdíán

Coordinación académica por UCR
Ileana Vargas Umaña

Colaboración en el Curso

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Colegio Holandés de Médicos de Familia (NHG)
Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Primera edición, 2003

© Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

Todos los derechos reservados

Prohibida la reproducción parcial o total de la obra sin la autorización previa del CENDEISSS.

Las opiniones y contenidos de los módulos, no necesariamente evidencian la posición y las perspectivas de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Autoría de Contenidos

Juan Carlos Irola Moya
María De Los Ángeles Arce Carranza

Colaboración

Brenda Montoya

Contenidos

7	Presentación.
8	Prefacio.
9	Introducción.
12	PRIMERA UNIDAD: PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS
13	I. ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES
13	A. Bases conceptuales de cuidados paliativos
14	B. Fundamentos de los cuidados paliativos
14	1. Perfil del paciente en cuidados paliativos
15	2. Objetivos de los cuidados paliativos
16	3. Áreas de intervención de los cuidados paliativos
17	4. Escenarios de intervención de los cuidados paliativos
23	II. PERFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON CONDICIONES DE VIDA LIMITADA Y/O TERMINAL
23	A. Psicología del paciente terminal: impacto en el paciente y la familia
23	1. Impacto de la muerte en el paciente
24	2. Impacto de la muerte en la familia
25	3. Impacto de la muerte en el niño y su familia
27	B. Perfil psicológico del paciente y su familia, modelo de Elizabeth Kübler Ross
27	1. Fases
30	2. Intervención psicológica y apoyo al paciente terminal y su familia
33	C. Los derechos del paciente terminalmente enfermo
33	1. Derechos del paciente terminal
34	2. Derechos del paciente terminal
35	3. Derechos del niño con enfermedad terminal
36	SEGUNDA UNIDAD COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA
37	I. Comunicación asertiva
37	A. Algunos elementos para una comunicación eficaz
37	1. Barreras
38	2. Guía para una comunicación eficaz
40	3. Comunicación con la familia

42	B. Niveles de interacción en la exploración de las emociones
42	1. Nivel 0
42	2. Nivel 1
42	3. Nivel 2
43	4. Nivel 3
44	C. Abordaje de temas que generan angustia
44	1. Opciones de abordaje
45	D. Conspiración del silencio
47	1. Estrategias para evitar y/o resolver la conspiración del silencio
48	E. Claudicación familiar
48	1. Causas
48	2. Abordaje
49	3. Medidas preventivas
50	II. EL PROCESO DE DUELO
50	A. El duelo
50	1. Manifestaciones
51	2. Factores que determinan la resolución del duelo
53	3. Fases del proceso de duelo
55	4. Tareas de duelo
56	5. Factores que pueden interferir con el duelo
56	6. Asesoramiento en el proceso de duelo
57	7. El proceso de duelo en los niños
61	TERCERA UNIDAD
	MANEJO DE SÍNTOMAS ESTRESORES MÁS FRECUENTES
62	I. DOLOR
62	A. Marco conceptual
63	1. Causas del dolor oncológico
64	2. Fisiopatología del dolor
64	B. Valoración del paciente con dolor
64	1. Tipos de dolor
66	2. Cualidades del dolor
69	3. Medición de la intensidad del dolor
70	C. Valoración del dolor en el paciente pediátrico
70	1. Aspectos que influyen en la valoración del dolor por el personal de salud o por la familia
74	D. Manejo del dolor
75	1. Consideraciones en la evaluación del dolor
75	2. Abordaje terapéutico
77	3. Consideraciones al prescribir Opioides
77	4. Guía para el manejo del dolor en pediatría
79	5. Métodos no farmacológicos para el control del dolor

82	6. Tratamiento no farmacológico del dolor en pediatría
83	II. OTROS SÍNTOMAS GENERALES
83	A. Sistema gastrointestinal
83	1. Náuseas y vómitos
85	2. Constipación
90	B. Sistema respiratorio
90	1. Disnea
94	C. Síntomas neuropsiquiátricos
94	1. Delirio
96	2. Depresión
98	CUARTA UNIDAD
	RECURSOS DISPONIBLES EN CUIDADOS PALIATIVOS
99	I. RECURSOS INSTITUCIONALES
99	A. Clínicas del dolor y cuidados paliativos
99	1. Centro Nacional Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CCSS)
100	2. Red de clínicas de la CCSS
102	II. RECURSOS EXTRA INSTITUCIONALES
102	A. Federación costarricense de cuidados paliativos
102	B. El voluntariado
102	1. Características del personal voluntario
103	2. Objetivos
103	3. Actitudes del voluntariado
103	C. Otros recursos
104	Referencias bibliográficas
	ANEXOS
107	Anexo No.1: Fisiopatología del dolor
114	Anexo No. 2: Método para localizar el sitio del dolor
115	Anexo No. 3: Escalas para medición de la intensidad del dolor.
117	Anexo No. 4: Lista de medicamentos básicos de la OMS para el alivio del dolor
118	Anexo No.5: Gráfico de la escalera analgésica de la OMS
119	Anexo No.6: Medicamentos de uso frecuente en cuidados paliativos
120	Anexo No.7: Vía, dosis e intervalo de administración de Opioides
121	Anexo No.8: Medicamentos, dosis y vía para el manejo del dolor en pediatría
122	Anexo No. 9: Cuadro básico de medicamentos en medicina paliativa del I, II y III nivel de atención CCSS.
123	Anexo No.10: Técnicas neuroquirúrgicas para el alivio del dolor por cáncer.
124	Anexo No.11: Cuadro básico de medicamentos en medicina paliativa

Presentación

Prefacio

El Curso ESPECIAL DE POSGRADO EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, es la respuesta que el CENDEISSS y el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en contrato con la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Costa Rica, implementan para actualizar adecuadamente los conocimientos teórico-prácticos del recurso médico en el primer nivel de atención.

La combinación de producción de material teórico-metodológico instrumental, representa uno de los ejes de desarrollo de la línea argumental de los programas de extensión docente de la Escuela. La articulación de herramientas e instrumentos para la atención médica integral con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma, son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y los avances del Sistema Nacional de Salud y del modelo de atención del primer nivel de atención.

En todos los casos, los módulos -dada su integración- se vinculan y realimentan entre ellos necesariamente, condición favorecedora de la metodología en uso (MOUSE), que permite que ninguno sea exhaustivo en el contenido que aborda sino con características de complementariedad producto del fenómeno de la intertextualidad.

Este esfuerzo se concreta en el conjunto de trece módulos, elaborados por grupos de autores procedentes de los servicios de salud, de la CCSS, de la Universidad de Costa Rica y otras instituciones públicas, asesorados técnica y metodológicamente por la Escuela de Salud Pública. Este módulo de Atención Integral de Salud constituye el material didáctico básico del Curso, que desencadena el desarrollo del aprendizaje significativo en el proceso de trabajo y que, junto con el segundo módulo: Promoción, prevención y educación para la salud, constituyen los ejes del curso.

Alcira Castillo Martínez
Directora
ESCUELA SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Introducción

Claves

Objetivo específico	O
Ejemplo	Ej.
Resumen parcial	Res.
Conclusión parcial	Concl.

Objetivo General del Módulo Cuatro

Aplicar las herramientas y principios fundamentales para el abordaje bio-psico-social-espiritual de los pacientes con enfermedad terminal y sus familiares.

PRIMERA

U N I D A D

Principios y fundamentos de los Cuidados Paliativos

Objetivo general de la primera unidad

Aplicar los principios fundamentales de los cuidados paliativos en el paciente en condición de vida limitada y/o terminal.

I. ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES

“Ayudar a un paciente que enfrenta una enfermedad que amenaza su vida, es algo que no se improvisa y es necesario aprender”

Pablo Sastre Moyano.



Identificar los cuidados paliativos como una modalidad alternativa en la atención al paciente terminal.

A. BASES CONCEPTUALES EN CUIDADOS PALIATIVOS

En las últimas décadas, la atención de la etapa final de la enfermedad, particularmente de las enfermedades malignas, ha despertado gran interés en el personal de salud. Este interés también incluye al público en general. Temas como los derechos del paciente terminal, la calidad de vida, la muerte con dignidad, entre otros, generan una necesidad de información y de mayor participación en la atención de los pacientes en condición terminal.

En Costa Rica se han establecido, cada vez más, servicios que ofrecen un cuidado activo, personalizado, científico y compasivo, que abarca, no sólo el área del bienestar físico de quien va a morir, sino también, los aspectos emocionales, sociales y espirituales del paciente y de su familia. De aquí surgen los cuidados paliativos como estrategia de intervención.

El enfoque paliativista es tan antiguo como la misma medicina según lo expresa la siguiente frase del siglo XVI: **“Curar a veces, mejorar a menudo, cuidar y aliviar siempre”**. (Bejarano P., 1992)

Paliar viene del latín **palliare, pallium**, significa poner una capa, tapar, encubrir, disminuir la violencia de ciertos procesos, mitigar y moderar(*).

**Cuidados
Paliativos
(Lopez, E. 1998)
(Concepto)**

“Son las acciones de tratamiento activo destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes, cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”

Su enfoque es bio-psico-social-espiritual, mediante un cuidado continuo, flexible e interdisciplinario.

Cuidados Paliativos (Organización Mundial de la Salud, 1990)

Es el cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento activo con intención curativa. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es lo más importante. La meta de los cuidados paliativos es el lograr la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares".

B. FUNDAMENTOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

1. Perfil del paciente en cuidados paliativos

Los cuidados paliativos pueden ser ofertados a dos tipos de paciente: al paciente con condición de vida limitada y al paciente en fase terminal.

Paciente con Condición de vida limitada (Concepto)

Es aquel que sufre una enfermedad progresiva, sin posibilidades de curación, acompañada de síntomas que afectan su calidad de vida y que, a mediano o corto plazo, le causará la muerte (Comité de expertos de la OMS, 1990).

Involucra, también, múltiples pérdidas (funcionales, sociales, afectivas y laborales, entre otras) y dependencia de quién la sufre.

Este concepto modifica el que antes se tenía de los cuidados paliativos y que se refería únicamente a pacientes en fase terminal.

Paciente en fase terminal (Concepto)

Es aquel que enfrenta una enfermedad incurable y cuya expectativa de vida no es mayor de seis meses.

Con base en lo anterior, no sólo los pacientes en fase terminal o afectados por cáncer pueden o deben beneficiarse de los cuidados paliativos. Otras patologías no neoplásicas entran en las definiciones arriba anotadas.

Ej.

Enfermedades crónicas e infecciosas como VIH-SIDA en fase terminal, insuficiencia respiratoria crónica, insuficiencia cardíaca en fase terminal, insuficiencia renal crónica y patologías neurológicas degenerativas. (López, E. 1998).

Este conjunto de enfermos presenta sintomatología física avanzada, alteraciones psicológicas y sociales y precisa apoyo espiritual, social y psicológico igual que sus familias.

Concl.

Por lo tanto, el concepto de paciente con condición de vida limitada no excluye al de paciente terminal, ya que muchos pacientes con condición de vida limitada son también pacientes terminales. Este cambio de conceptos se debe a las variaciones del perfil de morbi-mortalidad que se ha dado en los últimos años, paralelamente con los avances médicos.

Este nuevo enfoque representa importantes retos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas y, en el caso de pacientes con patologías oncológicas avanzadas, plantea la referencia temprana a los programas de cuidado paliativo.

2. Objetivos de los cuidados paliativos

De acuerdo con la National Hospice Organization de los Estados Unidos, 1979, el propósito de los cuidados paliativos es proveer apoyo y cuidado en las últimas fases de la enfermedad, de modo que el paciente pueda vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, no aceleran ni posponen la muerte, y existe la creencia y la esperanza de que a través de un cuidado personalizado y de una comunidad sensible a sus necesidades, los pacientes y familias pueden lograr la preparación para la muerte, en la forma que sea más satisfactoria.

Objetivos básicos

- Incrementar al máximo el potencial de cada paciente en forma individual y dentro del grupo familiar.
- Estimular la mejoría y el saneamiento de las relaciones del paciente.
- Incrementar la comunicación.
- Controlar el dolor y los demás síntomas que acompañen la enfermedad.
- Brindar apoyo y soporte a la familia.

3. Áreas de intervención de los cuidados paliativos

Para cumplir con los objetivos antes mencionados, un programa apropiado de cuidados paliativos debe abarcar cinco áreas generales de acción:

Áreas de acción

- **Cuidado Total:** Se refiere al enfoque bio-piso-social-espiritual; ofrece la atención con base en las necesidades del paciente y no en las preferencias de quien lo prodiga.
- **Control de síntomas:** Provee alivio físico de los síntomas productores de malestar y sufrimiento.
- **Control del dolor:** Por la importancia de este síntoma y por su frecuencia en pacientes terminales, se desarrollará más adelante, ya que es uno de los fundamentos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- **Apoyo emocional:** Es uno de los pilares fundamentales en la atención a los pacientes con condición de vida limitada. El médico general debe estar en capacidad de detectar las causas del sufrimiento emocional: abandono, depresión, ansiedad, pérdida de autoestima, miedo, temor, etc. y referirlos oportunamente.
- **Apoyo a la familia:** La familia es un elemento inseparable en el cuidado de estos pacientes y su atención debe estar incluida en las actividades ofrecidas por cualquier programa de cuidados paliativos.. La familia, al igual que el paciente está en crisis y requiere de apoyo activo y asistencia en aspectos tan importantes como el duelo anticipatorio.
- **Apoyo al equipo interdisciplinario:** El equipo de cuidados paliativos está expuesto a sufrir con facilidad el síndrome de agotamiento profesional, por lo que requiere de actividades de autocuidado y de manejo del estrés, de lo contrario, su calidad de atención y su funcionamiento se verían limitados.

4. Escenarios de intervención de los cuidados paliativos

Por las características de estos pacientes, la atención de cuidados paliativos no es un modelo hospitalario, sin embargo, los medios hospitalarios no se pueden excluir y como se menciona más adelante, también pueden desarrollarse unidades de cuidados paliativos intrahospitalarios. La rigidez y la estructura de un hospital, no permiten el abordaje que se requiere en los cuidados paliativos; de ahí, la importancia de establecer otros espacios en los cuales los equipos encargados de brindar la atención estén en posibilidad de desarrollar sus actividades sin limitaciones.

Se identifican tres escenarios de atención en cuidados paliativos: **atención domiciliar, atención hospitalaria, hospicio y centro diurno.**

a. Atención domiciliar

El estado del paciente terminal en su propio domicilio es defendida por la Organización Mundial de la Salud como el lugar ideal para la aplicación de cuidados paliativos; por lo tanto, se entiende que la atención domiciliar debe constituirse en un sub-programa dentro de una estructura de atención en cuidados paliativos.

a¹. Atención domiciliar (Concepto)

Es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones bio-psico-sociales y espirituales.

El domicilio es el hábitat natural de las personas. En él se ubica el núcleo familiar. Es el sitio de referencia del paciente y constituye, quizá, la parte más importante de su historia personal. El domicilio refiere a la calidez a la intimidad, al acompañamiento y a la comprensión permanente e incondicional, aspecto que cobra mayor relieve si se considera el caso de los pacientes con enfermedades incurables o terminales, cuya carga emocional y espiritual se intensifica cuando se enfrenta a los últimos momentos de su vida.

En contraste, el hospital es un lugar ajeno y despersonalizado (quizá masificado), cuya normativa de funcionamiento impide la intimidad familiar.

Objetivos de la visita domiciliar

- Conocer el entorno familiar del paciente.
- Reafirmar la importancia del entorno familiar en la atención domiciliar, desde una perspectiva integral.
- Atender las necesidades de los pacientes terminales en sus dimensiones bio-psico-socio-cultural y espiritual.
- Aportar al paciente terminal y a su familia, elementos relevantes en atención y organización, tendientes a mejorar las condiciones de vida
- Atender las necesidades inmediatas y perentorias del paciente y la familia.
- Aliviar el dolor.
- Aplicar la comunicación como la mejor herramienta para educar y orientar a la familia en los cuidados, atención y acompañamiento al enfermo terminal.
- Potenciar los cuidados y atención del paciente a través del trabajo en equipo.
- Atender los síntomas multifactoriales que presenta el paciente.
- Realizar procedimientos: cambios de sonda, curaciones, debridaciones, parosentesis, etc.
- Educar a la familia y al paciente.
- Sugerir modificaciones del entorno.

b¹. Características de la atención domiciliar

- Se desarrolla mediante actividades programadas.
- Las actividades son: sencillas, flexibles, dinámicas y funcionales.
- Es realizada por un equipo multidisciplinario.

El equipo de atención domiciliar debe estar integrado por un grupo de profesionales que aporten los conocimientos, que permitan brindar una atención integral e individualizada en cada caso.

c¹. Equipo interdisciplinario en cuidados paliativos

- Un médico, que con frecuencia asume el rol de director del servicio, por lo cual es deseable que tenga una gran capacidad organizativa.
- Un profesional en enfermería.
- Un asistente técnico de atención primaria.
- Un trabajador social.
- Un psicólogo, el trabajador social usualmente son parte del equipo de apoyo del II y III nivel.
- Voluntariado.
- Consejeros espirituales: personas capacitadas y entrenadas para proveer consejo y apoyo espiritual y ministros o representantes de cualquier credo religioso.

La **primera visita** al hogar es fundamental en los cuidados paliativos; por lo tanto, debe haber previo aviso a la familia. Se puede programar en el momento de la consulta externa o bien mediante una llamada telefónica.

Actividades

- Presentación del equipo.
- Explicación de los objetivos de la visita y el tipo de servicio que se va a prestar.
- Conocimiento y acercamiento con la familia.
- Abordaje al paciente.
- Educación e información al paciente y a la familia.
- Ejecución de los procedimientos necesarios.
- Intervenciones individuales.
- Consejería familiar.
- Aclarar dudas y asignar tareas.

Las **visitas subsecuentes** se programan de acuerdo con la planificación que se hizo con la familia en la primera visita, las actividades por desarrollar se agrupan en las siguientes categorías:

**Visitas
subsecuentes
Actividades**

• **Relacionadas con el problema:**

Valoración de las necesidades existentes.
Valoración del estado general del paciente.
Detección del grado de conocimiento de la enfermedad.
Identificación de las expectativas del paciente y su familia.
Reconocimiento del entorno y los recursos con que cuenta.

• **Relacionadas con el control y seguimiento de la evolución de la enfermedad.**

Prevención de complicaciones.
Rehabilitación de secuelas.
Control de parámetros biológicos.
Prescripción de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

• **Relacionadas con actividades técnicas:**

Administración de tratamientos.
Curación de heridas.
Colocación de sondas.
Toma de exámenes de laboratorio.

• **Relacionadas con actividades de educación y soporte al paciente y familia.**

Información sobre la enfermedad.
Fomento de autorresponsabilidad y autocuidado.
Identificación de signos de alerta.
Recomendaciones alimentarias, cambios de posición, curaciones, higiene entre otras.

b. Atención Hospitalaria

Existen equipos especializados en cuidado paliativo que funcionan en el medio hospitalario, usualmente en dos modalidades:

- Como un servicio en el que cuentan con un número determinado de camas y son responsables de la totalidad de la atención de sus pacientes.
- Como clínica o servicio de apoyo, que funcionan en todo el hospital como interconsultantes, pero la responsabilidad del paciente sigue siendo del servicio base.

Concl.

Los equipos de Cuidados paliativos hospitalarios usualmente están ubicados en el tercer nivel de atención, cuyos recursos humanos y técnicos permiten asumir situaciones más complejas. Generalmente estos equipos trabajan en coordinación con otros equipos de cuidados paliativos en otros escenarios o niveles de atención.

c. Hospicio¹ y centro de cuidado diurno

- **El hospicio**, en países como Inglaterra, es un lugar especialmente diseñado para proporcionar atención en cuidados paliativos, dándose especial énfasis a los aspectos medio-ambientales. En ellos se interna al paciente para recibir atención. Este modelo responde, en alguna medida a la idiosincrasia de algunos países en los cuales es usual separar al paciente con una enfermedad avanzada, lejos del núcleo familiar.
- **El centro de cuidado diurno** es un lugar intermedio entre el hogar y el hospital. Se basa en muchos aspectos del concepto de hospital diurno, incorpora las actividades y objetivos de los cuidados paliativos en la atención de los pacientes y sus familias. Este escenario de atención se perfila en nuestro medio como una alternativa de mucho potencial, que, a un costo mucho menor que el hospital tradicional y el hospicio, permite ofrecer cuidados de alta calidad sin separar al enfermo de su núcleo familiar.

Res.

Los cuidados paliativos son acciones orientadas a aliviar al paciente cuando las posibilidades de curación no son posibles, (pacientes en condición de vida limitada en fase terminal o no). En su atención se involucra a la familia y su enfoque es bio-psico-social- espiritual y su trabajo se basa en un equipo interdisciplinario.

¹ Este término (hospice) se utiliza en países anglosajones, al traducirlo al español tiene otra connotación. Para efectos de nuestro medio, el término podría asemejarse a un hogar de vida con personas especializadas para pacientes en fase terminal.

Concl.

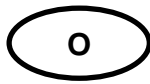
Los cuidados paliativos como ciencia y filosofía resumen, en alguna medida, los valores de la medicina humanística en la cual se fundamentó la práctica de la medicina en sus inicios.

Estos valores deberían ser aplicados no solo al final de la vida de los pacientes, a través del cuidado paliativo, sino debería ser un eje longitudinal en cada una de las etapas de vida.

El enfoque bio-psico-social-espiritual en la atención de personas que enfrentan una condición de vida limitada, es el aspecto medular del cual se deriva todo el quehacer de los cuidados paliativos.

Cada equipo de cuidados paliativos, con creatividad e imaginación, desarrollará sus propias actividades y programas que le permitan cumplir con los objetivos básicos y en respuesta a sus necesidades locales, acorde con sus recursos, su idiosincrasia y el perfil local de morbi-mortalidad.

II. PERFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON CONDICIONES DE VIDA LIMITADA Y/O TERMINAL



- Reconocer las etapas psicológicas que enfrenta el paciente y la familia ante el proceso de enfermedad terminal y muerte.
- Reconocer y divulgar los derechos de los pacientes terminalmente enfermos.

A. PSICOLOGÍA DEL PACIENTE TERMINAL: IMPACTO EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA

1. Impacto de la muerte en el paciente

La muerte es un acontecimiento en la vida de una persona. Morir o ser testigo de la muerte no es fácil, se generan múltiples reacciones que tienen que ver con la conciencia de transitoriedad, con variadas y múltiples emociones, y con miedos olvidados que emergen tanto en los pacientes como en su familia, allegados y profesionales en salud.

Se plantea la existencia de una serie de amenazas que se presentan en el transcurso de la enfermedad, las cuales son importantes de identificar para brindar el soporte necesario y el espacio adecuado para hablar con el paciente.

Amenazas de la muerte

- A la vida, miedo a morir.
- A la integridad corporal y bienestar (por la enfermedad, procedimientos, diagnóstico y tratamientos médicos).
- A los conceptos de sí mismo y a los planes futuros.
- Al equilibrio emocional de sí mismo; esto es, la necesidad de enfrentarse con sentimientos de cólera y otras emociones que se puedan presentar.
- Al cumplimiento de los roles y actividades sociales acostumbradas.
- A la necesidad de adaptarse a un nuevo ambiente físico o social.

Gómez Sánchez enumera una serie de miedos en el paciente que es importante tomar en cuenta y que figuran en la siguiente lista (Gómez S, 2003):

Miedo a

- Lo desconocido
- La soledad
- La angustia
- La pérdida del cuerpo
- Perder el autocontrol
- Al dolor y al sufrimiento
- La pérdida de identidad
- La regresión

Concl.

Muy probablemente el enfermo será limitado en su posición en el seno familiar y en la sociedad, presentará alteraciones y cambios corporales y cierta invalidez que afectarán directamente su estado emocional, aunado a una serie de temores sobre la calidad de lo que falta de vida, motivo suficiente para temer que su sufrimiento empeore o que aumente su indefensión o su incapacidad mental.

2. Impacto de la muerte en la familia

En la familia, el impacto que genera la enfermedad de uno de sus miembros conlleva una serie de crisis consecutivas y los pone a prueba. Es frecuente observar trastornos tanto emocionales como funcionales. La enfermedad requiere de la familia. Existe la necesidad de asegurar nuevas y distintas funciones: intentar reconfortar al enfermo, participar en las decisiones médicas y cuidados y, paralelamente, reforzarse para asumir los aspectos cotidianos y adaptarse a la situación médica en constante cambio. Además, aparecen miedos y dificultades que han sido descritos por Gerlein, citado por Gómez Sancho y que se indican en la siguiente lista.

Miedos

- A que el ser querido vaya a sufrir mucho, que su agonía sea larga y/o dolorosa.
- A hablar con el ser querido.
- A que el ser querido adivine su gravedad por las manifestaciones emocionales de algún miembro de la familia.
- A estar con el ser querido en el momento de la muerte.
- A no estar presente cuando muera el ser querido.

Concl.

En la medida en que se controlen estos miedos, se puede esperar bienestar de la familia y el enfermo.

3. Impacto de la muerte en el niño y su familia

Los avances científicos en el campo de la Medicina han permitido un descenso en la tasa de mortalidad infantil. Desde hace ya varias décadas, las nuevas generaciones ven la muerte asociada a la edad avanzada o a los accidentes. Unido a este hecho los padres y la familia en general tienen internalizado el proyecto de vida de sus hijos. Se sienten más o menos seguros de su porvenir y viven confiados en su papel de protectores. Cuando una enfermedad amenaza ese equilibrio, la familia enfrenta períodos de tensión y angustia que amenazan su integridad.

a. Pérdidas en el niño ante la enfermedad

- **Entorno familiar y escolar:** por los largos períodos de hospitalización e incapacidad.
- **Actividades y juego:** por el proceso mismo de la enfermedad.
- **Autoestima y autoimagen:** por los tratamientos, los procedimientos y la misma enfermedad que ocasionan modificaciones en el cuerpo.
- **Control:** por pérdida paulatina del autocotrol y aumento de la dependencia.

b. Sentimientos del niño con enfermedad en fase terminal

- **Miedo:** a sentir dolor, a quedarse solo o a cambios de tratamiento.
- **Ansiedad:** manifiesta en diferentes formas,
 - Temor a dejar a sus padres,
 - Temor a los tratamientos más fuertes o a la mutilación
 - Temor a durar mucho tiempo enfermo.
- **Rabia:** hacia la enfermedad, hacia los médicos, hacia Dios y hacia los padres.
- **Soledad:** Sobre todo en la fase terminal, se culpa a los padres, hermanos o amigos.

c. Sentimientos de los padres al recibir de la posible muerte

- Aturdimiento
- Incredulidad
- Ira
- Culpa
- Temor

Según avanza el tiempo, tal estado se transforma en sentimientos como:

- Ansiedad ante el futuro
- Incertidumbre ante posibles recaídas
- Incertidumbre ante la posible muerte

d. Sentimientos de los padres al recibir la noticia

- Ansiedad por la enfermedad de un hermano,
- Miedo de enfermar,
- Percepción del cambio o del entorno por la angustia e incertidumbre de sus padres.
- También tienen sentimientos de:
 - Celos por la atención que se brinda al niño enfermo.
 - Sentimiento de abandono, creación de malestar.
 - Sentimiento de culpabilidad por el mal que hayan podido desear antes del diagnóstico o por los celos.

Todo ello provoca profundos cambios en los roles de los miembros de la familia, en sus actividades y en sus relaciones. Para evitar estos conflictos, el equipo de salud debe comunicarse abiertamente con todos los miembros de la familia y establecer canales fluidos de comunicación.

B. PERFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE Y SU FAMILIA: MODELO DE ELIZABETH KÜBLER-ROSS

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross, 1994, identificó seis fases por las cuales atraviesan el paciente terminal y la familia y los sentimientos que las acompañan.

Estas seis fases se refieren al proceso de adaptación que sufre tanto el enfermo como su familia, desde el momento en que se le da la información sobre la enfermedad. Este momento de información sobre el diagnóstico y pronóstico tiene una importancia decisiva y de ello dependerá mucho el futuro del paciente y del impacto que tenga en su evolución.

1. Fases

No son siempre lineales, unas veces saltan, otras se superponen y en la mayoría de los casos presentan avances y retroceso una y otra vez.

a. Negación

La reacción inicial es negar una situación que amenaza con volverse insoportable.

Ej.

“No es cierto”, “a mí no”, “es imposible”, “los médicos se han equivocado”.

En este momento se puede confundir negación con incredulidad. Los pacientes y/o familiares suelen mantener esta negación por algún período de tiempo importante y aún durante todo el proceso en forma intermitente.

La negación como mecanismo defensivo es adecuada y útil, siempre y cuando no sea permanente e interrumpa o bloquee una buena comunicación.

b. Ira, enojo, rabia

Cuando la negación no se puede mantener, es sustituida por sentimientos de ira, enojo, rabia, resentimiento. Estas explosiones son multidireccionales: hacia el médico, la enfermera, el psicólogo, hacia Dios y hacia el “mundo entero”.

Ej.

Pueden surgir frases como “¿porqué a mí?”, “¿por qué ahora?”.

c. Pacto o regateo

En esta fase habitualmente el pacto se realiza en forma secreta y por lo general el regateo se realiza con **Dios o con el “Ser Superior”**, de acuerdo con las creencias del pariente y/o su familia.

Ej.

Promesas de tipo religioso de mejor comportamiento, limosnas y otros, si el diagnóstico resultara negativo, u ocurriera una cura milagrosa.

Las experiencias pasadas son utilizadas en esta fase. Como cuando se era niño y se recibía una recompensa por una buena acción.

Generalmente, el paciente establece metas a corto o mediano plazo y si se cumplen, vuelve a pactar nuevas posibilidades.

Ej.

Llegar al cumpleaños del hijo.

d. Depresión

El paciente y su familia entran en esta fase cuando, paulatinamente, aparecen el deterioro y nuevos síntomas. Piensa el paciente en el futuro incierto, en su familia y en hechos futuros que percibe no podrá vivir. Aparecen sentimientos de obsesión, apatía, incertidumbre, temor, angustia y desolación, tanto en el paciente como en su familia.

Ej.	<p>Mirar en el espejo la pérdida del cabello. Negarse a salir de la habitación y a recibir visitas, entre otros.</p>
e. Aceptación	<p>El paciente entra en una etapa de relativa tranquilidad, esta aceptación es más frecuente en las personas que ven la muerte como el final de una vida de realizaciones. El agonizante se sumerge en un estado de paz, se despide de sus familiares y seres queridos, pone en orden sus asuntos personales, algunos vislumbran esa muerte como el fin de una vida dolorosa.</p>
Ej.	<p>El paciente solicita o refuerza el auxilio espiritual, puede pedir la visita de familiares o seres queridos para hablar, etc.</p>
f. Decatexis o depresión preparatoria	<p>En esta fase se corta toda comunicación con el paciente. El agonizante está aun con vida según los parámetros biológicos pero su conciencia está invalidada. Vivo aún, pareciera sumergirse en una realidad que solo el agonizante “vive”, el profesional debe explicar a la familia paso a paso lo que sucede. Todo ser humano despide a su ser querido esperanzado en el paso hacia un más allá, hacia una nueva dimensión, hacia una realidad diversa.</p>
Ej.	<p>Cuando los miembros de la familia acompañan permanentemente al paciente agonizante y se preparan para el desenlace final.</p>

Concl.

Cuando estas etapas se cumplen, el paciente, la familia y el profesional reciben gratificación. El paciente experimenta paz y tranquilidad. Lamentablemente, esto no sucede con todos los enfermos, sobre todo en los pacientes jóvenes o quienes se sienten necesarios como es el caso de padres con niños de corta edad.

En algunas ocasiones, más que aceptación hay una “resignación” y a diferencia con la aceptación, el paciente está en forma pasiva “esperando que...”.

2. Intervención psicológica y apoyo al paciente terminal y su familia

La muerte es una experiencia universal, la manera como cada quién la concibe y la vive depende de muchos factores.

a. Factores

- Historia personal y familiar
- Experiencias con muertes vividas previamente
- Creencias religiosas
- Aspectos étnicos y culturales
- Personalidades particulares

b. Actividades en la intervención con el paciente terminal

- Compartir la responsabilidad por la crisis ante la muerte, de modo que el paciente disponga de la ayuda específica y efectiva en el momento adecuado.
- Clarificar y definir las realidades de la existencia cotidiana que debe enfrentar. Estas son las realidades de su vida.
- Establecer y mantener un contacto humano permanente, disponible y gratificante.
- Asistirlo en la separación y en el duelo ante las pérdidas de familia, imagen corporal y control. A la vez, facilitar o restablecer la comunicación y las relaciones significativas con aquellos que perderá.
- Mantener el autorespeto y la autoestima.
- Fomentar la gradual aceptación de su situación vital con dignidad e integridad.
- Si se analiza la intervención terapéutica del paciente terminal y su familia como una modalidad de intervención en crisis, esta plantea los siguientes objetivos.
 - Ayudar al paciente y su familia a ser totalmente conscientes de la situación.
 - Evaluar la situación globalmente.
 - Ayudar al paciente y su familia a movilizar los recursos existentes o a desarrollar nuevos y más efectivos mecanismos para enfrentar la situación y buscar soluciones.

Jaramillo (1994)

c. Actividades en la intervención con el paciente pediátrico

- Comprensión de la situación de la familia y el paciente
- Impacto de la enfermedad en las relaciones intrafamiliares.
- Consideración de la etapa de desarrollo cognitivo y la edad cronológica del niño.
- Importancia de tomar en cuenta al niño y su familia en la adopción de decisiones.
- Favorecimiento de que el niño permanezca en casa con la seguridad que su entorno le brinda: juguetes, amigos, familia, etc.
- Brindar apoyo en la toma de decisiones.

d. Atención psicológica de los hermanos

- Identificar el impacto emocional que el diagnóstico ha tenido en los hermanos
- Brindar la información individual necesaria acerca de la enfermedad, de acuerdo con el desarrollo cognitivo y maduracional.
- Dar información a los padres acerca de las necesidades de los hermanos para propiciar una mayor comunicación.
- Propiciar un espacio de expresión de sentimientos y la contención y acompañamiento necesarios.

e. Atención psicológica a la familia

- Dar el óptimo acompañamiento.
- Brindar sesiones de psicoterapia breve de orientación dinámica junto con procedimientos como consejería, terapia familiar y de pareja, presentar alternativas de apoyo emocional.
- Brindar el espacio para una buena comunicación con la familia
- Propiciar el soporte necesario a la familia para la elaboración del duelo anticipatorio.
- Abrir un “espacio de respiro”, tendiente a prevenir las crisis de claudicación emocional de la familia.
- Brindar terapia grupal no farmacológica para facilitar la comunicación y el apoyo mutuo.

C. LOS DERECHOS DEL PACIENTE TERMINALMENTE ENFERMO

Los derechos elementales del paciente terminal se derivan de la declaración de los derechos del enfermo y son “un discernimiento sobre la dignidad humana y la calidad de vida que debe prevalecer hasta la última etapa de la vida y aún en la misma muerte” (Bejarano y col, 1992).

1. Derechos del paciente terminal (Bejarano, P. 1992)

El paciente terminal tiene derecho a:

- Vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social, compatible con el estado resultante del progreso de la enfermedad.
- Tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social.
- Vivir independiente y alerta.
- Conocer o reusar el conocimiento de todo lo concerniente a su enfermedad y a su proceso de morir.
- Ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
- Ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de su vida.
- Que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas, para sostener sus funciones vitales.
- Hacer el mejor uso creativo de su tiempo.
- Que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidos en cuenta, antes y después de su muerte.
- Morir con dignidad, sin dolor, tan confortable y apaciblemente como sea posible.

Otro enunciado de los derechos del terminal son:

2. Derechos del paciente terminal

El paciente terminal tiene derecho a:

- Ser tratado como un ser humano vivo hasta que muera.
- Que se le cuide por esos que mantienen un sentimiento de esperanza, cual sea la enfermedad, y aunque este sentimiento sea cambiante.
- Expresar sus sentimientos y emociones sobre la muerte, en su propia forma.
- Participar de las decisiones que se hagan sobre su caso.
- Esperar y exigir atención médica y de enfermería, aunque no exista cura.
- No morir solo.
- No tener dolor.
- Que sus preguntas se contesten honestamente.
- Que se ayude a él y a la familia en el proceso de aceptación de la muerte.
- No ser engañado.
- Morir en paz y con dignidad.
- Mantener su individualidad y a no ser juzgado por sus decisiones, aunque sean contrarias a las creencias de otros.
- Discutir y enriquecer su experiencia religiosa y espiritual, no importa qué signifique esto para otros.
- Esperar que la santidad de su cuerpo se respete después de la muerte.
- Que le importe y concierna quiénes lo van a cuidar.
- Ser atendido por personal sensitivo, inteligente, que trate de entender sus necesidades, y que sea capaz de derivar satisfacción en ayudarlo a encarar la muerte.

3. Derechos del niño con enfermedad terminal (Fundación Pro Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Nacional de Niños)

El niño con enfermedad terminal tiene derecho a:

- Ser visualizado y concebido como sujeto de derecho, y no propiedad de los padres, médicos o de la sociedad.
- Debe ser tomada en cuenta su opinión en cuenta al tomar decisiones, ya que es él quien está enfermo.
- Llorar.
- Estar solo (a).
- Fabricar fantasías.
- Jugar, porque aún muriendo sigue siendo niño (a) o adolescente.
- Que se le diga la verdad de su condición.
- Que se le responda con honestidad y veracidad a sus preguntas.
- Que se contemplen sus necesidades en forma integral.
- Una muerte digna, rodeado(a) de sus seres queridos y de sus objetos más amados.
- Morir en su casa y no en un hospital, si así lo desea.
- Sentir y expresar sus miedos.
- Que se le ayude a él y a sus padres a elaborar la muerte.
- Sentir ira, cólera y frustración por la enfermedad.
- Negarse a seguir recibiendo tratamiento cuando no exista cura para su enfermedad.
- Recibir los cuidados paliativos si así lo desea.
- Ser sedado a la hora de enfrentar la muerte si así lo desea.
- **No tener dolor** cuando se efectúen procedimientos de diagnóstico y de tratamiento de la enfermedad.

SEGUNDA

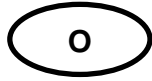
U N I D A D

Comunicación con el paciente terminal y su familia

Objetivo general de la segunda unidad

Aplicar las estrategias de comunicación apropiadas en la atención al paciente terminal y la familia.

I. COMUNICACIÓN ASERTIVA



Identificar los factores socioculturales que influyen en la comunicación del enfermo terminal con la familia y el personal que lo atiende.

A. ALGUNOS ELEMENTOS PARA UNA COMUNICACIÓN EFICAZ

Comunicación (Concepto)

Es la herramienta que hace posible la interacción entre las personas.

En Cuidados Paliativos se convierte en la forma de mitigar y discernir las causas del sufrimiento ante una enfermedad terminal (Bejarano, P., 1992).

En el quehacer cotidiano del médico se han encontrado barreras importantes que hacen más difícil la comunicación con pacientes con condiciones de vida limitada y/o terminal y sus familias.

1. Barreras

El personal de salud:

- Ha sido formado según un modelo organicista que, de muchas formas, escinde el área de la sensibilidad para comunicar una mala noticia.
- Se siente responsable de la condición de su paciente.
- Siente temor a ser culpado por lo que le va a suceder al paciente.
- Tiene temor a lo desconocido.
- Experimenta incertidumbre a decir “no sé”.
- Enfrenta temor a no poder controlar alguna reacción emocional fuerte, a expresar emociones, a no mantenerse en calma.
- Experimenta miedos personales a la enfermedad y la muerte.
- Tiene poco tiempo para dedicar al paciente.
- Utiliza un lenguaje muy técnico para su paciente.

Ej.

Cualquier miembro del equipo de salud se puede identificar con el paciente o con la familia, involucrando sentimientos personales que podrían afectar su intervención.

2. Guía para una comunicación eficaz

El quipo interdisciplinario de cuidados paliativos debe promover una comunicación asertiva con el paciente y la familia, a fin de lograr un acercamiento efectivo.

Aspectos que propician la comunicación eficaz

El equipo de cuidados paliativos entre otros, debe tener en cuenta los siguientes elementos:

- Propiciar un ambiente adecuado, que permita que el paciente y el profesional se sientan relajados y cómodos.
- Asegurarse de que el paciente quiere hablar, lleva la iniciativa en la comunicación, la cual se orienta a lo que el paciente quiere saber.
- Escuchar y ser empáticos, demostrar que está escuchando y tener interés en lo que comunica. Para entender a una persona es necesario acercarse a su mundo y tratar de comprender lo que siente.
- Permitir expresarse. Es importante dar la oportunidad para la expresión de ansiedades, miedos, temores, preocupación, sentimientos, pensamientos. Atender la comunicación no verbal y los silencios.
- No bloquear. Las respuestas prematuras, los estereotipos, las comparaciones, los juicios de valor o minimizaciones, son causas de un bloqueo y una comunicación poco exitosa.
- Tratar al paciente como si su caso fuera el único en el mundo.
- Ser creíbles. La mentira hace que se pierda la confianza en el profesional.
- Dosificar la información, transmitirla en pequeñas dosis, así se dará la oportunidad al paciente de asimilarla mejor.
- Asegurarse de que el paciente comprendió lo que se le dijo. Evitar en la medida de lo posible, el vocabulario técnico y científico complejo.
- Hablar en términos comprensibles, en forma clara y concisa.
- Permitir la expresión de sentimientos. No tener miedo de demostrar los propios sentimientos o hacer alusión a ellos, esto propiciará un mayor acercamiento con el paciente.
- Mantener continuidad en la relación establecida. El paciente debe sentir seguridad de que se le dará la continuidad a su situación de enfermedad y a su aspecto emocional según sea su necesidad.

3. Comunicación con la familia

La comunicación con la familia es muy importante, no solo porque es quien va a tener a su cargo al paciente, sino porque cada uno de sus miembros vive un proceso similar a este.

a. Aspectos que se deben indagar respecto de la familia

- Tipo de familia
- Relaciones
- Temores y ansiedades más comunes ante la enfermedad y la muerte
- Necesidades
- Crisis vitales que está enfrentando
- Impacto de la enfermedad
- Significado de los síntomas
- Significado del paciente para los miembros de la familia

b. Lo que se debe comunicar a la familia

- El mismo mensaje y con la misma orientación que al paciente
- El diagnóstico y pronóstico de la enfermedad
- Las metas del cuidado paliativo

c. Actitud que se debe tener frente a la familia

- Escuchar atentamente y promover la toma de decisiones
- Reforzar positivamente los estilos de afrontamiento ante la crisis.
- Acompañar, contener y apoyar a los miembros de la familia.

d. Comunicación con el paciente pediátrico y su padres

- Orientar a los padres en la necesidad de dedicarle tiempo al niño y darle la información necesaria
- Utilizar el lenguaje acorde a la capacidad cognitiva y la edad cronológica del niño
- Hablar sobre sus temores y necesidades
- Hablar sobre la muerte sin términos inadecuados como “se quedó dormido” o “se fue de viaje”
- Hablar con la verdad
- Fomentar la comunicación con los adultos para permitir la expresión de sentimientos, dudas y temores
- Convertirse en confidente del niño.
- Tener paciencia y utilizar más lenguajes no verbales de comunicación: dibujo, juego, ensueño dirigido, etc.
- Informar siempre con veracidad a los padres sobre el diagnóstico, pronóstico y evolución de la enfermedad
- Valorar los estilos de comunicación de los padres y el niño a fin de evitar la conspiración de silencio.
- No dar falsas esperanzas.

Concl.

El personal que trabaja en cuidados paliativos encuentra un ambiente pleno de tensión, una familia y un paciente cargados de emociones muy intensas. La actitud no enjuiciadora, sino cálida y receptiva y la intervención acertada y cuidadosa, pueden aportar bienestar y reducir la ansiedad y devolver al paciente y su familia la sensación de control que han perdido, lo que facilita la reestructuración individual y familiar.

B. NIVELES DE INTERACCIÓN EN LA EXPLORACIÓN DE LAS EMOCIONES

Eulalia López enumera cuatro niveles de interacción en la exploración de las emociones (López, E. 1998).

1. Nivel 0

No se produce ningún intercambio de emociones.

Ej.

Es muy frecuente en un encuentro social impersonal, en el que se pregunta ¿Qué tal está usted? Respuesta: bien y usted?.

2. Nivel 1

Tiene lugar cuando el paciente da alguna pista de cómo se siente sobre un problema en particular, pero el profesional bloquea la interacción ofreciendo prematuramente soluciones.

Ej.

Profesional: ¿Cómo se encuentra hoy?

Paciente: Bien pero...

Profesional: No se preocupe... no tiene de qué preocuparse está usted en buenas manos.

3. Nivel 2

El paciente menciona de un modo explícito sus emociones. El profesional se hace cargo de sus preocupaciones pero sin tratar de profundizar en ellas. No bloquea el diálogo, indica por medio de preguntas que ha aceptado su estado de ánimo, pero se queda ahí.

Ej.

Profesional: usted está preocupado por algo. ¿le gustaría hablar de ello?.

Paciente: Pensaba si volveré a ver mi casa de nuevo.

Profesional: Ya entiendo pero ¿cómo no va a volver a su casa? Ya verá como todo irá bien.

4. Nivel 3

El hecho de explorar emociones a este nivel implica no solo el facilitar al paciente la expresión de sus temores o preocupaciones y enfatizar con él, sino también ayudarle a enfrentarse a ellos. En el ejemplo anterior se pone de manifiesto el temor del paciente a morir en el hospital, pero la interacción se interrumpe en este punto.

Para ayudarle a afrontar sus temores, se ha de estimular al paciente a expresar la naturaleza de sus sentimientos del modo más específico posible y buscar alternativas que le puedan ayudar a llevar su situación con mayor serenidad.

Ej.

Paciente: tengo la impresión de que la medicación ya no me está haciendo efecto.

Profesional: ¿Qué le ha hecho pensar eso?

Paciente: Me encuentro cada día peor y creo que es el fin.

Profesional: Entiendo lo que está sintiendo, es muy difícil. En este sentido ¿qué cree que es lo que más le ayudaría para afrontar esta situación?

Paciente: Hablar con mis hijos.

Profesional: ¿Hay algo más que pudiéramos hacer o decir nosotros para que se sienta mejor?.

Concl.

Realmente la comunicación adecuada ayuda a una persona a reflexionar y tomar mejores decisiones; el profesional en salud se convierte en un pilar relevante en esos momentos para el paciente.

C. ABORDAJE DE TEMAS QUE GENERAN ANGUSTIA

Una adecuada comunicación beneficia al paciente y su familia, para ello hay que tomar en cuenta las necesidades, los problemas y los recursos con que cada persona cuenta. Los temas que producen angustias son inevitables de plantear, porque están relacionados con la situación terminal, temores a la muerte y el deterioro físico o psicológico.

1. Opciones de abordaje

Aranz y Salinas plantean tres opciones fundamentales utilizadas generalmente por los profesionales (Aranz, 1998):

Tranquilizar sin fundamento

Con ello se consigue reducir rápidamente la ansiedad tanto del profesional como del paciente, aunque realmente se está negando la problemática. El profesional asume toda la responsabilidad no afronta la realidad del paciente.

Ej.

Tranquilícese, todo va bien.

Esperar hasta que se produzca el problema

Esta forma de abordaje trae como consecuencia el hecho de que no se afronte el problema y que las soluciones se pospongan.

Ej.

Esperemos a que estén listos los resultados.

Graduar y anticipar respuestas

Cuando aún el paciente se encuentra relativamente "bien de salud", los temas angustiosos son más fáciles de abordar, ya que los problemas posteriores son aún hipotéticos y al paciente se le hace más fácil la toma de decisiones.

Una forma adecuada de preguntar es aquella en que hipotéticamente, puede sospecharse que pueda darse una complicación y el enfermo tome sus propias decisiones ante la probable crisis.

Ej.

Si los resultados de los análisis fueran malos, ¿a quién le gustaría comunicárselo?, o si las cosas en un futuro no evolucionaran como nos gustaría ¿Qué cree usted que necesitaría de nosotros y con quién o quienes (familiares o amigos) le gustaría contar?.

Concl.

Recuerde que es muy importante indagar sobre los temores y ansiedades y aunque la comunicación clara es siempre difícil para el profesional y el paciente, es aun más angustioso y compleja la incomunicación.

D. CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO

A veces sucede que la información que se debería dar al paciente es bloqueada por algún miembro de la familia o el profesional en salud, pues considera que es mejor mantener al paciente sin esa información, porque en nuestra cultura existe una profunda negación de la muerte. Con ello no se da oportunidad a que el paciente hable sobre sus temores, pues se piensa que al no hablar de la enfermedad la situación se torna menos grave. A esto se le conoce como "conspiración del silencio".

**Conspiración de silencio
(Concepto)**

Se produce cuando hay una retroalimentación negativa en el proceso de comunicación entre el paciente y su familia y/o entre el paciente y el personal tratante.

Habitualmente se piensa que esta conspiración de silencio constituye un "acto de caridad".

Los padres suelen ocultar a sus hijos que alguien muy cercano puede morir, más aun cuando es el propio niño quien tiene amenaza de muerte; esto es por un sentimiento de protección.

Por otra parte el paciente prefiere mantener en secreto ante los familiares su conocimiento acerca de la enfermedad, para no preocuparlos, por miedo, o para no aumentarles la ansiedad.

Se convierte en una situación de mutuo engaño en la que ambas partes actúan como si no sucediera nada. Se crea un círculo en donde los “engañadores” pasan a ser “engañados” y así “se mantiene” el equilibrio emocional en la familia. Esta a su vez, generalmente, pide al médico no informar al paciente y argumentan que lo conocen mejor que el profesional en salud y creen que, si conoce la realidad, aumentará su angustia y la situación se tornará más grave.

Ante la conspiración de silencio las personas que son excluidas, no tienen la oportunidad de comprender lo que está sucediendo, lo que trae algunas de las siguientes consecuencias:

**Consecuencias
para el paciente**

- Sufrimiento
- Aislamiento
- Dolor
- Miedo
- Soledad

1. Estrategias para evitar y/o resolver la conspiración del silencio

- Identificar los factores en los cuales se refugia la familia para llevar a cabo la conspiración de silencio.
- Hablar con sinceridad para reducir la tensión
- Explicar a la familia que mientras el enfermo no manifieste otro tipo de patologías cerebrales, aunque no se le informe se da cuenta de lo que le sucede.
- Hablar en forma separada con los miembros de la familia y luego con el paciente.
- Negociar con la persona que oculta abordándola en términos de por qué oculta información y cuál es el costo emocional de ella misma para mantener el secreto.
- Prometer de no dar información no deseada.
- Realizar una aproximación hecha con sensibilidad.
- Facilitar la expresión de sentimientos en la familia y el paciente.
- En presencia de la familia, preguntar al paciente qué piensa de su enfermedad y su evolución.
- Las respuestas verbales y no verbales nos darán las claves acerca del abordaje.

E. CLAUDICACIÓN FAMILIAR

La claudicación familiar puede afectar a todos los miembros de la familia simultáneamente o bien solo a uno de ellos. También puede ser un episodio momentáneo, temporal, o bien definitivo. se manifiesta con el abandono del paciente.

Claudicación familiar (Concepto)

Se refiere a “episodios de incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta a las demandas y necesidades del paciente y que tiene como consecuencia la dificultad para mantener una comunicación positiva con el paciente, entre los miembros sanos de la familia y de estos con el equipo de cuidados”. (Gómez y Sancho)

Tras el diagnóstico y la enfermedad la vida familiar cambia, los miembros de la familia tienen que adaptarse a nuevos roles y luchar además contra sus propios temores, angustias, dudas e incertidumbres. Además sus sueños, planes y metas se ven afectados, los conflictos en las relaciones intrafamiliares se exacerbaban, luchan contra las demandas y problemas que se suman a las muchas ocasiones en que sienten que el apoyo social no llega.

1. Causas

- Aparición de síntomas nuevos o agravamiento de alguno preexistente en el paciente.
- Sentimientos de pérdida, miedos, incertidumbre.
- Dudas sobre el tratamiento previo o su evolución.
- Falta de apoyo familiar y/o social.
- Cansancio excesivo del cuidador principal.

2. Abordaje

- Evaluación de los niveles de afrontamiento ante las necesidades dentro del ámbito familiar.
- Entender las necesidades del paciente.
- Entender las necesidades de la familia.
- Conocer el contexto familiar en que se desenvuelve el paciente.
- Conocer las redes de apoyo social con que cuenta la familia.

3. Medidas preventivas

a. Relacionadas con el entorno

- Informar y comunicar franca y honestamente (enfermo-familia-equipo).
- Escuchar atentamente las preocupaciones y prioridades.
- Dar seguridad y continuidad en los cuidados.
- Respetar el rol familiar y social.
- Hacer que se estime tolerable el ritmo del deterioro físico.
- Adaptarse paulatinamente a las limitaciones producidas por la enfermedad.
- Prestar apoyo psicoemocional.
- Participar en la planificación y en la evaluación de los cuidados y su terapia.
- Informar pausada y dosificadamente sobre el pronóstico y evolución.
- Establecer un espacio adecuado y el tiempo suficiente para la expresión de emociones y sentimientos en el duelo anticipado.
- Dar seguridad y protección.
- Hacer un buen control de síntomas objetivos y subjetivos.

b. Relacionadas con los miembros del grupo familiar

- Incluir a la familia y el paciente como una unidad para ser tratados conjuntamente.
- Escuchar atentamente.
- Comunicar honesta y continuamente sobre la enfermedad y su evolución.
- Dar entrenamiento y participación en las tareas de cuidado.
- Involucrar el mayor número de miembros de la familia en las tareas de cuidado.
- Facilitar el descanso físico o psíquico del cuidador principal.
- Fijar objetivos realistas a corto y largo plazo.
- Reducir las consecuencias negativas de la conspiración de silencio.
- Brindar apoyo psicoemocional individual y grupal.
- Ayudar a la familia a utilizar sus propios recursos en la resolución de problemas.
- Propiciar afecto y disponibilidad en la relación.
- Ayudarle a vivir y cuidar día a día (Gómez Sanchez, 2003)

II. EL PROCESO DE DUELO



Identificar el duelo como un proceso y prestar la atención adecuada en cada una de sus etapas.

A. EL DUELO

La muerte significa la desaparición y pérdida de una persona querida, lo cual requiere necesariamente, del duelo para adecuar los sentimientos derivados de la desaparición del ser amado.

Duelo (Concepto)

Es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida, en un principio no requiere del uso de psicofármacos para su resolución (Lopez, E. 1998).

Ante el impacto de la pérdida y durante el duelo, el doliente a menudo presenta algunas manifestaciones físicas y emocionales, que se consideran normales.

1. Manifestaciones

a. Físicas

- Falta de apetito y otras complicaciones gastrointestinales.
- Pérdida de peso.
- Insomnio.
- Llanto.
- Tendencia a suspirar.
- Pérdida de la energía.
- Sensación de cansancio y fatiga.
- Sensación de vacío y/o pesadez.
- Sensación de dificultad al tragar.
- Palpitaciones y otras indicaciones de ansiedad.
- Pérdida o disminución del interés sexual.
- Desasosiego.
- Tensión y nerviosismo.
- Dificultad para respirar.
- Molestias transitorias de tipo hipocondríaco.

b. Psicológicas

- Ansiedad
- Tristeza
- Dolor punzante en oleadas
- Rabia
- Culpa.
- Autorreproches.
- Ambivalencia.
- Inseguridad.
- Anhelos y búsqueda.
- Sensación de presencia o cercanía de lo perdido.
- Dificultad de atención y concentración.
- Confusión.
- Apatía y desinterés.
- Accesos de desesperación.
- Desesperanza.
- Pérdida de significado.
- Alivio.
- Identificación.
- Preocupación reiterativa con la imagen del muerto y sus interacciones comunes.
- Desinterés en el mundo exterior.
- Sensación de ser incomprendido por quienes no han sufrido una pérdida igual.

c. Sociales

- Dificultad para iniciar y mantener patrones organizados de actividad.
- Intolerancia respecto a los grupos sociales.
- Tendencia al aislamiento.
- Hiperactividad (Lindemann y Parkes)

2. Factores que determinan la resolución del duelo

Toda pérdida entraña la necesidad de un duelo. La muerte imprime al duelo un carácter particular en razón de su radicalidad, irreversibilidad, universalidad e implacabilidad. Una separación mortal no deja esperanza de reencuentro.

El duelo es una experiencia psicológica individual, única y particular, no puede ser objeto de una generalización simplista.

Factores que modifican la experiencia del duelo

- Experiencias infantiles sobre todo de pérdidas tempranas de personas significativas.
- Experiencias posteriores a la muerte de seres queridos.
- Enfermedad mental previa sobre todo de tipo depresivo.
- Crisis vitales anteriores.
- Relación con la persona fallecida.
- Tipo de vínculo (hijo, esposo, madre, etc.).
- Fortaleza del vínculo.
- Seguridad del vínculo.
- Grado de dependencia.
- Ambivalencia afectiva con el fallecido (amor-odio).
- Modalidad de la muerte.
- Momento de la vida en que ocurre la pérdida.
- Anticipación de la pérdida.
- Preparación para el duelo.
- Necesidad de ocultar los sentimientos.
- Sexo del doliente que influencia la expresión de sentimientos.
- Edad.
- Personalidad.
- Status socio-económico.
- Creencias religiosas, culturales y familiares que influyen la expresión del dolor y el sufrimiento.
- Apoyo social y/o familiar.
- Oportunidades y opciones para emerger en la vida.

La respuesta al duelo puede ser débil o avasallante, inmediata o retardada, en algunos casos, la reacción particular es la consecuencia de una serie de circunstancias o factores o un factor desencadenante de una reacción particular.

Ej.

Una madre joven con abandono de su esposo y con antecedentes de enfermedad depresiva, cuyo único hijo fallece de leucemia, tiene varios factores que inciden como determinantes en su modalidad de reacción:

- Su juventud.
- La historia de pérdida temprana en su matrimonio (crisis vital).
- El tipo de vínculo.
- El antecedente de enfermedad psiquiátrica.

3. Fases del proceso de duelo

Básicamente se pueden agrupar, según Rando citado por Agrafojos, en tres fases: Evitativa, confrontación y restablecimiento (Agrafojos, 2000).

a. Evitativa

- Se sufre una conmoción y se evita estar consciente del fallecimiento del ser querido.
- A medida que se da cuenta de lo sucedido, puede aparecer la negación que, al principio, puede resultar terapéutica mientras le permite al doliente asumir la pérdida.
- A veces se reconoce esta pérdida a nivel intelectual pero se niegan los sentimientos, la confusión es muy común en esta etapa.

b. Confrontación

- Es la más intensa del duelo, el individuo hace más consciente lo sucedido, los afectos son extremos, algunos de ellos son difíciles de expresar.
- Puede darse un sentimiento de pánico generalizado.
- Las respuestas afectivas en este período agudo suelen ser sumamente intensas y generan una sensación de que no podrá recuperarse nunca.
- La rabia emerge, tornándose a veces incomprensible, con frecuencia esta rabia se desplaza:
 - Hacia Dios por haber permitido la tragedia.
 - Hacia las demás personas que siguen viviendo "como si nada me sucediera".
 - Hacia quien murió por haberse ido.
 - Hacia sí mismo como autorreproche por no haberlo evitado, por lo que se hizo mal o se dejó de hacer.

c. Restablecimiento

- Después de unas semanas o meses, la crisis aguda comienza a ceder gradualmente.
- Esta fase está constituida por una declinación gradual del dolor y marca el comienzo de una vuelta emocional y social al mundo cotidiano.
- A menudo la culpa acompaña al doliente, para continuar viviendo a pesar de la pérdida y de los nuevos patrones adaptativos.

4. Tareas del duelo:

Worden ha esquematizado el duelo en cuatro tareas: aceptar la realidad de la pérdida, experimentar el dolor de la pérdida, adaptación a un ambiente en el cual falta quien murió, nueva percepción de la pérdida.

a. Aceptar la realidad de la pérdida

Para cumplir esta tarea, el doliente debe aceptar la muerte del ser querido. Para esto ayuda ver el cadáver, asistir al funeral, conocer los detalles de la muerte, hablar de lo ocurrido, deshacerse paulatinamente de las pertenencias del fallecido y, en general, todas aquellas conductas que disminuyan la negación.

b. Experimentar el dolor de la pérdida

No todas las personas experimentan el dolor con la misma intensidad, ya se han citado los factores que modifican esta experiencia.

c. Adaptarse a un ambiente en el cual falta quien murió

Exige una participación activa del doliente versus la pasividad y sensación de incapacidad para seguir viviendo. Se necesitan nuevos patrones adaptativos y un nuevo proyecto de vida sin la persona que falleció.

d. Cambiar frente a la pérdida

Es necesario acceder a nuevas relaciones. Si las anteriores tareas se han cumplido satisfactoriamente, se logra una disminución en la intensidad del vínculo con quien murió y, paulatinamente, se requiere el inicio de nuevos proyectos y nuevas relaciones.

5. Factores que pueden interferir con el duelo

- Relación ambivalente con el fallecido (amor-odio)
- Relaciones narcisistas: el fallecido representa una extensión del sobreviviente como si se hubiese muerto una parte de sí mismo.
- Relaciones muy dependientes con la persona fallecida.
- Pérdidas múltiples no resueltas.
- Imposibilidad de hablar de la pérdida.
- Existencia de una negación social de la pérdida (como si no hubiese pasado).
- Carencia de una red de apoyo social y/o familiar.

a. Duelo complicado

En la mayoría de los casos el duelo complicado se presenta cuando el doliente se queda anclado en algún eslabón del proceso, generalmente por una respuesta de evitación. Precisamente es ahí donde la ayuda y la contención son necesarias para permitir al doliente la elaboración de las tareas del duelo.

6. Asesoramiento en el proceso de duelo

La intervención del personal de cuidados paliativos para ayudar al doliente, está en relación con las tareas del proceso de duelo.

El asesoramiento pretende que el doliente logre

- Hacer real la pérdida, hablando de ella.
- Identificar y expresar los sentimientos.
- Adaptarse a nuevas circunstancias
- Vivir sin el fallecido
- Tomar decisiones en forma independiente
- Reubicarse emocionalmente, permitiéndose la apertura hacia nuevas relaciones.
- Lograr una nueva percepción de la pérdida.
- Encontrar nuevos roles que jugar y nuevos espacios.
- Elaborar la culpabilidad.
- Facilitar la separación.
- Promover nuevas relaciones y nuevos proyectos.

Entre las pautas de ayuda se puede citar: dar el tiempo necesario para la elaboración de cada tarea, respetar las diferencias (el duelo es personal), dar apoyo continuo en el proceso e identificar cuándo un duelo es normal o patológico.

7. El proceso de duelo en los niños

Además de todos los factores citados, las reacciones del duelo en los niños dependen de la edad, el nivel madurativo y la capacidad de comprensión acerca de la muerte.

a. Sentimientos y emociones más frecuentes

- Tristeza.
- Soledad.
- Inseguridad.
- Rabia.
- Agresividad.
- Incredulidad.
- Negación.
- Desorganización.
- Desconcentración.

b. Concepto de muerte y reacción ante el duelo

La percepción de la muerte varía según la edad de los niños. Esto debe ser tomado en cuenta cuando se va a intervenir con el grupo familiar.

Antes de los 6 meses de edad

- Mayor conciencia de las separaciones.
- No hay concepto de muerte.
- Ante una pérdida se presentan gritos, rabia; se supera esta fase si se le brinda una figura (persona) de apoyo adecuado.

Entre 6 meses y 2 años de edad

- Las reacciones son más identificables aunque aún no ha desarrollado el concepto de muerte.
- Aparece una expresión más discriminada de la rabia.
- Muestra ansiedad de separación ante ausencias cortas de un familiar.
- Presenta conductas agresivas.

Entre los 2 años y los 5 años de edad

- Incipiente comprensión de la muerte. Esta es vista como algo malo, accidental, transitorio y reversible,
- Confusión de la muerte con estar dormidos y que regresarán.
- Pueden presentar ansiedad, irritabilidad, agresividad.
- Creen que el fallecido vive bajo tierra, come, trabaja, etc.

Entre los 5 y los 8 años de edad

- Se ve la muerte como un evento externo, es el resultado de un accidente, de un ataque físico.
- Dentro del mundo animista se ve la muerte como una fantasma, un monstruo “que se lleva a la gente”. Hay ideas de castigo por portarse mal.
- Se asocian temores de soledad, oscuridad, ruidos extraños o fenómenos naturales como truenos, relámpagos, tempestades.
- Hay sobreprotección de los seres queridos.
- Conductas de apego ansioso.
- Control y dominio hacia los demás.
- Temores nocturnos.
- Conductas agresivas hacia los otros.

Entre los 8 y los 12 años de edad

- Por la experiencia escolar y lo vivido se basa en la observación biológica.
- La muerte es percibida como un final, como algo universal común a animales y personas. Es una experiencia inevitable.
- En esta edad se desarrolla empatía ante el dolor de los otros.
- Hacen chistes y burlas acerca de la muerte.
- Desarrollan un comportamiento con orientación maniaca para ocultar sus angustias y temores.

**En el
adolescente**

- La idea de la muerte lo coloca en una situación en la que se resiste a equilibrar su independencia con las limitaciones que la muerte pueda traer.
- Se acentúa el temor a perder el control de sí mismo.
- Comprenden que la muerte es el final de algo irreversible. Sin embargo, frecuentemente actúan según la premisa de que son inmortales y de que es poco probable que ocurra la muerte personal.
- Como consecuencia la negación es frecuente.

Concl.

La atención pronta y adecuada a la persona en duelo le permitirá enfrentar el impacto de una pérdida, le ayudará a conocer sus estilos de afrontamiento y le dará la oportunidad de un mayor crecimiento personal.

TERCERA

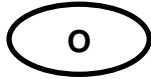
U N I D A D

Manejo de síntomas estresores más frecuentes

Objetivo general de la tercera unidad

Identificar y manejar los síntomas estresores más frecuentes en el paciente con enfermedad terminal.

I. DOLOR



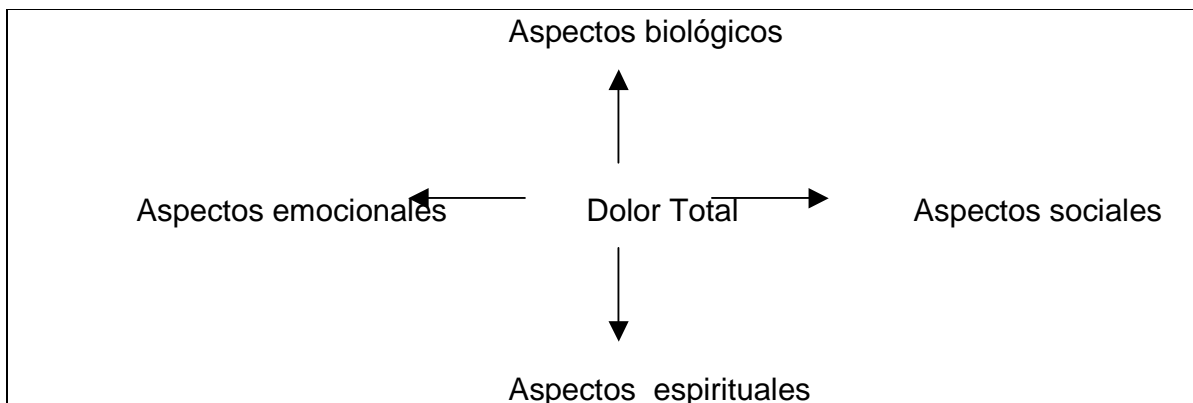
Reconocer los mecanismos que producen el dolor y aplicar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más frecuentes para su manejo.

A. MARCO CONCEPTUAL

Dolor (Concepto)

“Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o no con daño real o potencial de los tejidos o descrito en términos de dicho daño” (Asociación Internacional para estudios del dolor, IASP, 1992)

El dolor no se puede explicar solo en términos de la patología o en relación con el avance de la enfermedad. Es una experiencia personal, intransferible y única y está condicionada por otros aspectos de la esfera social, emocional y espiritual del paciente y su familia. Está determinada también por la historia de vida de las personas, de su aprendizaje, de sus experiencias previas y de su cultura. A continuación, se esquematizan las interrelaciones entre los factores que influyen en la percepción del **dolor total** como experiencia:



1. Causas del dolor oncológico

El cáncer es una causa frecuente de dolor que el médico general debe tener en consideración. Existen varios síndromes dolorosos que se pueden presentar en los pacientes con cáncer:

a. Dolor coexistente por invasión tumoral directa:

- **Infiltración tumoral ósea**
- Metástasis en la base del cráneo
Síndrome el agujero yugular
Metástasis del seno esfenoidal
Fractura de la odontoides
- **Infiltración tumoral de nervios, plexos y meninges**
Nervios periféricos
Plexopatía braquial
Plexopatía lumbosacra

b. Dolor relacionado con la terapéutica del cáncer

- **Síndromes dolorosos post-quirúrgicos**
Postdissección radical de cuello.
Postmastectomía
Postoracotomía
Postnefrectomía
Postamputación de miembro
- **Síndromes dolorosos postquimioterapia**
Neuropatía periférica
Seudorreumatismo esteroideo
Necrosis ósea séptica
Neuralgia post herpética
- **Síndromes dolorosos postradioterapia**
Fibrosis por radiación del plexo braquial
Fibrosis por radiación del plexo lumbosacra
Mielopatía por radiación
Tumores de nervios periféricos inducidos por radiación

c. Dolor no relacionado con el cáncer ni su terapéutica

2. Fisiopatología del dolor

La sensación de dolor se inicia en las terminaciones nerviosas donde el impulso nervioso pasa a través de nervios específicos al cordón espinal, de ahí sigue a áreas del cerebro específicas responsables de la sensibilidad dolorosa.

Ver anexo No. 1: Fisiopatología del dolor.

B. VALORACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR

1. Tipos de dolor

Ante un paciente con dolor es fundamental un diagnóstico del tipo de dolor de que se trata para su abordaje terapéutico, ya que cada tipo responde a tratamientos diferentes.

Se han descrito dos tipos de dolor que están apoyados por la neuroanatomía y neurofisiología de las vías nociceptivas son el dolor nociceptivo, el dolor neuropático y un tercer tipo que no tiene un sustento anatómico-fisiológico claro y se basa en la definición de la IASP: el dolor psicogénico.

a. Dolor nociceptivo.

Este tipo de dolor se divide en dos: el somático y el visceral.

a¹. Dolor somático

Ej.

Es un dolor mediado por nociceptores extensamente distribuidos en la piel, los huesos, los músculos, el tejido conectivo, los vasos y las vísceras, es descrito en términos característicos como: agudo o sordo y pulsante. El dolor nociceptivo responde a los opioides.

Dolor post quirúrgico, óseo, post traumático, por metástasis, miofacial, musculoesquelético.

b¹. Dolor visceral

Se produce por activación de nociceptores de las vísceras torácicas, abdominales y pélvicas, debido a la infiltración, compresión, extensión o estiramiento.

Se caracteriza por ser poco localizable. Es descrito como profundo, constrictivo, opresivo y cuando es agudo, se asocia con disfunción autonómica significativa: náuseas, vómito y sudoración.

Tiene la característica de que el dolor se puede referir a otras áreas que no corresponden al sitio del dolor.

Ej.

Pacientes con metástasis intraperitoneales u obstrucción intestinal por cáncer de páncreas.

Diferencias entre el dolor somático y el dolor visceral		
Características	Somático	Visceral
Lugar	Bien localizado	Pobrementemente localizado
Irradiación	Puede seguir la distribución de nervio somático.	Difuso
Cualidad	Agudo y definido	Sordo y vago, puede ser cólico, calambre, opresivo.
Relación con el estímulo	Duele donde está el estímulo	Puede ser referido a otra área
Patrón temporal	Frecuentemente periódico	Frecuentemente es periódico constituido por picos
Síntomas asociados	Náusea, en caso de dolor somático profundo, por ejemplo en metástasis óseas	Con frecuencia, náusea, vómito, sudoración, sensación de enfermedad.

b. Dolor neuropático

Generado por daños físicos o químicos y/o cambios en el sistema nervioso periférico o central.

Es descrito con frecuencia en términos de sensaciones eléctricas, quemadura, picazón, disparo o descarga.

No responde bien a los opioides.

Ej.

Neuralgias pos herpéticas, neuralgias del trigémino, neuropatías periféricas, plexopatías y la distrofia simpática refleja.

c. Dolor psicógeno

Llamado también idiopático, el término psicógeno ha sido utilizado para describir el dolor no orgánico

2. Cualidades del dolor

a. Según patrón de aparición

- Dolor episódico.
- Dolor continuo
- Dolor recurrente
- Dolor paroxístico
- Dolor incidental

b. Según intensidad

La intensidad del dolor se mide en tres categorías:

- Dolor leve.
- Dolor moderado.
- Dolor severo.

Este aspecto es fundamental para el tratamiento del dolor. La escalera analgésica de la OMS se basa en esta valoración.

La valoración de la intensidad del dolor es una apreciación subjetiva. Se basa en el principio de creerle siempre al paciente. No tiene relación con el tipo de enfermedad que el paciente sufre ni su estado. Con la valoración de la intensidad el concepto de dolor total cobra mayor importancia.

Si el paciente manifiesta dolor severo es porque tiene dolor severo. El arte de los cuidadores está en descubrir de cuál aspecto de ese dolor depende esa intensidad.

c. Según localización

Usualmente se usa un esquema de la figura humana para localizar el dolor y sus irradiaciones. Este dibujo es usado por el propio paciente o por el personal de salud quien marca, sombrea o colorea el área donde se ubica el dolor. Ver anexo No.2

d. Según tiempo de aparición

Según la cronología, al dolor se le puede dividir en **agudo y crónico**, la importancia de esta división para el médico es que, cada uno debe abordarse de manera diferente.

a¹. Dolor agudo

- La función del dolor agudo es señalar la amenaza o el daño tisular real, lo que permite actuar sobre la lesión.
- Este tipo de dolor alerta al paciente y ayuda al médico a ubicar el dolor y su causa.
- Es autolimitado y su tratamiento se centra en la etiología.

Puede acompañarse de otros síntomas o signos, sobre todo en su fase más aguda como: sudoración, taquicardia, náuseas, vómitos, hipertensión arterial, angustia, temor y sensación de peligro o daño eminente.

b¹. Dolor crónico

El dolor crónico se reconoce como el dolor que persiste pasado el tiempo normal de curación. En la práctica, esto puede ocurrir en menos de un mes o hasta en seis meses; sin embargo, algunos investigadores marcan el límite entre el dolor agudo y el crónico en tres meses, aunque algunas veces depende también de la patología de que se trate.

El dolor crónico está asociado con cambios significativos en la personalidad, el estilo de vida y la capacidad funcional.

Su tratamiento es especialmente exigente, porque requiere una cuidadosa evaluación tanto de la intensidad como del grado de distres psicológico.

Las 7 D

El dolor crónico a menudo se asocia con una serie de síntomas que se identifican con las siete "D"

- **Dramatización:** exageración, actuando con lenguaje oral y corporal.
- **Disfunción:** Deterioro físico relacionado con factores físicos y emocionales y demostrada por una colección de accesorios, tales como collares, cabestrillos y bastones.

Las otras D se mezclan con:

- **Drogas:** usualmente mal empleadas.
- **Dependencia** de la familia y la sociedad, pérdida de autoconfianza e incapacidad para valerse por si mismo,
- **Discapacidad:** incapacidad para trabajar o conservar un trabajo.
- **Doctores:** tendencia a visitar muchos

Comparación entre dolor agudo y crónico

Dolor Agudo	Dolor crónico
El dolor es el síntoma de la enfermedad; es autolimitado.	El dolor mismo es la enfermedad que persiste más allá del curso habitual de la enfermedad aguda.
Provocado por estimulación nociva, lesión tisular o funcionamiento anormal de estructuras somáticas o viscerales.	Provocado por proceso patológico crónico, disfunción del SNP o SNC y/o factores psicológicos aprendidos.
La respuesta emocional, psicológica y autonómica son secundarias.	Las respuestas autonómicas y neuroendocrinas pueden estar ausentes.
Función biológica de aviso, alerta, defensa, reposo, curación.	Función biológica: Nunca tiene función biológica.

3. Medición de la intensidad del dolor

La medición del dolor es un parámetro subjetivo y se basa en la percepción del paciente y la interpretación del médico, para lo que se usan escalas validadas internacionalmente. Esto logra establecer una buena correlación de la intensidad del dolor y el valor de la escala. Existen también otros parámetros objetivos que ayudan a determinar la intensidad y que pueden correlacionarse con las escalas, tales como: frecuencia cardíaca, presión arterial, sudoración y posturas antiálgicas, entre otras.

a. Escalas para la medición de la intensidad del dolor

- Escala visual análoga
- Escala de rango numérico.
- Escala de frutas.
- Escala de color de Eland.
- Escala de Caritas

Ver anexo No.3

C. VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

1. Aspectos que influyen en la valoración del dolor por el personal de salud o por la familia.

Los niños que sufren dolor son más susceptibles que los adultos a recibir un manejo inadecuado de su síntoma. La condición de ser niño tiene muchas implicaciones relacionadas con la evaluación del dolor y con la prescripción de fármacos. Las razones de esta situación se deben fundamentalmente a los mitos y prejuicios que existen en relación con el dolor en los niños, paralelo al desconocimiento que tiene el personal de salud y la familia sobre el tema.

En la mayoría de los casos, no son los niños los que manifiestan su dolor, sino que esta responsabilidad recae en terceros, de ahí la importancia de conocer y manejar los factores que afectan la valoración del dolor en pediatría.

a. Factores que afectan la valoración por el personal de salud

- Creencias personales.
- Actitudes.
- Valores.
- Mitos
- Desconocimiento.
- Experiencias previas.
- Familia.

b. Factores que afectan la valoración por la familia

- Valores, actitudes y creencias personales.
- Desconocimiento.
- Negación.
- Ansiedad.
- Personal de salud.

c. Consecuencias del manejo inadecuado del dolor

- Sufrimiento innecesario.
- Hiperventilación: alcalosis, aumento del metabolismo, deshidratación y desequilibrio electrolítico, sudoración.
- Inadecuada expulsión de secreciones bronquiales: bronquiectasia, atelectasias, infección.
- Isquemia de tejidos y riesgo de ulceración por inmovilización y falta de ambulación.
- Consecuencias psicológicas: Depresión, ansiedad, pánico, pesadillas, rechazo de asistencia.

d. Mitos del dolor en pediatría

**a¹. Los
neonatos y
niños
pequeños no
pueden
sentir dolor
por
inmadurez
de su
sistema
nervioso**

Aclaración del mito:

- Las creencias en la incapacidad de los niños pequeños de percibir dolor se basa en conceptos erróneos sobre la transmisión del dolor y la capacidad de respuesta.
- La mielinización completa del SN no es necesaria para sentir dolor.
- Las vías nociceptivas no están mielinizadas hasta las 30 semanas de gestación, lo que implica solamente disminución en la velocidad de transmisión no en la percepción.
- Los niños sienten tanto dolor como los adultos.
- La conducta y respuesta de un niño ante el dolor es diferente a la de los adultos.
- El niño tiene mayor tolerancia al dolor por los mecanismos que utiliza, frente el adulto que maneja mejor su dolor porque tiene capacidad para comunicar y pedir ayuda.
- Esta mejor tolerancia ha sido interpretada como que su experiencia dolorosa es menor en comparación a un adulto.
- El aparentar no tener dolor es un mecanismo de defensa para evitar tratamientos y procedimientos que el niño interpreta como causantes de más dolor.

b¹. Los niños (as) no sienten tanto dolor como los adultos

Aclaración del mito:

- Los niños no son adultos pequeños y su respuesta al dolor y su manera de comunicarlo es diferente.
- Existen herramientas específicas para evaluar el dolor de acuerdo a la edad del niño.
- El personal debe estar capacitado para interpretar el lenguaje no solo verbal que el niño utiliza.
- Niños de tan solo 18 meses pueden verbalizar, describir y localizar su dolor.
- En niños mayores de tres años se pueden utilizar escalas.

c¹. Los niños (as) no siempre dicen la verdad acerca del dolor

Aclaración del mito: ¿Por qué los niños niegan el dolor?

- Por miedo.
- Por su pensamiento mágico.
- Por la persona que lo evalúa.
- Por su interpretación del evento doloroso.

d¹. Las inyecciones no son dolorosas

Aclaración del mito:

La inyección, especialmente la intramuscular, es dolorosa y no es la mejor vía de administración de analgésicos.

Todos los niños odian o temen a las inyecciones, especialmente entre los 4 a 10 años debido a que:

- Relacionan la inyección con procedimientos como la aspiración de médula ósea o punción lumbar.
- A diferencia del adulto, no relacionan la inyección con alivio posterior al de su dolor.
- El desconocimiento por el personal de salud en la prescripción de analgésicos es causa frecuente de la aplicación innecesaria de inyecciones.

e¹. Durante los procedimientos, los niños (as) lloran al ser inmovilizados o manipulados y no porque tengan dolor

Aclaración del mito:

Los niños lloran no solo por los procedimientos sino porque tienen o sienten dolor.

- La inmovilización a que se someten durante los procedimientos, puede no ser la única causa del llanto.
- Deberá planificarse adecuadamente los procedimientos, preparando al niño.
- Deberán seguirse estrategias específicas para minimizar el dolor durante los procedimientos.
- Existe una tendencia en el personal de salud a minimizar los cuidados que se deben tener en los procedimientos.
- Deberá cuidarse la integridad y dignidad de todo niño ante cualquier procedimiento.

f¹. La familia conoce todas las respuestas acerca del dolor de los niños

Aclaración del mito:

Los familiares de los niños no siempre conocen todas las respuestas acerca del dolor de estos.

- La ansiedad y el estrés de los padres pueden bloquear su percepción del dolor de los niños.
- Con frecuencia los padres no están educados o preparados para interpretar el dolor en sus hijos.
- Es prioridad del personal de salud capacitar a los padres en este aspecto, ellos son un recurso invaluable en el manejo global del dolor de sus hijos y son un factor de seguridad, confort y distracción para los pequeños.
- El dolor como síntoma puede ser interpretado como avance de la enfermedad, por lo que con frecuencia es negado o minimizado por los padres, con la idea de posponer un desenlace.

g¹. El uso de opioides no es seguro en los niños

Aclaración del mito:

- La adicción, dependencia física y tolerancia no es un problema real en niños y no son justificaciones para no usar opioides.
- La depresión respiratoria no es un problema si se utilizan los opioides en forma adecuada.
- La resistencia al uso de opiodes por médicos y enfermeras en niños, se basa más en mitos, prejuicios y desconocimiento que en evidencia clínica.

h¹. Los niños que se mantienen activos o que duermen es por que no tienen dolor

Aclaración del mito:

- A pesar del dolor el niño puede dormir o mantenerse activo, según su nivel de tolerancia.
- Un niño que esté activo o durmiendo puede sentir o sufrir dolor.
- El agotamiento y cansancio hacen dormir al niño.
- La distracción y actividad física son mecanismo de respuesta al dolor.

D. MANEJO DEL DOLOR

Para la atención integral del dolor, se parte de una estrecha comunicación con el paciente y su familia, además, es necesario hacer una detallada historia clínica, el examen físico completo, una adecuada valoración psicológica, realizar los exámenes de gabinete y laboratorio necesarios para establecer con mayor precisión la etiología del dolor, una evaluación de los resultados del tratamiento y considerar otros métodos del control del dolor si fuera necesario.

Hasta donde sea posible se debe tomar en cuenta los deseos del paciente y su familia, a través de un proceso de información, se deben utilizar métodos lo menos invasivos posible, se debe mantener la vía oral como primera elección para la medicación, se pueden obviar algunas contraindicaciones de fármacos inviolables en otras situaciones, se debe recalcar que de acuerdo a la OMS, la escala analgésica aplicada de manera correcta, tiene una posibilidad de éxito superior al 90% de los casos.

En el anexo No. se incluye la lista de medicamentos básicos de la OMS para el alivio del dolor.

1. Consideraciones en la evaluación del dolor

- Región afectada, localización e irradiación.
- Sistema de la economía afectada.
- Cronología.
- Características temporales.
- Intensidad.
- Factores que lo modifican.
- Etiología.

2. Abordaje terapéutico

a. Tratamiento farmacológico

a¹. Uso de analgésicos.

En los años 80, la Organización Mundial de la Salud estableció un procedimiento sencillo y económico basado en cinco principios, para lograr un eficaz alivio del dolor en el 70 a 90 % de los pacientes. Este método ha sido ampliamente ensayado y su eficacia ha quedado demostrada.

Los cinco principios propuestos por la OMS son:

a². Administración por vía oral

La vía oral sigue siendo la vía de elección para el manejo del dolor, por lo que, hasta donde sea posible, debe mantenerse. Vías alternas son rectal y la sub-cutánea.

b². Administración reloj en mano

Los analgésicos deben administrarse a intervalos determinados, la dosis deberá graduarse de acuerdo con respuesta del paciente. Pueden usarse las dosis rescates que corresponden al 50% de la dosis administrada regularmente. Son dosis adicionales que no alteran la dosis regular.

c². Administración según el sujeto

- No hay dosis estándar para los opioides .
- La dosis adecuada es la que alivia el dolor del sujeto.
- En el caso de los otros analgésicos no opioides sí hay límite, ya que las dosis altas pueden ser tóxicas y provocar efectos secundarios adversos.

d². Atención al detalle

Implica:

- Medicación estrictamente con reloj,
- Dosis de rescate
- Evaluar constantemente la respuesta al medicamento

De ser posible se debe usar tablas u hojas donde se anote la indicación para el paciente y su familia: nombres de los medicamentos, vía de administración, horario y dosis.

b¹. Escala analgésica de la OMS

Este esquema es producto de la propuesta de expertos de la OMS en los años 80, aún está vigente.

- Primer peldaño: Uso de medicamentos analgésicos no opioides, el prototipo es el **acetaminofén**,
- Segundo peldaño: Si el dolor persiste se agrega un opioide débil contra el dolor leve a moderado, en este caso la **codeína o tramadol**.
- Tercer peldaño: Si el dolor persiste(dolor severo), se agrega un opioide fuerte, el estándar es la **morfina**.
- Cuando esté indicado se utilizarán coadyuvantes.

Ver anexo No. 4 Gráfico de la escalera analgésica de la OMS.

Ver anexo No.5 Lista de medicamentos básicos de la OMS para el alivio del dolor.

Ver anexo No.6 Medicamentos de uso frecuente en cuidados paliativos.

3. Consideraciones al prescribir opioides

Antes de prescribir opioides se debe revisar los mitos que tiene el personal o la familia acerca del uso de los Opioides; la exposición previa a esas sustancias por parte del paciente y las indicaciones o contraindicaciones clínicas de estos medicamentos como:

- intensidad y naturaleza del dolor
- compromiso de órganos sobre todo hígado y riñón,
- existencia de enfermedad recurrente,
- condición general del paciente.

Otros aspectos que se deben considerar son:

- La edad del paciente.
- El uso de la escalera analgésica.
- Los efectos secundarios de los opioides y su manejo:
 - Estreñimiento.
 - Náusea y vómito.
- Confusión.
- Depresión respiratoria.
- Efectos raros como síntomas psicóticos.
- Prurito.
- Broncoespasmo.

Ver anexo No.7: Vía, dosis e intervalo de administración de opioides.

4. Guía para el manejo del dolor en pediatría

Cuando se trate a un niño con dolor, es importante que se considere lo siguiente:

a. Recomendaciones

- Trate a cada niño en forma individual.
- Dé importancia a la valoración periódica del dolor.
- Observe y preste atención al lenguaje no verbal y a los signos fisiológicos sugestivos de dolor.
- Prescriba analgésicos adecuados en forma adecuada.
- Utilice tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Si el niño manifiesta dolor a pesar de su abordaje créale. Verifique si la comunicación no es del todo adecuada o si el niño manifiesta incomodidad.
- En caso de distrés, conceda al niño el beneficio de la duda y trátelo como si tuviera dolor.
- Si el niño persiste con dolor revise globalmente todo su esquema, desde las drogas usadas hasta las intervenciones no farmacológicas.

b. Abordaje farmacológico para el manejo del dolor agudo

Existen diferentes esquemas para el manejo del dolor en los niños, sin embargo no es necesario contar, en la mayoría de las veces, con medicamentos que no estén dentro del cuadro básico. Para un manejo adecuado del dolor, solo 4 drogas son necesarias:

- Paracetamol
- Diclofenaco
- Codeína
- Morfina

c. Escalera analgésica pediátrica

Se rige por los mismos principios que en los adultos:

Escalera analgésica

Primer escalón: Dolor leve. Acetaminofén
Segundo escalón: Dolor moderado
Acetaminofén con codeína o Diclofenaco con codeína .
Tercer escalón: Dolor severo: acetaminofén con morfina o diclofenaco con morfina.

Aspectos por considerar en pediatría

- Al igual que en los adultos, el uso de coanalgésicos está indicado según el tipo de dolor.
- La metadona en vez de la morfina y el tramadol en vez de la codeína, están indicados como fármacos analgésicos alternativos.
- No se deben mezclar dos fármacos opioides, como morfina con tramadol, o metadona con tramadol o morfina.
- Las dosis deben individualizarse en cada caso y, siempre que sea posible, iniciar con las dosis mínimas.
- Cuando se usa opiodes, se deben tratar, en forma simultánea, los efectos adversos más frecuentes de estos fármacos.
 - El estreñimiento, con laxantes y aumento de líquidos.
 - La náusea y vómito, con metoclopramida a las dosis adecuadas.

Ver anexo No.8 Medicamentos, dosis y vía para el manejo del dolor en pediatría

5. Métodos no farmacológicos para el control del dolor

Para lograr un adecuado control de dolor, la mayoría de las veces no es suficiente solo el tratamiento farmacológico, la combinación de métodos farmacológicos con métodos no farmacológicos logran una mayor efectividad.

En el libro "Manejo del dolor en el Cáncer" (Salas, y col., 1997) se exponen cuatro tipos principales de medidas no farmacológicas para el manejo del dolor: **terapia conductual, terapia anestésica, métodos quirúrgicos y neuroquirúrgicos y métodos físicos.**

El objetivo de la terapia conductual es promover un mayor control del dolor por medio de la disminución de la desesperación y el desamparo que sienten muchos pacientes con dolor.

a. Terapia conductual (Concepto)

Son los programas de tratamiento activo destinados a mantener o mejorar las Técnicas utilizadas para tratar el componente psicológico del dolor mediante la dispersión de la atención hacia éste. Además rompe el círculo vicioso de:

Dolor ↔ Ansiedad ↔ Tensión ↔ Dolor
Salas y col. 1997

Debe considerarse como una terapia complementaria en todo paciente tratado, aunque su eficacia analgésica es incierta en comparación con otros métodos convencionales.

Tipos de terapia conductual

- Relajación
- Hipnosis
- Musicoterapia
- Psicoterapia conductual-cognitiva
- Biorretroalimentación
- Otras técnicas.

La aplicación de cualquiera de estos métodos debe ser ejecutada por miembros del equipo interdisciplinario de cuidados paliativos, debidamente capacitados.

b. Terapia anestésica

Esta técnica es útil en el tratamiento del dolor localizado. Actúa mediante el bloqueo de las vías nerviosas que llevan la información nociceptiva.

Estos bloqueos pueden ser de dos tipos: temporales y permanentes

a¹. Bloqueos temporales

Se usan anestésicos de corta o de larga duración y pueden emplearse también con fines diagnósticos.

Ej.

Infusión epidural continua o intermitente de anestésicos locales, terapia inhalatoria e inyección en los puntos de gatillo.

La **Infusión epidural** consiste en la aplicación de un anestésico por medio de un catéter colocado en el espacio epidural. Puede ser continua, mediante la bomba de infusión o intermitente, con un reservorio implantado subcutáneamente. Se utiliza para el manejo temporal de síndromes dolorosos difíciles, incluye los producidos por plexopatías lumbosacras. Debe ser aplicada por personal especializado.

En **terapia inhalatoria** se usa el óxido nitroso al 25-75 por ciento, inhalado con oxígeno, para el manejo crónico del dolor en pacientes con progresión tumoral e en fase terminal, especialmente en los casos de dolor incidental o el producido por los procedimientos aplicados al paciente. Su ventaja radica en que no se altera el estado de conciencia y puede asociarse con la administración de opioides sistémicos.

La **inyección en los puntos gatillo** se basa en la administración de solución salina o anestésico local dentro del músculo afectado.

b¹. Bloqueos permanentes

Se basan en la aplicación perineural de sustancias que lesionan el tejido nervioso. Su efecto patológico principal es la desmielinización con degeneración nerviosa secundaria. Este bloqueo se utiliza solo después de comprobar la eficacia del bloqueo temporal, ya que puede darse el fenómeno de protección, mediante aislamiento, de las raíces nerviosas por el tejido canceroso.

Se utilizan agentes como el fenol, el alcohol, la radiación y los congelantes (crioanalgesia), que son los neurotóxicos más comúnmente empleados. El fenol y el alcohol etílico son los más usados, mientras que el sulfato de amonio y el clorocresol son de menor empleo, este último es muy eficaz, aunque produce más complicaciones.

Debe existir una buena comunicación entre el médico, el paciente y su familia, de modo que se conozcan las ventajas y las desventajas del procedimiento, así como su pronóstico y solicitar la firma de un consentimiento informado para efectuar el procedimiento. Esto ayudará al éxito de la terapéutica, ya que puede requerirse de su repetición conforme progresan la enfermedad y la necesidad de analgesia respectiva. Nunca debe subestimarse la opinión de los familiares o del paciente.

c. Procedimientos quirúrgicos y neuroquirúrgicos

Incluyen los procedimientos que inhiben la transmisión de los estímulos dolorosos en forma temporal, usualmente durante dos o tres semanas.

Están indicados en los dolores localizados, ya sean somáticos o de desafienciación. En la siguiente ilustración se muestran las técnicas neuroquirúrgicas para el alivio del dolor canceroso (Adaptado por Salas y cols., 1997)

Ver anexo No.9 Cuadro básico de medicamentos en medicina paliativa del I, II y III nivel de atención, CCSS.

Ver anexo No. 10 Técnicas neuroquirúrgicas para el alivio del dolor por cáncer.

d. Métodos físicos

Acupuntura, acupresión, implantación de electrodos o técnicas de estimulación eléctrica transcutánea (basada en el método de la estimulación eléctrica del tejido nervioso o subcortical.

6. Tratamiento no farmacológico del dolor en pediatría.

El tratamiento no farmacológico en los niños tiene mucha importancia y requiere mucho entrenamiento a las familias.

Métodos más utilizados

- Distracción y juego
 - Imaginería
 - Relajación
 - Hipnosis
 - Medidas físicas como calor o frío
- Terapias complementarias**
- Aromaterapia
 - Masajes
 - Esencias florales

II. OTROS SÍNTOMAS GENERALES



Evaluar y manejar los síntomas generales más frecuentes en el paciente en condición de vida limitada y/o en fase terminal.

El paciente con cáncer es susceptible de sufrir múltiples síntomas además del dolor. Escapa de las posibilidades de este módulo un análisis extenso y detallado de cada uno de ellos. Hemos seleccionado la náusea y los vómitos, el estreñimiento, la disnea y el delirio por ser los más frecuentes y porque están asociados al dolor como causantes de mucho sufrimiento y estrés y van en detrimento de la calidad de vida del paciente y la de su familia.

Existen otros síntomas como la caquexia-anorexia que son muy frecuentes pero cuyo manejo es más complejo y especializado. Sugerimos a aquellos profesionales que quieran ampliar en relación con este tema, la revisión de algunos textos incluidos en la bibliografía.

A. SISTEMA GASTROINTESTINAL

1. Náuseas y vómitos

La náusea y el vómito están presentes en alrededor del 60 % de los pacientes con cáncer terminal y son motivo de incomodidad, tanto para el paciente como para la familia.

La etiología de estos síntomas es multifactorial y su tratamiento involucra aspectos psico-sociales y un amplio conocimiento de los mecanismos de acción de los diferentes fármacos.

a. Abordaje del paciente con náuseas y vómitos

Cuando un paciente presenta este tipo de sintomatología, para un abordaje integral es recomendable enfatizar en los siguientes aspectos:

a¹. Historia clínica

El síntoma se presenta:

- Después de tratamientos.
- Después de comer.
- Por el movimiento.
- Por ansiedad.
- Por olores

b¹. Examen físico y exámenes de gabinete

Descartar:

- lesiones orales
- Síntomas de hipertensión endocraneana
- Metástasis del SNC
- Visceromegalias, masas, obstrucción intestinal
- Impactación fecal
- Ansiedad
- Irritación gástrica
- Síndrome del estómago pequeño
- Hipercalcemia
- Uremia
- Infección urinaria
- Infección pulmonar
- Tos

c¹. Otras causas de náuseas y vómitos

Consumo de medicamentos: opioides, AINES, antibióticos, digoxina, estrógenos y citotóxicos.

d¹. Tratamiento

Medidas generales:

- Corrija las causas reversibles como tos (antitusivos) y la gastritis (antiácidos, antagonistas H2, inhibidores de bomba).
- Evalúe la suspensión de medicamentos: antibióticos, AINES, esteroides, valore rotación de opioides si fuera el caso.
- Trate la constipación.
- Trate la hipertensión endocraneana.
- Trate la hipercalcemia.
- Propicie un medio ambiente tranquilo y relajado.
- Evite los olores u otros factores externos que pueden estar desencadenando las náuseas y los vómitos.
- Fraccione la alimentación, ofrezca pequeñas porciones en lugar de comidas completas.
- Si el paciente es el que cocina, procure que otra persona lo haga por el.
- Evite cualquier alimento que el paciente rechace o le cause náuseas.

Para el tratamiento farmacológico de las náuseas y vómitos, ver el anexo No.10.

2. Constipación

Es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes en condición terminal y su frecuencia es alrededor del 75 %.

a. Constipación

Constipación significa heces duras y evacuaciones menos frecuentes del patrón normal; la defecación es dolorosa, requiere esfuerzo y esta asociada a plenitud abdominal.

Si no se trata puede dar lugar a otros síntomas como anorexia, náusea, diarrea por rebosamiento e incontinencia fecal, retención urinaria, obstrucción intestinal funcional y delirium. Su manejo algunas veces no es sencillo, por lo que requiere medidas manuales como la desimpactación fecal.

b. Causas

- Dieta baja en fibra o ingesta muy reducida.
- Deshidratación.
- Medicamentos: opioides, anticolinérgicos, diuréticos etc.
- Debilidad e inactividad física.
- Depresión, confusión, delirio, coma.
- Hipercalcemia.
- Causas medio ambientales: pérdida de intimidad, inadecuados inodoros.
- Timidez.

c. Abordaje y tratamiento

Cuando un paciente presenta constipación, es recomendable enfatizar en los siguientes aspectos:

a¹. Historia clínica

Investigar el patrón usual de defecación y el actual, el uso de medicamentos y la ingesta de alimentos.

b¹. Examen físico

Incluye una exploración rectal sobretodo si el estreñimiento persiste, si el paciente está aquejado de tenesmo (sensación de plenitud rectal, a pesar de haber defecado) y si hay escape de heces líquidas.

El tacto rectal brinda información sobre presencia de impactación fecal (materia fecal endurecida y grande en el recto) o presencia de masas.

La radiografía simple de abdomen, permite confirmar la presencia de heces retenidas y el volumen de estas, aunque no es estrictamente necesaria.

c¹. Prevención

Tomar todas las medidas necesarias para evitarlo, especialmente en pacientes de alto riesgo como los que toman opioides, pacientes debilitados y encamados, con trastornos de la conciencia, con poca ingesta etc.

d¹. Medidas farmacológicas

La mayoría de los pacientes van a necesitar laxantes, por lo cual, es importante conocer los mecanismos de acción de cada uno de ellos:

a². Laxantes de volumen

Son sustancias indigeribles (fibra), que absorben líquidos y aumentan el volumen y el contenido bacteriano de las heces, lo que genera más volumen. Están contraindicados en pacientes en fase terminal y son eficaces solo cuando la ingesta de líquidos es adecuada, de lo contrario pueden causar obstrucción por impactación.

Ej.

Metilcelulosa o psillium.

b². Laxantes estimulantes

Incrementan la secreción activa de agua y electrolitos desde la mucosa intestinal e inducen la peristalsis, pueden causar cólicos abdominales.

Ej.

Sena, picosulfato de sodio, dantrona y el bisacodilo.

c². Laxantes osmóticos

Causan retención de agua en el intestino delgado y aumentan el volumen de heces que entran en el intestino grueso, como son azúcares que no se digieren en el intestino delgado, la acción bacteriana del intestino grueso las degrada, lo que estimula el peristaltismo a través de los iso ácidos orgánicos que se producen.

Ej.

Loctulosa , sorbitol y sales de magnesio.

d². Lubricantes

Actúan lubricando todo el tracto gastrointestinal, son útiles en pacientes con fisuras anales o hemorroides.

Ej.

Aceite mineral.

e². Agentes tensoactivos

Aumentan el contenido de líquido en las heces y a dosis altas tienen acción estimulante del peristaltismo intestinal.

Ej.

Docusato de sodio.

f². Agentes laxativos

Supositorios de Glicerina: actúan como ablandantes hidrofílicos y formadores de volumen, pueden estimular directamente el peristaltismo rectal.

Supositorios de Bisacodil: estimulantes de contacto, hay presentación oral por vía rectal su efecto es más rápido.

Enemas: los enemas de aceite ayudan a ablandar los fecalitos, se deben retener el mayor tiempo posible. Los enemas de solución salina estimulan directamente el peristaltismo.

g². Gastrocineéticos

Estos fármacos coordinan la actividad entre el intestino delgado y el intestino grueso, tienen muy buen efecto junto con un laxante.

Ej.

Cisaprina y la metoclopramida.

e¹. Medidas no farmacológicas

Hay medidas no farmacológicas que pueden tomarse para prevenir y tratar la constipación, siempre y cuando sea posible:

- Aumento de la actividad física.
- Dieta rica en fibra y líquidos.
- Proporcionar el espacio íntimo de un excusado o retrete.
- Si el paciente está encamado deberá facilitársele un inodoro portátil que se adapte a su condición y, evitar así lastimar su intimidad y dignidad.
- Desimpactación fecal, solo en casos estrictamente necesarios, deberá sedarse al paciente previamente al procedimiento con alguna benzodiazepina.

Ver anexo No. 11 Tratamiento farmacológico para náuseas y vómitos

d. Normas de atención al paciente con constipación, Centro Nacional del dolor. Manual de Normas.

- Todo los pacientes que reciben opiáceos deben recibir también algún tipo de laxante como medida preventiva.
- Cuando ello es posible, la constipación debe prevenirse incrementando la ingesta de líquidos y fibra.
- Se deben corregir las causas reversibles de constipación como la deshidratación, la dieta baja en fibra y la hipercalcemia.
- Siempre se debe realizar tacto rectal y palpación abdominal en los pacientes constipados con el fin de descartar una impactación fecal. Debe recordarse que una ámpula rectal vacía no descarta una impactación alta.
- Debe intervenir rápidamente si el paciente tiene más de 4 días de no defecar.
- Los pacientes inmovilizados y muy debilitados se benefician con el uso de laxantes estimulantes (fenoftaleína, bisacodilo, picosulfato de sodio, cáscara estandarizada de senna, aceite de ricino). Una dosis rectal de bisacodilo en supositorios de 10 mg actúa en 15 a 60 minutos. La cáscara estandarizada de senna se administra a razón de un comprimido VO 1 a 2 veces al día. El aceite de ricino se dosifica a 15 ml VO.
- En los pacientes que ingieren cantidades adecuadas de líquido, son útiles los laxantes de fibra como el Psyllium, 1 a 2 cucharadas VO hs o qid.
- En base al criterio médico, se pueden utilizar laxantes osmóticos como la leche de magnesia 15 a 30 ml VO, la lactulosa 15 a 30 ml VO (particularmente útil en pacientes con insuficiencia hepática) y la solución de citrato de magnesio 200 ml VO.
- Son permisibles las medidas caseras como la linaza, el aceite de oliva, y los enemas con tamarindo o agua dulce con leche.
- En algunos centros se utiliza en forma rutinaria la combinación de un suavizador fecal como el docusato de sodio con un laxante estimulante como el bisacodilo, aumentando progresivamente la dosis hasta llegar a una dosis máxima antes de agregar otro laxante o sustituirlos por otros tipos de laxantes.
- Algunos pacientes pueden requerir diariamente supositorios de bisacodilo, microenemas y/o docusato de sodio.

Concl.

En los pacientes con cáncer, las causas más frecuentes de constipación son los medicamentos, especialmente los opioides, además de la dieta y la inactividad física, por lo que se recomienda la administración de laxantes apropiados y la ingesta de suficientes líquidos.

La prevención de la constipación es fundamental, no hay que esperar a que se presente para tratarlo.

Los laxantes deben administrarse por vía oral siempre que sea posible, en forma regular una a dos veces por día, nunca PRN u ocasionalmente.

Las dosis deben ajustarse a cada paciente, para evitar los efectos secundarios indeseables.

Siempre es recomendable iniciar con un laxante estimulante.

B. SISTEMA RESPIRATORIO

1. Disnea

La disnea es un síntoma muy frecuente, reportada en el 40 % de los pacientes con cáncer en el momento de su admisión y en el 70 % de los pacientes con cáncer de pulmón. Solo del 5 al 10 % de los pacientes presentan disnea severa que los limita enormemente.

a. Tipos de disnea según aparición

Súbita: sugiere arritmias cardíacas, embolia o falla ventricular izquierda secundaria a un infarto.

Gradual (días): sugiere procesos infecciosos o derrames pleurales.

Tórpida (semanas): sugiere crecimiento tumoral, anemia severa o el raro embolismo pulmonar múltiple.

b. Causas de la disnea

La disnea puede ser producida por el cáncer, por causas relacionadas con el cáncer, por causas asociadas con los tratamientos y por otras causas.

a¹. El cáncer

- Derrame pleural
- Obstrucciones bronquiales
- Crecimiento del tumor que reemplaza tejido normal
- Linfangitis carcinomatosa
- Obstrucción mediastinal
- Derrame pericárdico
- Ascitis masiva
- Distensión abdominal.

b¹. Derivadas del cáncer

- Anemia
- Atelectasias
- Embolismo pulmonar
- Enfisema
- Síndrome de caquexia anorexia
- Síndrome vena cava superior
- Debilidad

c¹. Asociada con los tratamientos

Fibrosis inducida por radiación o quimioterapia.

d¹. Por otras causas

- Asma
- EPOC
- Insuficiencia cardiaca
- Acidosis

c. Abordaje y manejo

Para un buen abordaje de la disnea es necesario tomar una historia clínica completa y hacer examen físico orientado a las causas más frecuentes de disnea. La disnea se debe tratar de acuerdo con su probable etiología.

Ej.

- **Anemia severa:** transfusión
- **Insuficiencia cardiaca:** Diuréticos, digoxina etc.
- **Derrames:** Aspiración.
- **Broncoespasmos:** Broncodilatadores.
- **Infección:** Antibióticos.
- **Ascitis:** Paracentesis.
- **Linfangitis carcinomatosa:** Esteroides.
- **Síndrome vena cava superior:** Esteroides, radioterapia.

d. Medidas generales

Otras medidas que pueden contribuir a la disminución de la disnea son:

- **La morfina:** reduce la sensación de disnea y tos, a dosis bajas se logra buen efecto. Disminuye también la taquipnea y la sobre ventilación del espacio muerto. Se puede nebulizar mezclada con suero fisiológico.
- **Los broncodilatadores:** pueden revertir obstrucciones de las vías aéreas insospechadas, también disminuyen o eliminan la disnea.

Ej.

- Las nebulizaciones con salbutamol dan buenos resultados.
- La teofilina y aminofilina reducen la disnea en los EPOC, no solo por su efecto broncodilatador sino también por la mejoría de la función ventricular secundaria a la vasodilatación periférica.
- La teofilina de acción prolongada es una buena alternativa.

Otras medidas que se pueden utilizar para mejorar la disnea son las siguientes:

- Los ansiolíticos como el diazepam.
- Dosis altas de dexametasona.
- La fisioterapia respiratoria.
- La oxigenoterapia: la mayoría de las veces no alivia la disnea pero es un recurso importante como alivio para el paciente y su familia, da sensación de seguridad y de hacer algo para paliar el síntoma.

e. Normas de atención al paciente con Disnea (Centro Nacional del dolor, Manual de Normas)

- El tratamiento siempre debe ir dirigido a la causa subyacente.
- Se debe administrar oxígeno el tiempo que sea necesario.
- El paciente debe reposar en posición de Fowler o semi-Fowler y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva y el broncoespasmo debe ser individualizado.
- Si el paciente no está recibiendo morfina por dolor, ésta a dosis de 2 a 15 mg SC c/3 a 6 h puede reducir considerablemente la sed de aire y el esfuerzo respiratorio en los pacientes terminales.
- La prednisona, a dosis de 10 a 20 mg VO bid o tid, ayuda a disminuir la disnea.
- Las benzodiazepinas como el diazepam y el midazolam deben utilizarse con mucha precaución para no inducir en forma precipitada una depresión respiratoria; sin embargo estos medicamentos sedan al paciente para que no sienta asfixia en sus máximos momentos de angustia.
- Las causas potencialmente reversibles de disnea como los derrames pleurales recurrentes deben de ser referidos al centro hospitalario respectivo para ser tratados adecuadamente, al igual que las complicaciones broncopulmonares, si no existen los medios adecuados para realizar toracocentesis y vigilar al paciente. Sin embargo, en los pacientes cuya expectativa de vida es de pocas horas, queda al criterio del médico si estas complicaciones deben dejarse evolucionar ante la ausencia de posibilidades de recuperación.
- La disnea resultante de ascitis a tensión se debe aliviar con paracentesis, para lo cual el paciente debe ser referido al hospital si no se dan las condiciones adecuadas para hacerla en la clínica.
- La enfermedad pulmonar infiltrativa y los derrames pleurales que no son drenables son más difíciles de tratar, teniendo en estos casos muy pocas alternativas terapéuticas.
- Si la disnea se debe a obstrucción mecánica por una masa de cuello, se debe considerar la traqueostomía en función del grado de recuperabilidad del paciente; si el pronóstico de vida es muy corto y el

deterioro del paciente es muy importante este procedimiento resulta cruento e innecesario.

- Los derrames pleurales recurrentes son tratados con toracocentesis seguida de pleurodesis química. El talco es la sustancia más eficaz y económica para la pleurodesis pero obliga a una toracoscopia con anestesia general. La doxiciclina y la minociclina se pueden instilar en el espacio pleural. Si luego de 48 horas continúa el drenaje por el tubo torácico (más de 100 ml/día) se aplica una segunda dosis de sustancia esclerosante. La bleomicina resulta menos eficaz y más costosa.

Concl.

La buena comunicación con el paciente y la familia es muy importante, ofrece la oportunidad de expresar temores en relación con la disnea. El temor a la muerte por asfixia es muy frecuente, se debe dar una explicación realista de esa posibilidad y ofrecer seguridad y apoyo.

El manejo del entorno, que incluye una habitación bien iluminada y ventilada, junto con recomendaciones específicas para la movilización y las posiciones adecuadas, pueden disminuir los temores y la sensación de muerte eminente al paciente y la familia.

C. SÍNTOMAS NEUROPSIQUIATRICOS

1. Delirio

Es el trastorno cognitivo más frecuente en cuidados paliativos, lo presenta alrededor del 80 % de los pacientes en etapa avanzada. Involucra alteraciones en la atención, concentración, orientación, memoria y el pensamiento. Imposibilita la comunicación y la interacción del paciente con los demás y el medio ambiente.

El término **estado confusional agudo** se utiliza con frecuencia como sinónimo de delirio.

Las causas del delirio son muy variadas. Para efectos de este módulo se puntualizan en las siguientes:

a. Causas del delirio

a¹. Relacionadas con la enfermedad

- Dolor
- Deshidratación
- Insuficiencia renal
- Insuficiencia hepática
- Tumor intracraneal
- Síndrome paraneoplásico

b¹. Relacionadas con el tratamiento

- Sustancias psicotrópicas
- Corticoesteroides
- Quimioterapia

c¹. Otras causas

- Retención urinaria
- Infección
- Fiebre
- Hipoxia

b. Manejo del delirio

Medidas generales

- Ambiente tranquilo, medidas de protección y seguridad física, buena comunicación con el paciente, mantener la rutina diaria.
- Tratar las causas reversibles.
- Evitar la polifarmacia y los medicamentos innecesarios. Revisar todos aquellos que pueden estar relacionados con el síntoma: medicamentos psicoactivos, (sedantes o estimulantes).
- Revisar todos los medicamentos: dosis, frecuencia, interacciones etc y asegurarse de que no se está sobremedicando al paciente.
- Valorar de la rotación de opioides.
- Evaluar el estado de hidratación y actuar en caso de deshidratación: rehidratar al paciente.

El delirio en pacientes con enfermedad avanzada **es una emergencia médica**. Es posible establecer el diagnóstico etiológico entre un 20 a 50 % de los casos, y de éstos, el 50 % son reversibles con el tratamiento adecuado.

Normas de atención al paciente con alucinaciones (Centro Nacional del dolor, Manual de Normas)

- Debe hacerse una buena historia clínica. Si la historia evidencia una patología psiquiátrica previa, el paciente debe recibir atención psiquiátrica especializada.
- Si existen causas orgánicas subyacentes éstas deben ser tratadas.
- Los medicamentos recomendados son el haloperidol y la clorpromazina, evitando el uso de tranquilizantes menores.
- Si se acompañan de confusión y agitación deben aplicarse las mismas medidas descritas para estos problemas.

Concl.

Un paciente con cáncer avanzado puede presentar un cuadro de delirio en cualquier momento, por lo que hay que informar a la familia sobre los signos que debe identificar y reportar.

Los riesgos son: caídas, fracturas y heridas; es el origen de trastornos emocionales y de problemas de comunicación.

Para la familia es causa de estrés y claudicación y para los equipos de salud es causa de errores diagnósticos, riesgo de conflicto con las familias y sobrecargo de trabajo.

2. Depresión

Este tema se desarrolla en el Módulo "Depresión y Ansiedad".

Normas de atención al paciente con depresión (Centro Nacional del Dolor, Manual de Normas)

- Debe darse apoyo psicológico y espiritual al paciente y a todo su núcleo familiar.
- Los pacientes que han sido trabajadores activos deben recibir terapia ocupacional.
- Debe tenerse en mente que la depresión es una respuesta anticipatoria normal ante una muerte inminente en los pacientes terminales, por lo cual se debe valorar el grado de depresión y la necesidad real de medicación.
- Si el paciente está severamente deprimido y está recibiendo antidepresivos tricíclicos a dosis bajas como tratamiento coadyuvante del dolor, éstos deben incrementarse de manera gradual. La amitriptilina tiene efecto sedante y puede dosificarse iniciando con 50 mg hasta 150 mg VO por día en depresiones severas, si bien la dosis terapéutica máxima se reporta hasta 300 mg/día repartidos en varias tomas; antes de decidir si la terapia es inefectiva debe disminuirse progresivamente hasta $\frac{3}{4}$ de la dosis antes de retirarla y sustituirla por otro medicamento. Como segunda alternativa está la imipramina.
- Si está disponible la mejor alternativa es la fluoxetina 20 a 80 mg VO por día, sola o en combinación con antidepresivos tricíclicos.
- Debe evitarse el uso de benzodiazepinas en los pacientes muy deprimidos. Sin embargo en casos leves pueden combinarse benzodiazepinas a bajas dosis con antidepresivos.

CUARTA

U N I D A D

Recursos disponibles en cuidados paliativos

Objetivo General de la Cuarta Unidad

Conocer y utilizar los recursos que existen en el país a nivel institucional y en la comunidad para la atención del paciente terminal y la familia.

I. RECURSOS INSTITUCIONALES



Identificar los recursos disponibles en la CCSS para la atención del paciente terminal y su familia.

A. CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

1. Centro Nacional Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CCSS)

La creación del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de la CCSS (CNDCP), se aprobó por unanimidad en sesión de junta directiva el 8 de abril de 1999, acta No. 7319, artículo 21 (CNDCP, 2003).

Funciones

- Prestar atención a los pacientes adultos que sufren dolor benigno y maligno y a sus familias.
- Capacitar de los profesionales en este campo.
- Desarrollar proyectos de investigación para mejorar constantemente la atención.
- Impulsar la creación de clínicas de control del dolor y cuidados paliativos en el país.
- Promover la creación de fundaciones o asociaciones que apoyen a esas clínicas.
- Por ser un centro nacional, tiene la función de dictar las normas técnicas de funcionamiento para las clínicas del dolor y cuidados paliativos del país.

Servicios al paciente y la familia

- Farmacia
- Psicología
- Nutrición
- Terapia física
- Terapia respiratoria
- Préstamo de equipo para el hogar: camas, sillas de ruedas y andaderas, entre otros.
- **Línea telefónica** para consulta directa de pacientes que ya no pueden asistir al centro, teléfono: 258-5939.

Actualmente, además del Centro Nacional, existe una red de 24 clínicas de control del dolor y cuidados paliativos en el primero y segundo nivel de atención, en instalaciones de la CCSS en todo el país. Tienen a su cargo la atención de los pacientes terminales en consulta externa y visita domiciliar.

2. Red de clínicas de la CCSS

A continuación, se desglosa la red de clínicas de control del dolor y cuidados paliativos de la CCSS:

San José

- Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
- Clínica de Cuidados Paliativos del Hospital Nacional de Niños
- Hospital Escalante Pradilla, Perez Zeledón

Alajuela

- Hospital San Francisco de Asis
- Área de Salud de Alfaro Ruiz
- Hospital de San Ramón
- Hospital DE San Carlos
- Hopital de Upala
- Área de Salud de Atenas

Heredia

- Hospital San Vicente de Paul
- Clínica Belén de Flores
- Clínica de Barva
- Área de Salud de Sarapiquí

Cartago

- Hospital Max Peralta
- Hospital William Allem (Turrialba)

Guanacaste

- Clínica de Cañas
- Hospital de la Anexión, Nicoya
- Hospital Enrique Baltodano, Liberia (en proceso)

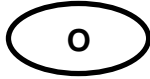
Limón

- Hospital Tony Facio
- Clínica de Cariari de Pococí
- Clínica de Bribri
- Hospital de Guapiles

Puntarenas

- Hospital San Rafael, Puntarenas
- Clínica de Buenos Aires
- Clínica Área Peninsular
- Hospital Max Terán, Quepos

II. RECURSOS EXTRA INSTITUCIONALES



Identificar los recursos disponibles fuera de la CCSS para la atención del paciente terminal y su familia.

A. FEDERACIÓN COSTARRICENSE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Agrupación alrededor de diez centros de cuidado paliativo y control del dolor, acreditados y validados por el Ministerio de Salud.

Su objetivo es unificar criterios de organización de los servicios que brinda cada unidad y el abordaje de los pacientes.

Para mayor información, puede comunicarse al teléfono 223-9615.

B. EL VOLUNTARIADO

En cuidados paliativos, los voluntarios son un recurso muy importante que prestan sus servicios en las clínicas de consulta externa o en el hogar, en apoyo a los equipos de cuidados paliativos.

Voluntario (Concepto)

Es toda persona que de una manera desinteresada, generosa y constante dedica su tiempo libre al servicio de los demás o de intereses sociales colectivos.

La motivación fundamental de los voluntarios es la solidaridad (Sastre y Eguino, 1998).

1. Características del personal voluntario

Entre otras, sobresalen la solidaridad, el respeto, la discreción, la madurez emocional, el no paternalismo, la constancia, la cooperación con el resto del equipo, el asociacionismo, la continuidad, el tiempo libre, la gratitud y la preparación adecuada.

2. Objetivos

- Mejorar la calidad de vida y bienestar del enfermo oncológico en la fase terminal y de su familia, en especial del cuidador primario.
- Brindar compañía al enfermo.
- Ayudar con el descanso físico y emocional del cuidador primario.

3. Actitudes del voluntario

- Calidad humana
- Establecer un clima de confianza con la familia
- Distraer al paciente del pensamiento fijo de la enfermedad, mediante juego, lectura, etc.
- Sustituir, en forma puntual, al cuidador o a los familiares.
- Realizar pequeños encargos (mandados, periódicos, etc).
- Mantener contacto con el equipo responsable del paciente.

C. OTROS RECURSOS

En Costa Rica existe la posibilidad de acudir, entre otros, a grupos religiosos, asociaciones de desarrollo o a personas sensibles y dispuestas a brindar apoyo a este tipo de pacientes y sus familias. El médico general en el primer nivel de atención puede identificar u organizar este tipo de recursos.

Referencias Bibliográficas

Agrafojos Betancor Esperanza et al. **El duelo, modelos teóricos, reacciones normales y patológicas del duelo.** En aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos: La comunicación con el enfermo terminal. Cap. 32 ADES Ediciones, Madrid – España 2000.

Alonso Fernández Carmen. **La comunicación con la familia del paciente en fase terminal: La conspiración del silencio.** En aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. ADES Ediciones mayo 2000 – PP 85 – 97.

IASP, American Pain Society. **Principles of Analgesic Use in Treatment of Acute Pain and Cancer Pain**, third Edition,(1992): 1-41. USA.

Arranz Carrillo de Albornoz Ma. Pilar et al. **Comunicación: El arte de hacer preguntas.** En Enfermería en Cuidados Paliativos. Editorial médica panamericana Madrid España 1998 - PP 223-226

Asociación Internacional para estudios del dolor, IASP.

Bejarano, p. y col. **Morir con dignidad: fundamentos del cuidado paliativo.** Editorial Omega. Colombia, 1992.

Bruera E. **Manejo farmacológico del dolor por cáncer**, Monografía de Cuidados Paliativos: 35-42. Mexico.

Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos. Documento de trabajo. 2003.

Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos. **Manual de normas para el control del dolor y cuidados paliativos del I y II nivel de atención médica.** 2001.

Comité de expertos de la OMS. **Alivio del dolor y tratamiento paliativo por cáncer**, Serie de Informes Técnicos 804, OMS.(1990), Ginebra.

C. Stratton Hill Jr. **Pain control in the patient with cancer, Cancer J for Clinicians**, Vol. 38 (6), 1988.

Díaz Asper Hortensia. **Aspectos Psicológicos de la atención en el niño en fase terminal.** Curso de Perfeccionamiento en Psico-Socio Oncología y Cuidados Paliativos. Instituto Pallium, Buenos Aires – Argentina 2000.

Fishman B, Loscalzo M. **Intervenciones cognoscitivas y conductuales en el tratamiento del dolor por cáncer: principios y aplicaciones**, Clínicas de Norteamérica, 269-284.

Foley K, Payme R. **Terapéutica del dolor**, México: Interamericana Mc Graw-Hill, 1992:1-537.

Foley K. **Síndromes dolorosos en el paciente con cáncer**, Clínicas de Norteamérica.165-169.Marzo 1987.

Gómez Sánchez Marcos. **Atención a la familia: El duelo y el luto**. Curso de Perfeccionamiento en Psico-Socio Oncología y Cuidados Paliativos. Instituto Pallium, Buenos Aires – Argentina 2000 –2001 - PP 481 – 500

Gómez Sánchez Marcos. **La ansiedad ante la muerte, decir o no decir la verdad: Las malas noticias**. En avances en Cuidados Paliativos. Capítulo 32. Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria SL. (GAFOS). Las Palmas de Gran Canaria – España 2003.

Gómez Sánchez Marcos. **Reacciones y fases adaptativas del enfermo y sus familiares**. En avances en Cuidados Paliativos. Gabinete de Asesoramiento y Formación Socio Sanitaria SL. (GAFOS). Las Palmas de Gran Canaria – España 2003 - PP 633 – 657.

Guinovarti Garriga Carme. **La Claudicación Familiar**. En aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. ADES Ediciones mayo 2000 – PP 439 – 453

Jaramillo, Fonnegra Isa de. **Cuando se muere el ser querido**. Publicaciones Fundación Omega. Colombia 1994

Kübler Ross Elizabeth. **Sobre la muerte y los moribundos**. Grupo Grijalbo – Mondadori. Barcelona – España 1994

Lindermann, E. **Sintomatología y manejo del duelo agudo**. American journal of Psychiatry 101, PP 141 – 148

López, Eulalia. **Enfermería en cuidados paliativos**. Editorial Médica Panamericana., España, 1998.

López Imedio, Eulalia. **Enfermería en cuidados paliativos**. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.1998.

Payás Alba (modificado de Worden). **Principios de intervención del proceso de duelo**. Fundación Tornar a Casa. Barcelona - España 1991

Programa de Cuidados Paliativos de la Fundación Mainetti / gdo. 1995. **Conspiración de Silencio**. Traducido de Effective Interaccions with patients 1992 AMN. Foulkner. Seffield VK.

Quesada Tristán Lisbeth. **Cuidados paliativos en pediatría.** En avances en Cuidados Paliativos. Tomo III - Editorial Gafos. Las Palmas de Gran Canaria – España 2003

Quesada Tristán Lisbeth. **El duelo normal.**_Fundación Pro Unidad de Cuidados Paliativos. San José – Costa Rica 1994.

Quesada Tristán Lisbeth. **Los derechos del niño terminal.** San José – Costa Rica.

Salas, I. y colaboradores. **Manejo del dolor en el cáncer.** Primera edición, San José, Costa Rica: editorial UCR, 1997.

Saunders C, Bines M, (1983), Living with Dying. **The management of terminal disease**, England.

S. Shung, R. Dunlop, D. Zech, **Pharmacological Management of Cancer Pain**, Drugs, 43(1), 1992:44-53.

Sutton P, Klan Sher. **El dolor por cáncer se puede aliviar**, Foro Mundial de la Salud, Vol. 11, 1990: 210-214.

Twycross A, Moriarty A, Betts T, (1998:1-182). **Pediatric Pain management, a multidisciplinary approach**, Radcliffe Medical Press. Londres Inglaterra.

Twycross R. **Introducing Palliative Care, second edition**, Radcliffe Medical Press. Londres Inglaterra, (1997: 1-147).

Twycross R. **Pain relief in advanced cancer**, Churchill Livingstone, Londres Inglaterra, 1998: 1-577.

US Department of health and Human services, Public Health Service agency. **Guía clínica N. 9 Manejo del dolor por cáncer**, 1994: 1-207

Anexo No.1

Fisiopatología del dolor.

a. Receptores periféricos del dolor.

- Es posible sentir dolor en todo el cuerpo y en la piel como parte de todos los tejidos.
- No hay estructuras nerviosas definidas en el cuerpo que puedan ser descritas específicamente como receptoras del dolor.
- En vez de ello hay numerosas terminaciones nerviosas mielinizadas y no mielinizadas entrecruzadas.
- Estas terminaciones nerviosas libres atraviesan la piel a través de la dermis y la epidermis.
- La extensión y número de estas terminaciones nerviosas corresponden a la sensibilidad de esa área al dolor.
- Estas terminaciones nerviosas libres son nociceptivas.
- En estructuras profundas como en la córnea, dentina y periostio hay receptores monomodales que responden solo al dolor.
- En la piel hay receptores polimodales que responden a la estimulación por calor, presión, estímulos químicos y dolor.
- Normalmente un estímulo leve se percibe como un toque o como cambio de temperatura, pero si el estímulo alcanza cierto nivel de intensidad, la sensación es de dolor.
- En la inflamación crónica o en síndrome de dolor crónico, estos receptores perciben cualquier estímulo como dolor.
- Las sustancias liberadas por los tejidos en respuesta a daño tisular o torsión son los mediadores del dolor:
 - Iones de potasio e hidrógeno.
 - Histamina.
 - Serotonina.
 - Prostaglandinas y leucotrienos de los tejidos dañados.
 - Bradiquinina de la circulación.
 - Sustancia P liberada en las terminales nerviosas.

b. Tipos de nervios y el dolor

- Los nervios se dividen en tres diferentes estructuras y velocidades de conducción del impulso nervioso:
 - Tipo A (Alfa, beta, gamma y delta)
 - Tipo B
 - Tipo C
- Las fibras A DELTA y C son los nervios específicos para la transmisión del dolor.
- El 80 % de los impulsos se transmiten a través de fibras tipo C, son fibras sin mielina, lentas, responsables de producir una sensación de dolor, difuso y discomfort.
- Las fibras A delta son mielinizadas, de transmisión rápida, dolor incisivo, inmediato.
Las fibras nerviosas periféricas están formadas por el agrupamiento de axones. En los nervios periféricos mixtos, las fibras motoras van al lados de las fibras sensitivas.

c. Transmisión nociceptiva periférica y nervios

- Los nervios son estructuras excitables. La activación se produce por el cambio de potencial eléctrico de la célula (potencial de acción) que genera un impulso nervioso.
- Este impulso nervioso empieza con el cambio de potencial eléctrico y es transmitido a lo largo de toda la célula del nervio que hace sinapsis en el cordón espinal.
- Este impulso nervioso puede entonces ser transmitido a través de una segunda vía nerviosa, pero solo si este produce suficiente cambio en su potencial eléctrico en el segundo axón para producir otro potencial de acción.
- Hay un número de fibras primarias en el origen del segundo nervio que algunas pueden excitar y otras pueden inhibir al nervio, permitiendo modulación del impulso nervioso.

d. Transmisión del impulso nervioso en la médula espinal

Si vemos los nervios periféricos como líneas telefónicas, entonces la médula espinal es la primera estación de relevo. Es también el primer filtro donde se eliminan los mensajes innecesarios o se amplifican los importantes. Las fibras aferentes llegan a la médula espinal vía el asta posterior (dorsal), como una colección de neuronas e interneuronas, ahí se dividen en diferentes vainas que van hacia arriba o hacia debajo de la médula para disociar el impulso nervioso.

En cada nivel de la médula, hay agrupamiento de neuronas que conforman la sustancia gris y forman las láminas de REXED. Las fibras A delta se conectan con las láminas II y III y decruzan la médula para agruparse en haces específicos:

e. Haz espinotalámico y el tracto espinoreticular

- Las Fibras C se conectan en las mismas láminas pero también hacen conexión con muchas otras neuronas:
 - _ Tracto ascendente ipsilateral.
 - _ Interneuronas de nervios musculares.
 - _ Neuronas simpáticas que sirven para reflejos espinales y manifestaciones simpáticas del dolor agudo y crónico.
 - _ Tracto ascendente lento que va a varias regiones del cerebro para sensación dolorosa difusa.

- Las fibras A beta que terminan en la profundidad de las láminas IV y VII descienden en diferentes tractos. Además, hay interneuronas entre todas las láminas.

- Parece ser que hay dos tipos de tractos ascendentes para la transmisión del dolor:
 - El dolor agudo viaja a través de las fibras A delta tracto espinotalámico, tálamo y corteza cerebral.
 - El dolor difuso, viaja a través de fibras C, tracto espinoreticular (entre otros), formación reticular, sistema límbico e hipotálamo.

Todas las vías compiten todo el tiempo para prevenir el estímulo doloroso.

f. Modulación de la transmisión del dolor en la médula espinal.

Hay muchos tractos que pasan a través de la médula espinal, en todos ellos hay puntos específicos donde se filtra el estímulo, lo que determina si este continúa hasta el cerebro o no.

Esta es la base de la teoría de la compuerta propuesta por MELZACK Y WALL en 1965, la cual se basa en el hecho de que la sensación dolorosa es transmitida por fibras A delta y C, hacia la médula espinal donde hace sinapsis con neuronas ascendentes para transmitir el impulso hasta el cerebro. Esta es la condición normal.

Sin embargo, neuronas que no transmiten dolor, como las fibras A beta, pueden evitar la transmisión de dolor de las fibras C, previenen la transmisión sináptica ascendente, y bloquean la sensación del dolor se produce el cierre de la compuerta.

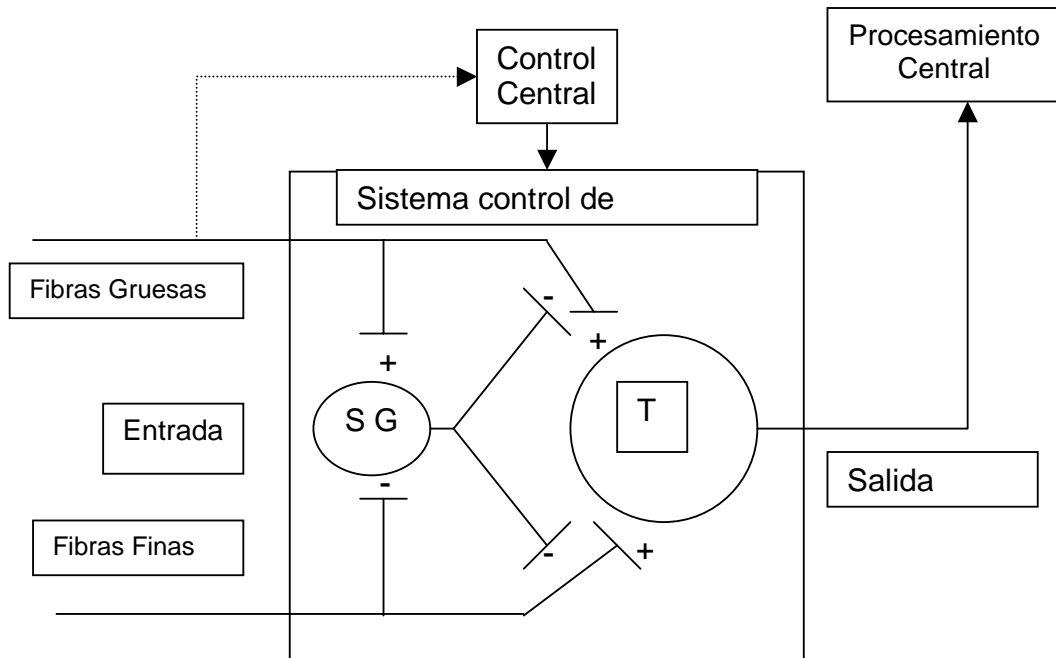
Estímulos provenientes de neuronas no transmisoras del dolor sobre las fibras A delta, pueden ampliar el estímulo doloroso ABRIENDO LA COMPUERTA e iniciando la sensación dolorosa.

La compuerta puede cerrarse por estimulación de vías ascendentes disminuyendo la sensación de dolor.

La compuerta o el mecanismo que permite o bloquea la transmisión del dolor, parece estar controlada por células multisinápticas de transmisión (MTC), cuya actividad depende de los impulsos de fibras inhibitorias y excitatorias. Las emociones y la ansiedad pueden abrir o cerrar la compuerta.

Estímulos repetitivos (intensos) de las fibras C incrementan la excitabilidad de las neuronas e interneuronas en la médula espinal reduciendo el umbral de transmisión de dolor y otras sensaciones, lo cual es conocido o descrito como WIND-UP.

TEORIA DE LA COMPUERTA



g. Neurotransmisores en la médula espinal.

- La sustancia P es el principal neurotransmisor asociado a dolor difuso, mientras que el ácido glutámico está asociado con la transmisión de dolor agudo. El fenómeno de Wind Up está mediado por Ácido Glutámico, N-metil-D-aspartate(NMDA) y la sustancia P.
- Los opioides inhiben la liberación de la sustancia P, por estimulación directa de los receptores opioides, que inhibe la neurotransmisión.
- La adrenalina inhibe la liberación de sustancia P.
- La Ketamina actúa en los receptores tipo adrenalina y también previene la ampliación del dolor presente con la respuesta inflamatoria.
- Los TENS, la acupuntura, el frío etc., estimulan las fibras A beta, lo que causa el cierre de la compuerta y disminuye la sensación dolorosa al cerebro.

h. Vías supraespinales

Hay 4 regiones en el cerebro que actúan como sitios de segundo relevo en la transmisión del dolor: la formación reticular, el sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral.

a¹. Formación reticular

Los nervios del tracto espinoreticular hacen sinapsis aquí y se decruzan nervios en las direcciones ascendentes hacia la corteza y descendentemente hacia la médula. La formación reticular es importante por otros estímulos no dolorosos y por los estados de vigilia y sueño, lo que está relacionado con los estados de alerta ante un estímulo doloroso.

b¹. Sistema Límbico

Es otro sistema de modulación nerviosa. Esta región es importante también como receptora de benzodiazepinas y probablemente, está asociada con sentimientos de ansiedad relacionados con el dolor.

c¹. Tálamo

Es la última de las zonas de relevo antes de que los estímulos dolorosos lleguen a la corteza, aquí es donde se hace una integración del dolor y es el sitio final de modulación.

d¹. Corteza cerebral

El dolor es sentido en esta región en el **giro post central**.

i. Modulación de la transmisión nerviosa por arriba del cordón espinal.

La estimulación eléctrica de la materia gris cercana al acueducto del cerebro medio, produce una inhibición descendente de la transmisión del dolor, idéntica al efecto logrado al introducir morfina en la médula espinal. Las vías son corticotálamicas, núcleo rafe y tronco posterior descendente de la médula espinal.

El neurotransmisor de estas vías es la serotonina 5 HT, pero también están involucrados receptores opioides, los cuales son importantes en la formación reticular y el sistema límbico ya que causan sedación y reducen la ansiedad. Estas vías actúan también abriendo y cerrando la compuerta.

j. La nocicepción: sus procesos.

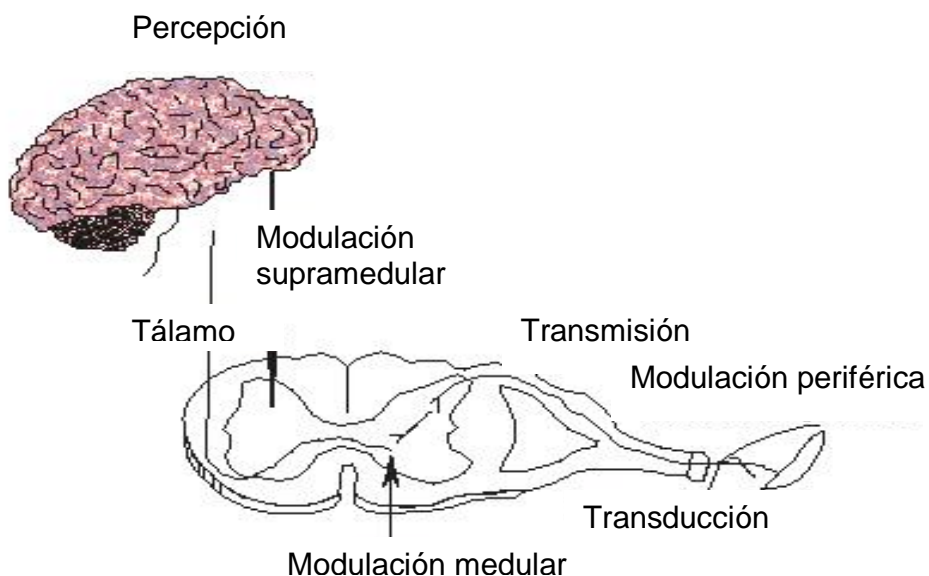
La nocicepción es una serie compleja de hechos electro-mecánicos entre el sitio activo del tejido dañado y la percepción de dicho daño.

La nocicepción comprende cuatro procesos neurofisiológicos conocidos como:

- **Transducción.** Proceso por el cual los estímulos nóxicos son convertidos en una actividad eléctrica de las terminaciones nerviosas sensoriales, por medio de receptores específicos.
- **La transmisión.** Propagación de los impulsos a través del sistema sensorial.
- **La modulación.** Proceso por el que la transmisión nociceptiva es modificada a través de diversas influencias neurales a distintos niveles del neuroeje (ganglio de la raíz posterior, médula etc.).
- **La percepción.** Proceso final por el cual la transducción, la transmisión y la modulación interactúan con la psicología del individuo para crear la experiencia emocional y como tal, subjetiva que se percibe como dolor.

La siguiente figura ilustra el proceso de la nocicepción

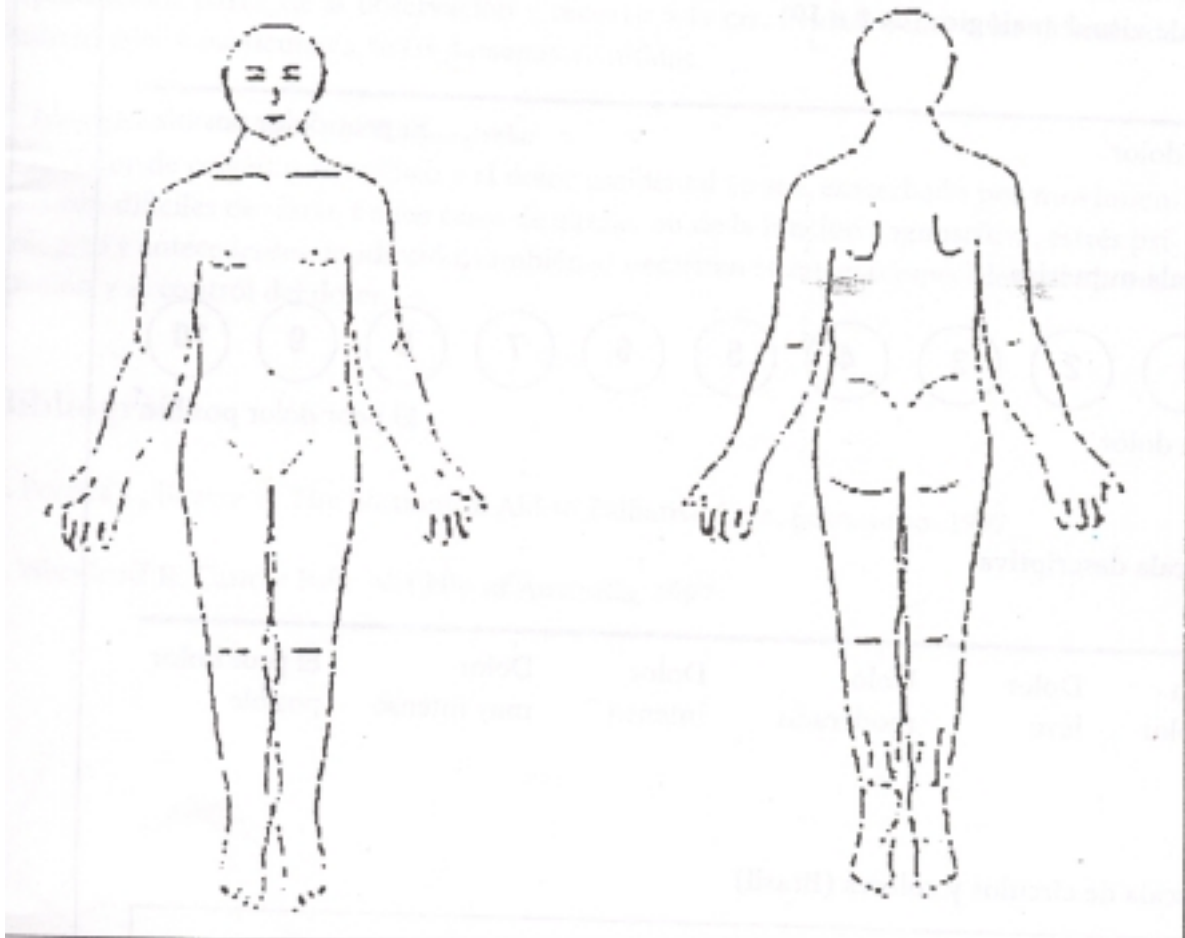
MECANISMOS DE LA NOCICEPCION



Anexo No.2

Método sencillo para que el paciente pueda indicar o localizar el sitio del dolor.

Figura 1. Método sencillo para que el paciente pueda indicar o localizar el sitio del dolor



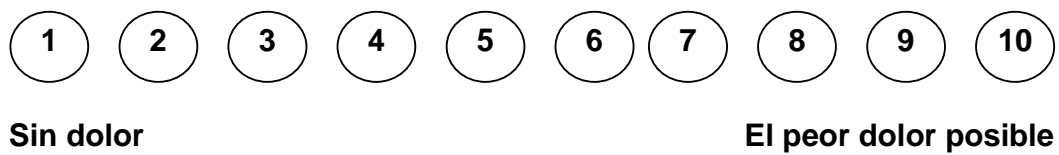
Anexo No.3

Escalas para medición de la intensidad del dolor.

1. Escala visual analógica



2. Escala de valores numérico



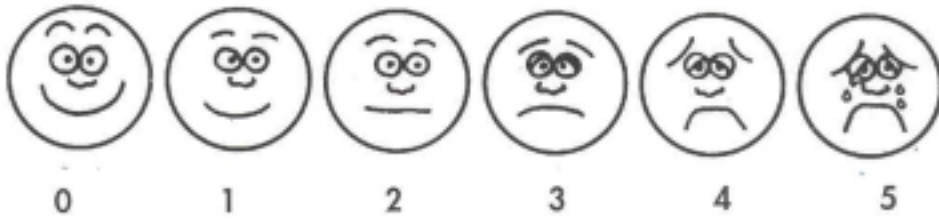
3. Escala de descriptores verbales



4. Escala frutal analógica



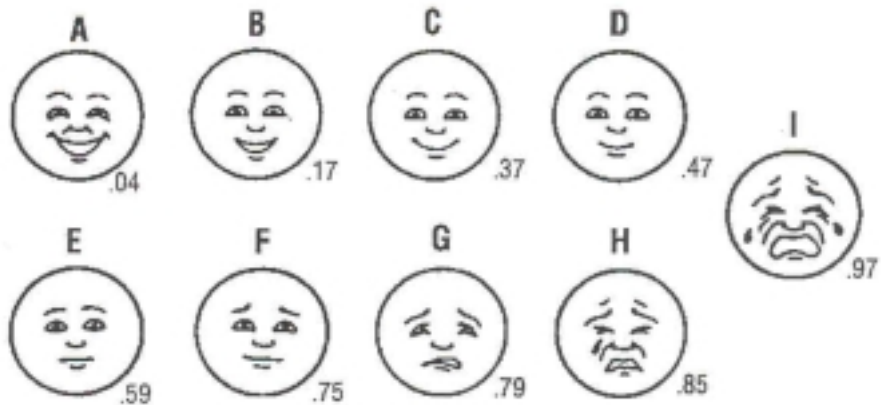
5. Escala facial del dolor



Variante



6. Escala de caras para evaluar la dimensión afectiva del dolor en niños



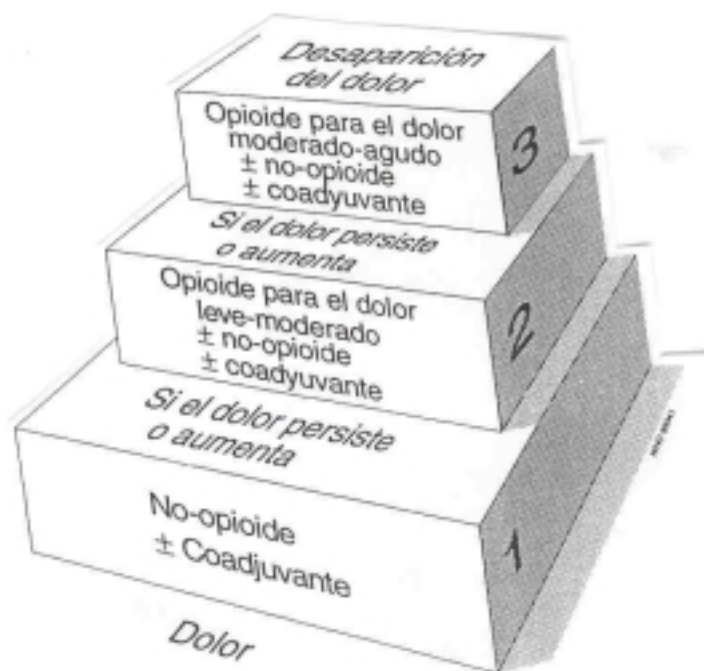
Anexo No.4

Medicamentos básicos.

LISTA DE MEDICAMENTOS BÁSICOS DE LA OMS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR		
CATEGORÍA	MEDICAMENTO BASICO	ALTERNATIVAS
No opioides	Acido acetilsalicilico. Paracetamol Ibuprofen Indometacina	Naproxeno Diclofenac diflunisal
Opioides para dolores leves a moderados.	Codeína	Dihidrocodeína Dextropropoxeno Tramadol.
Opioides para dolores de moderados a severos.	Morfina	Metadona Hidromorfona Oxicodona.
Coadyuvantes		
Antidepresivos	Amitriptilina	Imipramina
Anti-convulsivantes	Carbamazepina	Ac. Valproico
Corticosteroides	Prednisona Dexametasona	Betametasona.
Antagonista opioide	Naloxona	

Anexo No.5

Escalera analgésica de la OMS.



Anexo No. 6

Medicamentos de uso frecuente en cuidados paliativos.

Características principales de los antiinflamatorios no esteroideos

Medicamento	Dosis propuesta	Precauciones
Aspirina	250-1000 mg cada 4-6 horas	Diátesis hemorrágica (sobre todo si se da con anticoagulantes), hipersensibilidad (15%) síndrome de Reye (no se recomienda en niños). Más de 4 g al día solo aumentarán los efectos secundarios.
Indometacina	75-200 mg cada 8-12 horas	Cefalea, mareos, confusión, pancreatitis, hepatitis, hipersensibilidad (reacción cruzada con aspirina 100%)
Ibuprofeno	200-400 mg cada 4-6 horas	Se tolera mejor. Existe hipersensibilidad. Dosis máxima 2400 mg por día
acetaminifén	500-1000 mg cada 4-6 horas	Toxicidad hepática. Se recomienda una dosis total diaria menor de 6 gramos.
Sulindaco	300-400 mg cada 12 horas.	Las mismas de los AINES, pero menos severas.
Diclofenaco	75-200 mg cada 6 horas.	Las mismas de los AINES.
Piroxicam	20-40 mg por día.	Las mismas de los AINES.
Tenoxicam	20 mg cada 12 horas.	Las mismas de los AINES.
Clonixinato de lisina	125 mg cada 8 horas.	Prácticamente, carece de los efectos indeseables de los AINES, con excepción de los gastrointestinales.
Nabumetona	500 mg cada 12 horas.	Las mismas de los AINES, pero, menos toxicidad gastrointestinal.

Tomado de Salas y col., 1997. pág.45

Anexo No.7

Vía, dosis e intervalo de administración de opioides

Opioide	Vía	Dosis	Intervalo
Morfina	Oral	10-20 mg	Cada 4 horas
Morfina	IM (otras vías: IV, SC, epidural, rectal, intrarectal)	5-10 mg	Cada 4 horas
Hidromorfona	oral	2-4 mg	Cada 4 horas
Hidromorfona	IM (otras vías: SC, IV, rectal)	1-2 mg	Cada 4 horas
Meperidina	Oral	100-200mg	Cada 3-4 horas
Meperidina	IM (otras vías: SC, IV)	40-80 mg	Cada 3-4 horas
Metadona	Oral	10-20 mg	Cada 8 horas
Metadona	IM (otra vía: IV)	5-10 mg	Cada 8 horas
Levorfanol	Oral	4 mg	Cada 4-7 horas
Levorfanol	IM (otras vías: SC, IV)	2 mg	Cada 4-6 horas
Oxicodona	Oral	30 mg	Cada 3-5 horas
Oxicodona	IM	15 mg	-----
Codeína	Oral	200 mg	Cada 4-6 horas
Codeína	IM (otra vía: SC)	120-130 mg	Cada 4-6 horas
Oximorfona	IM	1 mg	Cada 4-6 horas
Oximorfona	Rectal	10 mg	Cada 4-6 horas
Fentanilo	IV (otras vías: IV, epidural, intrarectal, transdérmica, transmucosal.	0.5 mg	-----

Tomado de Salas y col., 1997. pág.53

Anexo No.8

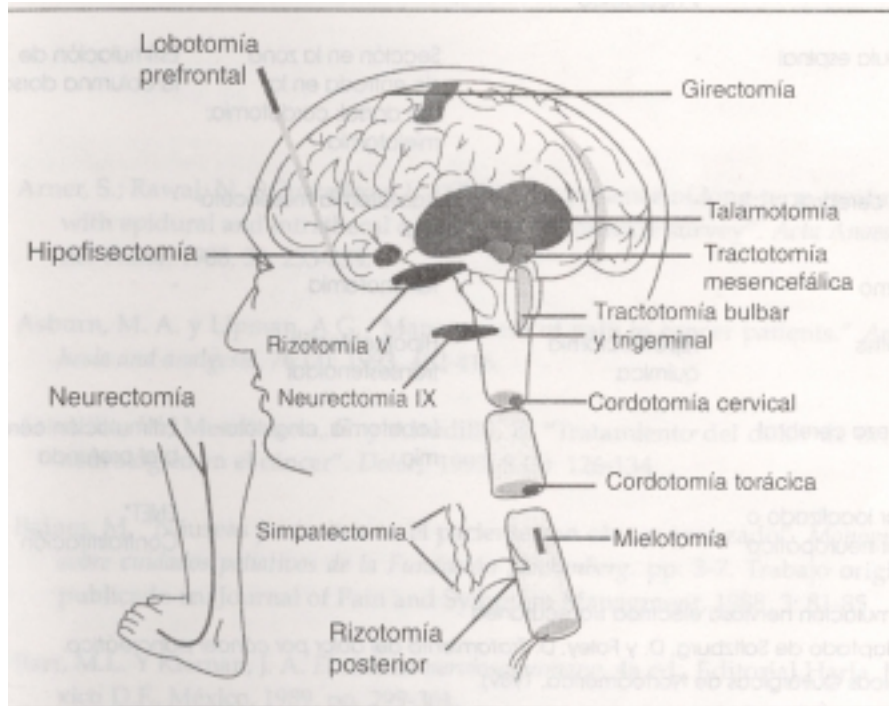
Medicamento, dosis y vía para el manejo del dolor en pediatría

Medicamento	Dosis oral	Dosis rectal	SC/ IV	Infusión.
Paracetamol	15-20 mgrs/Kgrs dosis cada 4 hrs	35 mgrs/kg dosis cada 4 hrs	-----	-----
Diclofenaco	1 mgrs/kg/dosis cada 8 hrs	igual	-----	-----
Fosfato de Codeína	1 mgrs/kg/dosis cada 8 hrs	igual	igual	-----
Morfina en niños mayores de 6 meses	0.1-0.2 mgrs kgr/dosis cada 4 hrs	igual	igual	5-30 microgramos Kgr/hora
Morfina en niños menores de 6 meses	0.1 Mgr Kgr/dosis cada 8 hrs	igual	igual	5-10 micrograms Kgr/hora

Recomendación de los autores

Anexo No.9

Técnicas neuroquirúrgicas para el alivio del dolor canceroso



Anexo No.10

Tratamiento farmacológico para náuseas y vómitos Medicamentos básicos.

Origen de la nausea y vomito	Fármaco de elección
Area quimiorreceptora del vómito.	Haloperidol(primera elección) 0.5 a 2 mgrs c/8-12 hrs vo o sc Metoclopramida 10 a 20 mgrs C/4-6 hrs vo o sc.
Centro del vómito	Hisocina 10 mgrs c/6-8 hrs Dimenhidranato 50-100 mgrs c/6-8 hrs. vo,iv.im Hidroxicina 50-100 mgrs c/6-8 hrs.vo.iv.im Ciclicina 50-100 mgrs c/6-8 hrs.vo,iv,im,sc
Tracto gastrointestinal	Metoclopramida 10-20 mgrs c/4'6 hrs vo,sc Ondansetron 8 mgrs c/8-12 hrs vo iv
Corteza cerebral	Benzodiacepinas.

Dexametasona

Es un medicamento ampliamente usado en el manejo de la náusea y el vómito en el paciente con cáncer avanzado.

Su mecanismo de acción no esta muy claro, se cree que actúa a nivel periférico.

Algunos centros recomiendan la aplicación de dexametasona entre 8 a 12 mgrs por día SC junto con otros medicamentos de acuerdo con su etiología en todo paciente con cáncer avanzado.
(Recomendación de los autores)

Anexo No.11

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS EN MEDICINA PALIATIVA DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

Medicamentos Nivel de Vía

Coadyuvantes Atención Médica Presentación Administrativa

- Dimenhidrinato I-II-III Tabletas /50 mg Oral
Ampollas 5 mg/cc Intramuscular
- Haloperidol II-III Tabletas /5 mg Oral
Gotas 15/ml
Ampollas 5 mg/cc Subcutánea /IM
- Clorpromazina II-III Tabletas/100mg Oral
Ampollas 50 mg/cc Intravenosa
2cc Subcutánea
- Metoclorpramida I-II-III Tabletas/10 mg Oral
Ampollas / 10mg Intravenosa
Subcutánea /IM
- Hioscina I-II-III Tabletas / 10mg Oral
Ampollas /5mg Intravenosa
Subcutánea /IM
- Imipramina I-II-III Tabletas /25mg Oral
Tabletas /10mg
- Carbamazepina I-II-III Tabletas /200mg Oral
Ácido Valproico II-III Tabletas /250mg

Suspensión: Oral

20% Frasco 40ml

- Clonazepán I-II-III Tabletas /2mg

Gotas 2.5mg/cc Oral

Suspensión 10ml.

- Difenilhidantoina I-II-III Cápsulas/100mg

Suspensión 125mg/5cc Oral

- Lorazepán I-II-III Tabletas /2mg Oral
- Diazepán I-II-III Tabletas/5mg Oral

Ampollas 10mg Intramuscular

Intravenosa

- Indometacina I-II-III Cápsulas /25mg Oral

Supositorios /100mg Rectal

- Xilocaina 10% II-III Spray Aplicación

Tópica

- Gabapentina II-III Cápsulas de 300 mg Oral
- Pamidronato Disódico II-III Frascos- Ampollas de Intravenosa

45 mg

- Xilocaina 2% II-III Ampollas /100mg Intravenosa
- Midazolán II-III Frasco-5mg/cc Intravenosa

Subcutánea /IM

- Ketamina II-III Frasco-10mg/cc

Frasco-20mg/cc Subcutánea /IM

- Difenhidramina I-II-III Tabletas 50/mg Oral

IM

- Dexametasona I-II-III Suspensión-Frasco
12.5 mg/5cc.
Ampolla /4mg Intravenosa
Subcutánea /IM.
- Sulindaco I-II-III Tabletas/200mg Oral
- Acetaminofén I-II-III Tabletas/500mg Oral
Supositorios /300mg Rectal
Jarabe 60ml, 120mg/5ml Oral
- Famotidina I-II-III Tabletas /40mg Oral
- Crema de Rosas I-II-III Crema/30mg Tópico
Membranas I-II-III Parche 18.9 cm x 19.5cm Tópico
- Hidrocoloide
- Aceite Mineral I-II-III Frasco 120 ml Oral
- Nistatina I-II-III Suspensión gota /30 ml Oral
/100.000 U.I./ml
- Colestiramina II-III Polvo para suspensión Oral
sobres de 4.5 a 9g.
- Neomicina I-II-III Cápsulas o Tabletas Oral
/250mg-300mg
AD-1 I-II-III Polvo, frasco/120g
- Cimetidina I-II-III Inyectable ampolla Oral
2 ml./300mg
- Óxido de Zinc I-II-III Crema Tubo/50-60 g Tópico
o crema ½ o 1 kg (paidos)

* Estos medicamentos pueden ser entregados para uso domiciliario en los diferentes niveles de atención de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

De los autores y autoras

Juan Carlos Irola Moya

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, entrenamiento especializado en Cuidados Paliativos y control de dolor en Colombia (Fundación Omega), Instituto Nacional de Cancerología de México y del International School of Cancer Care, Oxford Inglaterra. Durante los últimos diez años de su carrera los ha dedicado a los cuidados paliativos; fue fundador de la primera unidad de cuidados paliativos del país en Cartago, en el Área de Salud del Guarco; implementó el Programa de Atención Domiciliar PAD, para la asistencia de pacientes con condición de vida limitada, ha trabajado en docencia y actualmente coordina el Curso Especial de Posgrado en Cuidados Paliativos.

María de los Ángeles Arce Carranza

Licenciada en psicología, Universidad de Costa Rica, curso de Posgrado en Psico-Socio-Oncología y Cuidado Paliativo de la Universidad de El Salvador, Pallium y Oxford International Center, Buenos Aires, Argentina. Con diez años de experiencia en el manejo de procesos de duelo, cuatro años de laborar para la Fundación Pro Unidad de Cuidado Paliativo como psicóloga en la atención de niños, con condiciones de vida limitada y terminales y a sus familias. Experiencia en la realización de talleres vivenciales de procesos de duelo.

Autoridades Institucionales

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

DR. ELISEO VARGAS GARCÍA

Presidente Ejecutivo

DR. HORACIO SOLANO MONTERO

Gerente Médico

DR. JUAN CARLOS SÁNCHEZ ARGUEDAS

Gerente Modernización

LICDA. NORMA MONTERO GUZMAN

Coordinadora

Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

DR. LUIS ARTURO BOZA ABARCA

Director Ejecutivo

Centro de Desarrollo Estratégico e Información de Salud y Seguridad Social
(CENDEISSS)

DRA. NURIA BAEZ BARAHONA

Coordinadora

Sub Área de Posgrados y Campos Clínicos

CENDEISSS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

DR. GABRIEL MACAYA TREJOS

Rector

DRA. LEDA MUÑOZ GARCIA

Vicerrectora

M.Sc. CLAUDIO VARGAS

Director Sección Extensión Docente

Vicerrectoría de Acción Social

DRA. MARÍA PÉREZ YGLESIAS

Decana

Sistema de Estudios de Posgrado

M.Sc. ALCIRA CASTILLO MARTÍNEZ

Directora

Escuela de Salud Pública

DRA. ILEANA VARGAS UMAÑA

Directora

Maestría en Salud Pública

Instructivo

Tarea:

Usted y su equipo son solicitados en el hogar del señor Domingo de 43 años de edad, porque presenta disuria súbita moderada. Domingo es un obrero que no puede trabajar por sus problemas de salud, él tiene un cáncer de pulmón. Está casado con Ofelia que tiene 38 años de edad y tiene dos hijos, Federico y Mauro de 9 y 14 años respectivamente. Fue dado de alta en el servicio de Oncología porque no hay posibilidad de tratamiento curativo. Domingo no conoce su pronóstico y le pidió información a su esposa pero ella no le revela la verdad y le afirma que siempre debe haber esperanza.

Ofelia no tiene trabajo remunerado y se están manteniendo con ayuda de amigos y familiares.

Federico y Mauro se han trasladado a casa de la abuela materna desde el inicio de la enfermedad y Ofelia recibe quejas de su madre por el comportamiento del Mauro que se ha “vuelto inmanejable”

Con base en lo anterior realice lo siguiente:

Diseñe una estrategia de intervención.

Elabore un resumen de recomendaciones por considerar para el control de la disnea.

Plantee por escrito las acciones y procedimientos que propondría.