

1

Fascículo

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PNA

Trabajo interdisciplinario, comunicación,
hidratación subcutánea, náuseas y vómitos,
cavidad oral y úlceras por presión

Terapéutica Racional en
Atención Primaria de la Salud

TRAPS

Cuidados Paliativos en el PNA

Fascículo 1

- Trabajo interdisciplinario y colaborativo.
- Comunicación en Cuidados Paliativos.
- Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea.
- Náuseas y vómitos.
- Cavidad oral y úlceras por presión.

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN: Ing. Mauricio Macri

SECRETARIO DE GOBIERNO DE SALUD: Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

SECRETARIO DE COBERTURAS Y RECURSOS DE SALUD: Dr. Luis Alberto Giménez

Índice

Página

• Introducción.....	4
• Cuidados paliativos	5
○ Evaluación de necesidades.....	6
• Prácticas esenciales de cuidados paliativos.....	
○ Trabajo interdisciplinario y colaborativo.....	9
○ Comunicación en Cuidados Paliativos.....	11
○ Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea.....	17
○ Náuseas y vómitos.....	23
○ Cuidado de la cavidad oral.....	28
○ Úlceras por presión.....	29
• Actividad 1.....	33
• Anexo 1: Escala para evaluación funcional y cognitiva.....	34
• Anexo 2: Imágenes vía subcutánea.....	37
• Anexo 3: Clave de respuestas de la Actividad 1	38
• Bibliografía.....	39

Introducción

El presente fascículo es el primero de la serie *Cuidados paliativos en el Primer Nivel de Atención* correspondiente al programa de capacitación “Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud” (TRAPS), implementado por la Secretaría de Gobierno de Salud a través de la Coordinación de Medicamentos Esenciales.

TRAPS se desarrolla a través de cursos y actividades de capacitación semipresenciales y virtuales, destinadas a los profesionales de salud que se desempeñan en centros de atención primaria de todo el país. Aborda los problemas de salud más frecuentes en el primer nivel de atención, promoviendo el uso racional de los medicamentos. Los materiales pedagógicos de TRAPS se organizan en fascículos que tratan de manera práctica y accesible toda la información necesaria sobre estos temas. Se incluyen también ejercicios y actividades de comprensión y aplicación que permiten profundizar los contenidos trabajados.

Todas las series comprenden un primer Fascículo General el cual contiene temas que son transversales a todas las series. Los temas que se incluyen en dicho fascículo general son:

- Terapéutica Racional en el primer nivel de atención (TRAPS).
- Programa de capacitación en TRAPS.
- Medicamentos esenciales.
- Historia Clínica orientada al problema.
- Codificación de los problemas de salud (CEPS-AP y CIE-10).
- Farmacovigilancia y seguridad de los medicamentos.
- Adherencia terapéutica.

“Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención” tiene como objetivo brindar información práctica, actualizada y basada en la evidencia, sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas para la prevención y tratamiento de las infecciones prevalentes en atención primaria. La presente serie sobre “Cuidados Paliativos en el primer nivel de atención” se compone de los siguientes fascículos y temas al momento de la presente edición, pudiéndose agregar o modificar el tema en próximas ediciones.

Serie: Cuidados Paliativos en el primer nivel de atención

Fascículo 1:

- Introducción
- Evaluación de necesidades
- Trabajo interdisciplinario y colaborativo
- Comunicación en Cuidados Paliativos
- Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea (SC)
- Náuseas y vómitos
- Cavidad oral
- Ulceras por presión

Fascículo 2:

- Constipación
- Disnea
- Dolor
 - Urgencias
 - Compresión medular aguda
 - Síndrome de vena cava superior
 - Hipercalcemia
 - Hemorragias
- Delirium
- Cuidados en la etapa final de la vida.

Cuidados Paliativos

El cambio en los patrones de morbilidad y el aumento de la expectativa de vida de la población determinaron un aumento en el número de pacientes que cursan Enfermedades con Riesgo de Vida en Estadio Avanzado (ERVEA) como por ejemplo cáncer, VIH, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, hepáticas y renales entre otras.¹

Estos pacientes tienen múltiples síntomas y problemas de salud, psíquicos y emocionales sociales y existenciales; están expuestos al sufrimiento por un período variable de tiempo (días, meses, a veces años) con declinación clínica y progresiva, lo cual tiene importante repercusión en sus familias.

El paciente y su familia componen una unidad de tratamiento (UT) con necesidades específicas que requieren evaluación y tratamiento².

Minimizar el sufrimiento de la mejor manera posible es un objetivo de la Medicina y un derecho de los pacientes, pero el modelo médico actual se centra casi exclusivamente en la cura de las enfermedades y no otorga la importancia suficiente al control del sufrimiento.

El Cuidado Paliativo (CP) reconoce la importancia de la cura y también del control del sufrimiento; propone complementar el modelo curativo con la consideración y utilización de todas las oportunidades posibles para mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno.³

Cuidado Paliativo es un modelo asistencial que tiene como propósito mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan enfermedades potencialmente letales y la desus familias. Se focaliza en la prevención y el control del sufrimiento a través de la identificación precoz, evaluación y tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y existenciales.⁴

La naturaleza y la importancia del CP como un componente esencial de la atención es cada vez más reconocido por los profesionales de la salud, la comunidad y los responsables de la planificación sanitaria. En Argentina la evolución del CP en últimos 20 años ha sido muy significativo, sin embargo, se estima que sólo lo reciben entre 1–5 % de los pacientes que lo necesitan. La mayoría de nuestra población no tiene acceso adecuado al CP, lo que se traduce en sufrimiento innecesario.

La disponibilidad y la accesibilidad todavía son limitadas; las causas de este déficit son numerosas, pero una de ellas es que la mayoría de los servicios de CP se encuentran en los centros de atención de segundo y tercer nivel de complejidad.

Es importante considerar que el 70 % aproximadamente de las personas que requieren cuidados paliativos pueden ser tratados en forma ambulatoria en el primer nivel de atención por médicos de familia, clínicos y/o enfermeros que hayan adquirido las competencias básicas de CP. El resto de los pacientes (30 %) pueden presentar problemas de mayor complejidad que requerirán la intervención de equipos especializados en cuidados paliativos.

El propósito de esta capacitación es brindar los conocimientos básicos de CP para que los profesionales del primer nivel de atención puedan incorporar los principios y técnicas de CP en sus tareas habituales de asistencia de pacientes con ERVEAs.

Durante esta serie de Cuidados Paliativos trabajaremos bajo el marco propuesto por el IAHP (International Hospice of Palliative and Hospice Care), siguiendo los temas que figuran en la Lista de Prácticas Esenciales de Cuidado Paliativo. Este listado incluye las prácticas esenciales

¹ The solid facts. Palliative Care. Ed. Davies E, Higginson IE. World Health Organization Europe. 2004.
<http://www.euro.who.int/>

²Field, J. and Christine K. Approaching death: improving care at the end of life. Committee on Care at the End of Life, Division of Health Care Services. Institute of Medicine ; Cassel Editors. National Academy Press, Washington, D.C. 1997

³ WHO. National Cancer Control Programs: Policies and Managerial Guidelines, 2nd Ed. Geneva: WHO, 2002

⁴Wenk R, Bertolino M. Palliative care development in South America: a focus on Argentina. J Pain Symptom Manage. 2007 May;33(5):645-50

de cuidados paliativos que pueden ser provistos por médicos y enfermeros, y que reúne la mayoría de las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del cuidado de los pacientes y sus familias.⁵

Prácticas esenciales de cuidados paliativos

1. Trabajo interdisciplinario y colaborativo
2. Comunicación en Cuidados Paliativos
3. Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea
4. Náuseas y vómitos
5. Cuidado de la cavidad oral
6. Ulceras por presión
7. Constipación
8. Disnea
9. Dolor
10. Urgencias
 - Compresión medular aguda
 - Síndrome de vena cava superior
 - Hemorragias
11. Delirium
12. Cuidados en la etapa final de la vida.

El Cuidado Paliativo (CP) es una modalidad de atención integral que asigna gran valor a la evaluación multidimensional del paciente y de su familia. Se considera fundamental reconocer los distintos factores que son significativos y comprender cómo interactúan e influyen en la evolución de la enfermedad.

La evaluación facilita la identificación de problemas y necesidades, los que son manifestados por el paciente, la familia y/o los detectados por el equipo de salud.

La identificación y evaluación de necesidades o problemas activos en cada área de evaluación y su análisis integral permite plantear las acciones posibles e implementar las estrategias de intervención correspondientes.

El propósito de la evaluación multidimensional⁶ es analizar objetivos terapéuticos posibles de acuerdo con el pronóstico, la evolución y los recursos disponibles. Se trata de diferenciar objetivos curativos de objetivos de alivio o soporte.

En la evaluación se deben considerar los diferentes aspectos mencionados en la siguiente tabla:

Tabla N°1: Unidad de tratamiento: paciente-familia con características únicas según edad, género, cultura, biografía

Patología	Aspectos físicos	Aspectos psicológicos	Aspectos sociales
-Tipo y fecha de diagnóstico -Pronóstico -Co-morbilidades	-Intensidad del dolor y otros síntomas -Capacidad funcional y autonomía	-Emociones, vínculos -Humor, estado cognitivo -Trastornos psicológicos	-Cambios de roles -Finanzas -Familia y redes comunitarias
Aspectos	Aspectos prácticos	Aspectos de fin de	Duelo

⁵ International Association for Hospice and Palliative Care. IAHPC List of Essential Practices in Palliative Care. Houston: IAHPC Press, 2012

⁶ Fuente: Adaptada de Ferris F, y col. A Model to Guide Hospice Palliative Care: Base on National Principles and Norms of Practice. Canadian hospice Palliative Care Association, 2002

Espirituales		vida	
-Creencias	-Actividades de la vida diaria	-Preferencias y posibilidades de atención	-Apoyo en duelo normal
-Sentido de la vida	-Accesibilidad a atención profesional	-Directivas anticipadas (No reanimación)	-Detección de duelo complicado; derivación a psicología.
-Esperanza	-Accesibilidad a Medicación	-Legados, necesidades de la familia	
-Religión y rituales			

Fuente: Patty W. Palliative Medicine Pocket Companion. The Basics. The Institute for Palliative Medicine. San Diego Hospice. Pág.9:2009

Aspectos físicos

Identificar y registrar la presencia e intensidad de los síntomas, posibles causas o factores generadores. Potenciales complicaciones que requieran interconsulta o derivación.

Aspectos psico-espirituales

Evaluar el conocimiento y la comprensión del diagnóstico, de la posible evolución de la enfermedad y de las expectativas con los tratamientos. Valorar el humor, los factores de estrés y posibles desordenes psicológicos (depresión, ansiedad, trastornos de adaptación, trastornos cognitivos o delirium).

Indagar sobre personalidad previa y adaptación a las dificultades. Evaluar los antecedentes psicológicos o psiquiátricos de riesgo, las redes de apoyo, los recursos religiosos y espirituales.

Aspectos sociofamiliares

Evaluar la dinámica y los recursos en la organización familiar, las posibilidades de apoyo económico y de ayuda en la tarea de cuidar al paciente. Considerar el riesgo de claudicación familiar.

Analizar los estilos familiares que influyen en la adherencia a los tratamientos. Es recomendable registrar la información familiar con la ayuda de un familigrama. También es importante registrar:

- la medicación en uso, el grado de eficacia en el control de síntomas y los efectos adversos
- las recomendaciones de los especialistas que intervienen en la asistencia: oncólogos, psicólogos, neurólogos, etc.

Están disponibles numerosos instrumentos que permiten realizar evaluaciones semiestructuradas. Los más prácticos y simples son⁷:

- Evaluación de síntomas: con escala numérica (de 0-10) o categórica (leve, moderado, severo, insoportable). Ejemplo: Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS).
- Evaluación de presencia o ausencia de confusión: Método de Evaluación de Confusión (CAM: Confusion Assessment Method).
- Evaluación cognitiva: MMT: Mini Mental Test de Folstein.
- Estado funcional: escalas de Karnofsky o ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group).

Ver anexo 1 para más información sobre estos instrumentos

⁷ Programa Argentino de Medicina Paliativa - Fundación FEMEBA Evaluación en Cuidado Paliativo. Año 2008 (acceso 20/03/2012)

La información se obtiene a partir de las consultas directas con el paciente en consultorio o en domicilio o de consultas indirectas, con familiares, cuando hay dificultades para el traslado del paciente.

Las evaluaciones deben realizarse en forma periódica; es necesario estar atentos a los cambios o aparición de nuevos síntomas o modificación de tratamientos⁸.

⁸Elsayem A, Driver L, Bruera E. The M.D.Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap.2. Pág.11. 2ªEd: MD Anderson Cancer Center, 2002

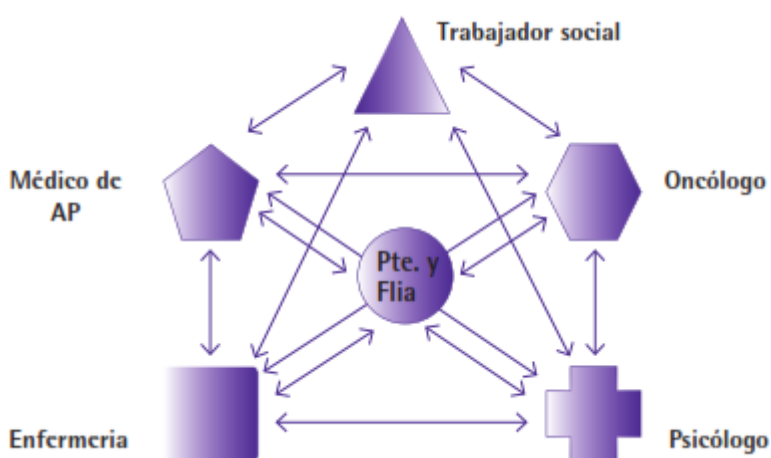
1) Trabajo interdisciplinario, integrado y colaborativo

Implica el intercambio de información entre los diferentes niveles de asistencia.

Para lograr un intercambio eficaz es necesario conocer las competencias y responsabilidades de cada nivel de atención y/o contar con la posibilidad de asesoramiento en el mismo nivel o en uno superior cuando el efector de la asistencia local lo considere necesario.

El trabajo integrado colaborativo es un desafío; es necesario comprender la importancia de lograrlo para mejorar la asistencia del paciente con un menor desgaste profesional que el que genera una práctica basada en la intervención individual y fragmentada.⁹

Figura N°1: Modelo de trabajo interdisciplinario, integrado y colaborativo



Toma de decisiones

En general más del 50% del tiempo de la consulta se ocupa en la entrevista, desarrollando aspectos de comunicación, diálogo terapéutico, educación, acuerdos y organización de la asistencia. El intercambio deliberativo entre el paciente, la familia y el equipo de salud facilita que el proceso de transmisión de información y el de toma de decisiones sean graduales, en función de los deseos y voluntades expresados, de la evolución y el pronóstico, del contexto educativo, cultural y/o religioso y de la capacidad del paciente¹⁰.

Es necesaria la interacción entre los diferentes referentes de las disciplinas y/o con los miembros de otros niveles de asistencia para unificar las recomendaciones -sobre todo médicas- y evitar opiniones divergentes que generen confusión o inseguridad al paciente o a su familia.

Organización familiar

El contexto familiar o afectivo debe ser tenido en cuenta en el momento de comunicar el diagnóstico y la evolución de la enfermedad (curación, estabilización, progresión o recaída, aparición de complicaciones) y en el momento de presentar el plan para control de síntomas (esta precaución adquiere importancia cuando se inicia la asistencia en el período final de la vida). Colaborar en la organización y apoyo familiar implica que los miembros del equipo de salud puedan:

⁹Bruera E, Hui D. Journal of Clinical Oncology. 2010; 25 (28):4015

¹⁰ Mc Daniell S, Cambell T, Orientación Familiar en Atención Primaria. Cap 2. La influencia de la familia sobre la enfermedad: investigaciones sobre la incidencia de la familia en la salud. 2º Ed. España: Springer Verlag Ibérica, 1998.

- acondicionar y adaptar el sistema de asistencia a los recursos disponibles
- sugerir formas de organizar las actividades de cuidado, por ejemplo brindar recomendaciones sobre tiempos de descanso
- facilitar información u orientar sobre redes de apoyo económico, social, religioso
- detectar situaciones de riesgo tal como la enfermedad del cuidador principal.
- identificar la posibilidad de claudicación familiar y dar pautas para prevenirla
- acompañar los procesos de rehabilitación y/o readaptación que sean necesarios.

Los recursos que posee un grupo familiar pueden surgir, desarrollarse y/o desaparecer como diferentes maneras de adaptación a la situación de enfermedad.¹¹

¹¹ Mc Daniell S, Cambell T. Orientación Familiar en Atención Primaria. Cap15. Dificultades en la evolución De las enfermedades crónicas: Asistencia a los pacientes y sus familias. 2ª Ed. España: Springer Verlag Ibérica, 1998.

2) Comunicación en cuidados paliativos

Una buena comunicación permite conocer el problema de salud en sus diferentes dimensiones y facilita la toma de decisiones personalizadas. Es un proceso dinámico que requiere estrategias adaptadas a las necesidades de cada momento evolutivo de las ERVEAs.

Lograr una comunicación apropiada y adaptada a cada persona influye positivamente en la asistencia, fortalece los recursos del paciente y su familia para enfrentar los distintos problemas relacionados con las ERVEAs.

La comunicación es uno de los aspectos más importantes de la asistencia en salud porque es a través de ella que se construye la confianza en la relación profesional/ paciente. El proceso de comunicación puede ser mejorado con capacitación, reflexión y experiencia clínica.

La mayoría de las personas prefiere recibir información médica junto con el apoyo emocional. El entrenamiento de los profesionales en habilidades comunicacionales contribuye a aumentar la satisfacción con la tarea.

En el contexto de Cuidados Paliativos se requiere desarrollar competencias para abordar temas que suelen ser considerados emocionalmente difíciles para el paciente, para su entorno afectivo y para el equipo de salud.

La comunicación es un proceso de intercambio de información, ideas y emociones, que implica escucha activa y comprensión de la situación¹². En muchas oportunidades es lo que más necesitan pacientes y familias y es esencial para las intervenciones en las dimensiones psicosociales y espirituales del sufrimiento.

En toda entrevista médica existen diferentes tipos de lenguaje¹³. Se utiliza el lenguaje verbal y el no verbal para brindar o intercambiar información, clarificar dudas, expresar sentimientos, relacionar situaciones, hacer razonar, facilitar la comprensión.

El lenguaje verbal requiere el uso de términos comprensibles, adecuados al momento y al medio socio-cultural.

Las preguntas abiertas que generalmente comienzan con ¿Qué...?, ¿Cómo...?, ¿Para qué...?, ¿Cuándo...? dan oportunidad de hablar a los pacientes que desean hacerlo y permiten permanecer en silencio a los que no lo desean. Es importante que los pacientes y familiares comprendan que pueden preguntar acerca de la enfermedad pero que no es obligación hacerlo.

El lenguaje no verbal incluye los gestos, el contacto visual y físico, el tono de voz, las pausas, los silencios y la postura. Constituye más del 60 % de la comunicación y debe ser coherente con el lenguaje verbal.

El contacto visual da la oportunidad de observar cómo se recibe la información que se transmite y ayuda a graduarla; los gestos pueden ser signos de atención, escucha y confirmación de lo que expresa el paciente o la familia; el silencio da al interlocutor la posibilidad para intervenir o expresar emociones; el contacto físico permite transmitir afecto y contención.

Los pacientes y familiares valoran profundamente la escucha activa que facilita la expresión de necesidades y emociones.

Algunas condiciones facilitan la comunicación

¹²Clèries Xavier. La Comunicación: Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Capítulo 4. Habilidades comunicativas en el encuentro con el paciente. Ed. Masson, S.A., Barcelona, 2006

¹³Wenk R, Bertolino M. y cols. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 2°Ed.Argentina:FEMEBA, 2007

En cuanto al espacio físico:

- Ambiente y espacio adecuado: utilizar un lugar cómodo (consultorio o domicilio) con resguardo de la privacidad y la atención que requiere la entrevista. No es apropiado dar información parados en pasillos con circulación de gente
- Espacio personal: establecer la distancia prudente y confortable entre personas facilita la comunicación, contención y contacto. Es conveniente estar sentados durante la entrevista.

Respecto de la entrevista en sí misma, es conveniente tener en cuenta lo siguiente:

Recomendaciones prácticas para realizar la entrevista

- Evitar el uso de lenguaje médico codificado, que impide al paciente y a su familia comprender.
- Brindar sólo información esencial, fraccionarla en distintas entrevistas. Si se brinda demasiada información en un sólo momento, será difícil recordarla y puede generar confusión.
- Repetir la información importante, ya que las reacciones emocionales disminuyen la capacidad de escucha y comprensión.
- Usar diagramas, gráficos o cartillas que el paciente se pueda llevar. Puede ser útil de acuerdo con la cultura o educación del paciente. Por ejemplo, esquemas de administración de analgésicos, la profilaxis de la constipación.
- Dejar que el paciente hable sin ser interrumpido. Hacer una pausa antes de hablar. Si esto no se cumple el paciente puede creer que su relato no es importante.
- Alentarlo a expresarse con frases tales como "está bien...", "cuénteme más...", "entiendo..." y mantener el contacto visual.
- El silencio es muchas veces de ayuda, sosteniéndolo de manera contenedora puede facilitar una reacción emocional (llanto, enojo)
- Si los silencios se hacen demasiado largos se puede preguntar " ¿en qué está pensando?"
- Finalizar la entrevista haciendo o pidiendo un breve resumen o reflexión, para evaluar lo comprendido.

La comunicación efectiva permite que durante la asistencia sea posible¹⁴:

- Comprender las necesidades y expectativas del paciente ante su diagnóstico y pronóstico.
- Adaptar la información a la necesidad genuina del paciente y no a la demanda de la familia o del equipo.
- Adecuar la información a medida que los síntomas se complican y/o la enfermedad progresa.
- Realizar la evaluación y manejo adecuados de síntomas.
- Planificar modalidades de seguimiento y tratamiento.
- Promover intervenciones de acompañamiento.
- Comprender cómo impacta la enfermedad en el paciente y la familia.
- Facilitar la expresión de voluntades anticipadas y/o manifestar legados.

La atención en el primer nivel de atención genera una situación propicia para dar continuidad a la comunicación sobre la condición clínica y la toma de decisiones. Cuando existe un vínculo con el paciente en seguimiento ambulatorio previo, es posible anticipar sus reacciones y sus necesidades de información.

La comunicación se establece entre el paciente, la familia o entorno afectivo y los distintos profesionales del equipo de salud. Es necesario mantener una comunicación adecuada con todos los especialistas involucrados para unificar la estrategia de asistencia y clarificar aspectos específicos de la enfermedad y/o del tratamiento.

¹⁴ Driver L, Bruera E. The M. D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap. 4.1ª Ed. USA.: MD Anderson Cancer Center, 1999.

A medida que más especialidades de otros niveles de atención intervienen en el tratamiento de personas con Enfermedades con Riesgo de vida en Estadio Avanzado (ERVEAs), aumenta el riesgo de fragmentar la asistencia y dificultar la unificación de información en el primer nivel.

Los problemas y/o déficit en la comunicación pueden generar insatisfacción o frustración en el paciente y en la familia, así como también en el equipo de salud. Es importante la disponibilidad de “estar” junto al paciente, mostrando preocupación y compromiso.

Además de tratamientos eficaces, los pacientes necesitan explicaciones, contención y ayuda para afrontar su situación. Necesitan calidez, apoyo y diálogo terapéutico en la asistencia.

Temas difíciles ^{15 16 17}

Son temas complejos derivados de situaciones que comprometen la calidad de vida. Tratar estos temas suele ser un desafío por el impacto emocional que pueden generar en el paciente, en su familia y también en los profesionales del equipo de salud. Los más importantes son:

- El diagnóstico de una enfermedad grave, no curable, o avanzada (cáncer, SIDA, enfermedades neurodegenerativas, entre otras).
- Las opciones de tratamientos con riesgos (quimioterapia, radioterapia, cirugías de distinto grado de complejidad).
- La necesidad de iniciar tratamientos con morfina u otro opioide.
- La información de progresión de enfermedad o recaída luego de una remisión.
- La presentación de complicaciones que afectan profundamente la calidad de vida (compresión medular, síndrome de vena cava, hemorragias).
- La evidencia de la cercanía del final de la vida.
- Las preferencias y decisiones sobre la asistencia en los últimos días de vida (interrupción de tratamientos fútiles, elección del ámbito de atención, no inicio de reanimación cardiopulmonar, no pase a terapia intensiva).

Los pacientes / familia que reciben información de manera inapropiada o sin haberla solicitado pueden tener malestar intenso, baja adherencia al seguimiento o al tratamiento y vínculo difícil con los profesionales del equipo.

Diálogo terapéutico

La comunicación terapéutica posibilita al paciente explorar sus pensamientos, emociones y conducta. Al identificarlos se puede trabajar con ellos, darle sentido y tener fundamentos para las elecciones y decisiones. El paciente y su familia pueden ser personas con recursos psicológicos para afrontar de manera funcional la situación de enfermedad y los tratamientos o pueden no contar con tales recursos y tener problemas emocionales que requieran intervenciones psicosociales más especializadas.

El diálogo sincero y contenedor entre paciente, familia y equipo de salud tiene valor terapéutico para aliviar el sufrimiento psíquico.

Al tratar temas de alto impacto emocional, los miembros del equipo de salud pueden experimentar algunas reacciones:

- Miedo de no poder hablar (no saber qué decir, ni cómo hacerlo) o de decir cosas equivocadas.
- Miedo a dañar emocionalmente a pacientes en momentos de vulnerabilidad.
- Pérdida de la distancia terapéutica óptima: sobre involucramiento o distancia afectiva excesiva.

¹⁵ Barbero J, Barreto P, y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.

¹⁶ Bruera E. Process and Content of Decision Making by Advanced Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology, 2006; 24(7): 1029-1030

¹⁷ Wenk R, Bertolino M, and colls. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 2° Ed. Argentina: FEMEBA, 2007

Percibir las propias competencias y limitaciones como comunicador es esencial para iniciar una capacitación en habilidades comunicacionales. La competencia emocional es condición necesaria para implementar estrategias para el manejo de las emociones que más frecuentemente surgen: temor, impotencia, tristeza y ansiedad entre otras. Si un miembro del equipo de salud no se siente seguro para realizar este tipo de entrevista puede solicitar ayuda y compartir la entrevista con otro miembro del equipo con mayor experiencia.

Comunicación con el paciente ^{18 19}

Preferencias de los pacientes

El objetivo es implementar un estilo de comunicación deliberativo, personalizado, promoviendo la participación del paciente y la expresión de sus deseos o necesidades. Algunos pacientes quieren saber todo con detalle y preguntan abiertamente. Otros, con diferentes preferencias, capacidades de afrontamiento o emociones (miedo a lo que van a oír o a sus reacciones), desean información, pero pueden no solicitarla. **Es importante ofrecerla.**

Hay personas que no desean saber nada acerca del diagnóstico y es apropiado respetar esta preferencia; se puede continuar con la comunicación acerca de planes de tratamiento y sus posibles efectos.

¿Cómo iniciar la comunicación de temas difíciles?

Inicialmente es importante considerar: ²⁰²¹²²

- Qué información ya posee y/o presiente el paciente.
- Las necesidades de información que plantea el paciente.
- Establecer objetivos de información.
- Si el paciente está emocionalmente estable para recibir información difícil es necesario evaluar temores, antecedentes de patologías psiquiátricas, trastornos de ánimo, disfunciones familiares severas, reacciones previas en situaciones difíciles.

Preguntas facilitadoras

Son preguntas abiertas tales como:

- o ¿Me quiere contar sobre su problema de salud?
- o ¿Qué le han explicado los médicos que lo asisten sobre esto?
- o ¿Cómo ve Ud. las cosas?
- o ¿Qué ha estado pensando sobre su problema mientras esperaba los resultados?
- o ¿Ud. prefiere hablar directamente sobre su estado de salud?
- o ¿Le ayuda hablar de los resultados de los estudios?
- o Si no le gusta hablar sobre temas médicos, ¿prefiere que lo comentemos primero con su familia o alguien de su confianza? Y luego, si lo desea, ¿hablemos con Ud.?
- o ¿Qué lo haría sentir más tranquilo en este aspecto?
- o ¿Cómo preferiría que nos manejemos con la información?
- o ¿Desea que le expliquemos en detalle los tratamientos posibles?

Recomendaciones prácticas²³

- o No "sobreinformatar" y evaluar el equilibrio entre brindar pautas anticipatorias adecuadas y el riesgo de generar ansiedad por situaciones todavía no conocidas.
- o Programar una nueva cita para una próxima consulta en un tiempo prudencial, por ejemplo, en una semana.

¹⁸ Von Roenn J, Von Guten C. Setting goals to maintain hope. JCO 2003;21 (3) 570-5747

¹⁹ Back L. and Arnold R M. Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. JCO 2006; 24 (25) 4214-417

²⁰ Rubinstein A, Terrasa S, y cols. Medicina Familia y Práctica ambulatoria. Sec.27.Cap 286. In: Liaño E. Manejo de la comunicación en Cuidados Paliativos. 2ª Ed. Argentina:Panamericana,2006.

²¹ Von Roenn J, Von Guten C. Setting goals to maintain hope. JCO 2003; 21 (3) 570-574

²² Barbero J, Barreto P, y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Ed. Justin Time S.L., Madrid, 2005.

²³ Palma A, Taboada P, Nervi F. Manual de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Cap.24.In: Del Río M. Comunicación en el final de la vida. 1ª Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010

- Expresar la disponibilidad del equipo de salud para aclarar dudas o preguntas que surgieran luego de la consulta. Ofrecer un teléfono de contacto del centro de salud y/o hacer un contacto telefónico a las 24-48 horas posteriores a la transmisión de una mala noticia.
- No se debe brindar información diagnóstica o pronóstica por teléfono o Internet.
- No se debe brindar información a familiares sin el consentimiento previo del paciente.
- No es conveniente confirmar noticias negativas de manera directa cuando el paciente:
 - explícitamente no desea ser informado
 - delega la recepción de información en un familiar o amigo
 - tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos no controlados
 - tiene síntomas psicológicos severos indicadores de mala adaptación, como enojo continuo e intenso, ansiedad generalizada
 - tiene ideación suicida o antecedentes de intento de suicidio.

En las últimas situaciones es imprescindible el trabajo en equipo con profesionales del área psicosocial y/o salud mental.

Comunicación con la familia ^{24 25}

Los miembros de la familia, además de estar preocupados por el paciente, su evolución y la manera en que serán analizados los temas con alto impacto emocional, tienen también sus propias necesidades y sufrimiento psicoespiritual. En los días siguientes a la comunicación de noticias médicas negativas pueden experimentar variaciones del estado de ánimo, expresiones de angustia o tristeza y se pueden presentar situaciones en las que es difícil responder algunas preguntas.

- Sugerir al entorno afectivo validar las emociones, necesidades, tiempos y preferencias del paciente. Si esto es facilitado y no limitado, el paciente se sentirá más comprendido y acompañado.
- Ofrecer disponibilidad profesional para volver a conversar o responder nuevas preguntas.
- Es muy útil que algunas entrevistas con el paciente puedan hacerse en presencia de familiares - si él lo autoriza – para que puedan escuchar su voluntad o necesidad. Esta estrategia puede ayudar a disminuir temores de los familiares en relación con el manejo de información.

*Si hay niños en la familia, estos requieren atención especial. Es aconsejable incluirlos siempre en el proceso de comunicación, adaptándola a la edad y las características de personalidad.*²⁶²⁷²⁸

Dificultades en la comunicación

Existen situaciones en las que la comunicación con el paciente o la familia se complejiza de manera importante y puede ser necesario requerir la intervención de profesionales del área psicosocial o realizar derivaciones a equipos especializados.

Las más importantes son los mecanismos de adaptación disfuncionales del paciente (negación que impide los tratamientos, agresividad con el equipo de salud, ideación suicida) o desordenes psicopatológicos (depresión, ansiedad generalizada, etc.).

Cerco de silencio ²⁹

²⁴ Clèries Xavier. La Comunicación: Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Capítulo 4. Habilidades comunicativas en el encuentro con el paciente. Ed. Masson, S.A., Barcelona, 2006

²⁵ Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., Bayés, R. Comunicación en Oncología Clínica. Capítulo 11. Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.

²⁶ Rauch P.K, Muriel A, Cassem, N. H. The Art Of Oncology: When The Tumor Is Not The Target: Parents With Cancer: Who's Looking After the Children? JCO 4399- 4402.

²⁷ Tarantino M. G., Braga ML. La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. Communication in Pediatrics: children and adolescents, subjects of right. Arch Argent Pediatr 2011;109(1):36-

²⁸ Publicaciones de información para el paciente Del Centro Clínico de los Institutos Nacionales de la Salud. Cómo hablar con los niños acerca de la muerte. National Institutes of Health Clinical Center, Bethesda, Maryland 20892. 2007.

²⁹ Barbero J., Barreto P. y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Capítulo 6. Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005

Con cierta frecuencia, familiares y amigos solicitan que no se comunique información diagnóstica o pronóstica con intención de proteger al paciente. Expresan temor a que pierda la esperanza, a que aparezca depresión o ideas de suicidio. De esta manera puede constituirse una situación denominada "cerco de silencio": la familia aparenta, simula, que la gravedad de la enfermedad no es tal; todos excepto el paciente conoce la situación real; el paciente muchas veces queda en soledad.

En estos casos es importante hacer una entrevista con los familiares para evaluar los temores, descartar factores de riesgo reales del paciente y conocer antecedentes de sus respuestas emocionales. Aclarar siempre a la familia que se ha de transmitir la información que el paciente desee o necesite y que el equipo considere que pueda recibir. Explicar que la evolución clínica, los efectos de tratamientos, las consultas con oncología y la percepción subjetiva de la declinación que ocurre durante la evolución de la enfermedad hacen difícil el ocultamiento de la realidad de la situación.

La discordancia entre las percepciones del paciente y lo que manifiesta el entorno afectivo causa sufrimiento porque impide la comunicación de temas significativos, la expresión de las emociones y la implementación de las medidas de apoyo necesarias.

Se debe informar y brindar apoyo a la familia, y asegurarle que el equipo comparte un mismo objetivo: cuidar al paciente y no dañarlo con la información.

En ocasiones, la negativa familiar puede estar muy instalada y generar malestar en los profesionales del equipo de salud. Sostener el seguimiento mientras se instauran estrategias de apoyo y se construye la confianza, suelen permitir que esta actitud se modifique. En algunos casos de severa rigidez familiar el acompañamiento puede ser muy difícil.

3) Hidratación y administración de medicamentos por vía subcutánea

Introducción

Es una técnica sencilla, simple, que consiste en la inserción de una aguja en el tejido celular subcutáneo para infundir soluciones isotónicas o administrar fármacos. También se llama hipodermoclisis (HDC) o hidratación subcutánea (HSC) ³⁰

La HDC fue ampliamente utilizada en la década del '50, principalmente en pediatría. En la década del '80 se retomó su uso, y actualmente contribuye a la hidratación y administración de fármacos a adultos mayores y a pacientes en CP cuando la vía oral está limitada por cualquier causa.³¹

Las razones que motivan su utilización son:

- a) las alteraciones vasculares o locales de los pacientes en CP o ancianos que dificultan la canalización venosa (fragilidad, esclerosis, edemas, deshidratación);
- b) su simplicidad – es un método fácil de implementar y mantener, confortable, que posibilita tratamientos en domicilio.

Es aplicable cuando³²:

- Las condiciones clínicas que no requieran una restitución urgente de líquidos (ejemplo: expansión hídrica para aumentar la presión arterial).
- Hay integridad de la piel en los sitios de colocación de la aguja mariposa.

Elementos necesarios para implementar la vía SC (ver Anexo Vía subcutánea)

- Aguja de tipo mariposa (butterfly), diámetro 21G, 23G, 25G. o
- Cateter (Abbocath®, BD Nexiva). Es mejor tolerado porque está fabricado con teflón, y tiene una llave en Y para infundir líquido por un extremo y medicación por el otro (tapón de goma).
- Cinta adhesiva o film transparentes (Tegaderm ®), para protección de la vía.
- Macrogotero y solución a infundir.

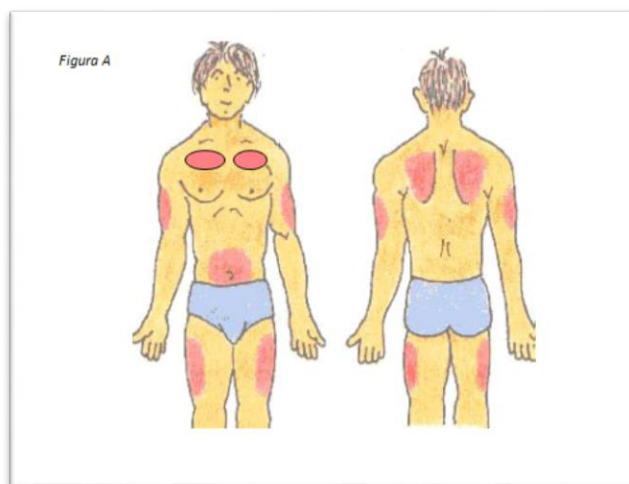
Sitios de aplicación

- Colocar siempre en sitios con piel indemne, sin edemas o equimosis.
- Los sitios de inserción son las áreas infraclavicular o supramamaria (evitar el área de las mamas), la pared abdominal, la cara anterior, externa del muslo; ocasionalmente en las zonas subescapular (cuando el paciente está confuso y puede con la mano quitarse la mariposa); y deltoidea (recomendable para administrar medicación, no recomendable para hipodermoclisis por menor capacidad de absorción) (Figura A).
- Se aconseja tener en cuenta las posturas habituales y movilidad individual de cada paciente, evitando zonas de pliegue, articulaciones y prominencias óseas, que impidan el flujo de hidratación y generen discomfort para el paciente.

³⁰Wenk R, Bertolino M, and colls. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 1ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007

³¹ MacDonald N, Fainsinger RL. Indications and ethical considerations in the hydration of patients with advanced cancer. En: Bruera E, Higginson I, editores. Cachexia-anorexia in cancer patients. London, New York: Oxford University; 1996. p.94-109.

³²Bruera E, Toro R, "Hipodermoclisis en Pacientes con Cáncer avanzado". Rev. Ven. Anest. 1998; 3: 2: 72-77



Técnica de aplicación:³³

- 1- Lavarse de manos.
- 2- Elegir el sitio de inserción de la aguja mariposa.
- 3- Limpiar el sitio con solución yodo povidona al 10%, comenzando desde el centro y moviéndose hacia afuera en forma circular.
- 4- Retirar la solución de yodo povidona de la piel con una gasa con alcohol igual o mayor al 70%. Por ejemplo: el alcohol de uso habitual tiene concentración del 96%.
- 5- Pellizcar la piel ya limpia, creando un pliegue entre el pulgar y el dedo índice.
- 6- Insertar la aguja mariposa con un ángulo de 45° en el pliegue creado. La aguja debe insertarse con el bisel hacia arriba hasta el pabellón de la mariposa. El eje de inserción debe ser perpendicular al del cuerpo para evitar que el paciente tenga dolor cuando se sienta, en dirección a la línea media del cuerpo. Retirar la mariposa si al colocarla ingresa sangre en la tubuladura.
- 7- Cubrir la aguja con apósito delgado adhesivo transparente o pegar con tela adhesiva las alas de la mariposa; en este último caso formando una H, dejando visible el sitio de inserción.
- 8- No existe un tiempo de recambio de la mariposa establecido; el tiempo estimado de permanencia de la mariposa, es entre 7-10 días³⁴; pero puede durar más tiempo si no hubiera complicaciones^{35 36}.

Luego de la colocación de la vía:

Para hipodermoclis o hidratación subcutánea.

- 1- Purgar la tubuladura (perfus) antes de conectarla en la aguja mariposa.
- 2- Colocar el frasco de la solución a una altura no inferior a 1, 5 metros sobre el nivel del paciente.
- 3- Para aumentar la velocidad de absorción local se puede masajear el sitio donde está insertada la aguja. Al comenzar la hidratación se puede formar un "abón o bulto subcutáneo" de solución que se irá absorbiendo lentamente.
- 4- Comenzar la infusión a un ritmo entre 30 a 40 cc/hora, y observar que no haya complicaciones.
- 5- La velocidad de infusión oscila entre 25 a 100 cc/h; se puede aumentar la velocidad de infusión según la tolerancia del paciente.

³³ Estrada S. and colls. "La enfermería en procedimientos invasivos".Capítulo 6. En: Cullen C, "Infusión SC". BsAs. 1°Ed. Argentina: Fund Roemmers, 2011.

³⁴ Wenk R, "Cuidados Paliativos". Monografía. Control de síntomas."Via SC". Programa Argentino de Medicina Paliativa Fundación FEMEBA.2001.Pág.60.

³⁵ Marquez M, and colls. "Usos y recomendaciones de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos". Sec.3.Vía SC. Recomendaciones.1°Ed.España: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura,2008.

³⁶ Doyle. D and colls. Palliative Medicine handbook. In: Back, I. Nutrition & Hydration. Hypodermocclisis. 3°edition.UK: Oxford.2007.

- 6- La infusión puede ser continua o intermitente: se puede interrumpir y reiniciar en cualquier momento; la tubuladura (perfus) se desconecta y se tapa con una aguja; el extremo de la mariposa se tapa con el tapón de rosca original.
- 7- Se puede infundir en 24 horas entre 500 y 1500 cc de solución por vía/sitio de inserción; si se requiriese mayor hidratación y hay buena absorción subcutánea, se puede colocar 2 agujas mariposas en 2 sitios diferentes, pudiendo infundir hasta 3000 cc/día.

Se utiliza:

- Solución fisiológica.
- NO INFUNDIR Dextrosa en agua al 5% sola: no se puede infundir sola sin la adición de algún electrolito porque se metaboliza rápidamente y se transforma en una hipotónica, se genera un tercer espacio y necrosis en piel. Solución de dextrosa 5% más una ampolla de **cloruro de sodio** al 20%.
- Se pueden adicionar hasta 30 mEq de **Cl-K+**. (cloruro de potasio)
- Se pueden agregar fármacos en la solución a administrar (ver más adelante) en forma de infusión continua.

Para la administración intermitente de fármacos inyectables.

Recomendaciones:

- Se recomienda usar una mariposa con tapón de goma (mariposas para uso intermitente, de tubo/cola corto).
- Tener en cuenta que se debe purgar luego de administrar la medicación con 0,5 ml de solución fisiológica para que el fármaco no quede en tubo sin ser inyectado.
- Importante: para no causar dolor ni reacciones locales es necesario infundir a baja velocidad y se recomienda administrar un volumen máximo de 5 ml entre 1 a 5 minutos³⁷

Tabla N° 2 : Ventajas y desventajas de la vía SC^{38 39}

Hipodermoclisis	Hidratación por vía EV
Técnica simple y segura.	Técnica compleja, que requiere identificar y luego canalizar una vena.
No requiere personal entrenado para colocar la aguja mariposa.	Se necesita personal entrenado en la colocación de vías intravenosas.
Requiere menor monitoreo.	Requiere monitoreo más frecuente.
Facilidad de reinsertión.	La reinsertión es más compleja.
La flebitis, celulitis, infecciones o trombosis no son frecuentes.	La flebitis, celulitis, infecciones o trombosis son frecuentes.
El sitio de inserción puede durar de días a semanas.	El sitio de inserción debe cambiarse cada 48 a 72 horas.
Más cómodo para el paciente	Más discomfort.
La movilización del paciente no se ve afectada por la aguja mariposa.	Según el sitio de inserción, el paciente debe inmovilizar el miembro canalizado.
No suele haber extravasación (la solución no se	Siempre hay probabilidad de extravasación.

³⁷ Bruera E, Belzile M, Watanabe S, Fainsinger RL. Volume of hydration in terminal cancer patients. Support Care Cancer 1996;4:147-150.

³⁸ Estrada S. and colls. "La enfermería en procedimientos invasivos" .Cp 6.In: CullenC, "Infusión SC".BsAs 1°Ed. Argentina: Fund Roemmers, 2011.

³⁹ Bruera E, Toro R, "Hipodermoclisis en Pacientes con Cáncer avanzado". Rev. Ven. Anest. 1998; 3: 2: 72-77

Tabla N° 2 : Ventajas y desventajas de la vía SC ^{38 39}

infunde a un vaso, sino directo al tejido subcutáneo)	
Puede iniciarse e interrumpirse sin problema.	Si se deja como vía intermitente requiere de lavado con sol fisiológica.
Se puede evitar la internación; se puede educar a familiar o cuidador a reinsertar la mariposa.	En general el paciente debe estar internado, o requiere de enfermería domiciliaria.

Complicaciones y precauciones

Existen pocas complicaciones descritas sobre la hipodermoclis. En general son trastornos que se deben a reacciones locales: contusión, mala absorción y ocasionalmente nódulos, abscesos, dolor, enrojecimiento local, sangrado o pérdida peri-catéter en el sitio de punción.

Si los pacientes son plaquetopénicos severos o están anticoagulados, se puede realizar la hipodermoclis con monitoreo estricto para evitar equimosis o sangrado local, consultando a equipos entrenados.

Fármacos que se pueden administrar⁴⁰.

Tabla N°3: Analgésicos que pueden administrarse por vía SC

Opioides	No opioides
Morfina	Ketorolac (diluir en sol. fisiológica)(*)
Tramadol	Diclofenac sódico (diluir en sol.fisiológica)(*)
Codeína *	Dipirona(diluir en sol. fisiológica)(*)
Oxicodona *	Ketamina.(anestésico)
Hidromorfona*	
Nalbufina	
Meperidina	
Metadona *	
Fentanilo	

• No disponibles en nuestro país ampollas de: hidromorfona, oxicodona, codeína, metadona.

⁴⁰Bruera E, Toro R, "Hipodermoclis en Pacientes con Cáncer avanzado".Rev.Ven.Anest. 1998; 3: 2: 72 - 77

Tabla N° 4 :Neurolépticos, anticonvulsivantes y benzodiacepinas que pueden administrarse por vía SC

Neurolépticos	Benzodiacepinas	Anticonvulsivantes
Haloperidol	Midazolam Clonazepam *	Fenobarbital (se administra por una vía independiente y diluida. No mezclar con otro fármaco)
Levomepromazina (administrarlo en forma diluída por ser irritante local) (*)	Lorazepam (diluir en sol. fisiológica) (**).Las ampollas deben conservarse refrigeradas.	
<ul style="list-style-type: none"> *No disponibles en nuestro país ampollas de clonazepam. (**) Las diluciones se realizan en 50 - 100ml de sol fisiológica y se recomienda supervisar su administración con profesionales o equipos entrenados. 		
Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA.		

No recomendados para vía subcutánea:

1. Clorpromazina: neuroléptico muy irritante que puede causar necrosis grasa en el punto de infusión; excepcionalmente se puede utilizar en infusión continua para control del hipo.
2. Diazepam: Benzodiacepina que contiene excipiente oleoso que dificulta su absorción y produce reacción dérmica local.

Tabla N° 5 :Antieméticos y antiespasmódicos que pueden administrarse por vía SC

Metoclopramida	
Dexametasona	
Butil-hioscina	
Ondansetron	
Ranitidina	
Escopolamina	
Omeprazol 40 mg diluido en 50 ml de sol fisiológica, a pasar en 2 horas	
Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA.	

Tabla N° 6 : Otras drogas que pueden administrarse por vía SC

Vitamina K.	Heparina.
Furosemida.	Atropina
Naloxona	Metilnaltrexona *
Sulfato de Mg. E Hidrocortisona: su administración se recomienda en dilución mínima de 50ml.	
*No disponibles en nuestro país ampollas de metilnaltrexona.	

Glosario

Metilnaltrexona: antagonista opoide puro, utilizado en el tratamiento de la constipación inducida por opioides.

Naloxona: antagonista opoide puro utilizado en cuadros de depresión respiratoria inducida por opioides.

Administración de medicamentos en infusión continua

Se utiliza la infusión continua con macrogotero, para realizar tratamientos ambulatorios.

Las siguientes son algunos fármacos que pueden combinarse en este tipo de infusión ⁴¹

Morfina	Midazolam	Haloperidol	Hioscina
Morfina	Midazolam	Haloperidol	Metoclopramida
Morfina	Midazolam	Hioscina	Metoclopramida
Morfina	Haloperidol	Hioscina	Metoclopramida
Morfina	Hioscina	Dexametasona	Metoclopramida
Tramadol	Midazolam	Haloperidol	Hioscina
Tramadol	Midazolam	Haloperidol	Metoclopramida
Tramadol	Midazolam	Hioscina	Metoclopramida
Tramadol	Haloperidol	Hioscina	Metoclopramida

Cuando se combina dexametasona, para evitar su precipitación, debe ser la última droga en colocarse en el recipiente de solución.⁴²

Fármacos incompatibles en uso habitual en cuidados paliativos, que NO de deben combinarse en infusión, por el ph ácido de la dexametasona:

1. Midazolam y dexametasona
2. Haloperidol y dexametasona

Educación de la familia

Es necesario e importante:

- Analizar con el paciente y su familia las ventajas de ésta técnica. Es necesario confirmar un contexto social- familiar adecuado para facilitar el seguimiento ambulatorio.
- Entrenar a la familia en las técnicas de colocación de la mariposa y de administración de la medicación - y corroborar la comprensión de la información brindada.
- Resaltar la necesidad controles permanentes, regulares del sitio de infusión, para identificar complicaciones

⁴¹ Twycross R, Wilcock A. Palliative Care Formulary. Cap 4. Central Nervous System. 6° Ed. UK: Palliativedrugs. com.Ltd, 2016.

⁴² Marquez M, and colls. "Usos y recomendaciones de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos". Sec.7.Medicación utilizada. 1° Ed. España: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, 2008.

3) Náuseas y vómitos

En los pacientes en CP, la frecuencia varía entre el 10% y 62% en las etapas de enfermedad avanzada⁴³; el síntoma puede aumentar en pacientes con afecciones específicas digestivas y ginecológicas. Estos síntomas, cuando no están controlados, afectan la calidad de vida⁴⁴. En ocasiones es importante valorar las diferencias entre algunos conceptos para realizar un tratamiento adecuado.

- Náusea es una sensación molesta referida a la porción superior del tubo digestivo, que generalmente precede o acompaña la saciedad precoz o el vómito.
- Saciedad precoz es la sensación de plenitud pos ingesta de cantidades pequeñas.
- Vómito la expulsión por la boca del contenido gastrointestinal.

Mecanismos: Los más frecuentes son afecciones centrales (disturbios vestibulares, cerebro corticales y límbicos) y la estimulación de receptores periféricos químicos y físicos (tubo digestivo)⁴⁵.

Causas: Entre las posibles causas se encuentran:

- Alimentación
- Ansiedad
- Ascitis, constipación, reflujo gastroesofágico, suboclusión intestinal, gastritis, gastroparesia (falla autonómica), hepatomegalia, mucositis
- Medicación: estrógenos, digitálicos, metronidazol, eritromicina, opioides
- Trastorno hidro-electrolítico: deshidratación, hipercalcemia
- Dolor
- Insuficiencia hepática - renal: uremia
- Isquemia miocardio
- Laberintitis
- Lesión cerebral (tumor, edema)
- Infecciones: micosis oral, sepsis
- Tos.

Evaluación del paciente con náuseas y vómitos: Se debe indagar sobre:

- Medicación que recibe
- Comorbilidades
- Factores que generan y alivian los síntomas
- Frecuencia y característica
- Exposición a tratamientos previos
- Intensidad de la náusea y el vómito con la escala de numérica (0 a 10) o cualitativa.
- Realizar el examen físico: evaluar deshidratación, examen de la cavidad bucal, abdominal, tensión arterial, relleno capilar
- Evaluar los exámenes complementarios previos y considerar la necesidad de solicitar nuevos y/o actualizarlos
- Considerar aspectos de personalidad, estado de ánimo, temores y la fase de enfermedad, complicaciones y pronóstico.

⁴³ Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos. Cap.12. En: Rodríguez A, Bunge S, Bertolino M. Manejo de síntomas gastrointestinales, constipación, diarrea, náuseas, vómitos y oclusión intestinal. 1° Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010.

⁴⁴ Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.169.Sec.8. En: Abrahm J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz.1°Ed. España: Elsevier, 2010.

⁴⁵ Driver L, Bruera. E, TheM.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 6.1°Ed.USA: MD Anderson CancerCenter,1999

Plan Terapéutico

Con un tratamiento adecuado se puede lograr el control y alivio de las náuseas y vómitos.

Medidas generales

- Tratar de revertir las causas y, si es posible, implementar tratamientos preventivos:
- Restringir la ingesta oral a líquidos en cantidades pequeñas y periódicas, preferentemente sin gas y frescos (agua, jugos) para mantener la hidratación; restablecer en forma gradual la ingesta y si tolera dieta líquida o semilíquida por 24 horas, pasar a dieta sólida. Si no es posible, se debe considerar la hidratación por vía subcutánea (SC)
- Mantener la higiene bucal y tratamientos locales específicos de la cavidad oral.
- Si hay situaciones de ansiedad, indicar ejercicios de relajación y/o acompañamiento psicológico.

Medidas específicas

Tratamiento específico de enfermedades previas o concurrentes como reflujo, gastritis, candidiasis oral.

Tratamiento preventivo con antieméticos

- Administrar el antiemético por vía oral en caso de náuseas y si se instalan vómitos por intolerancia oral se recomienda utilizar la vía subcutánea y no la endovenosa. Rotar a la vía oral, evaluando la tolerancia antes de discontinuar el antiemético por vía subcutánea.
- Indicar antieméticos en forma reglada, en dosis efectiva y con uso de dosis de rescate (DR).
 - o En tratamientos quimioterápicos: 30 minutos antes y en forma reglada durante 2 a 5 días. Ejemplo: si se utilizan quimioterapias con alto efecto emetizante (carboplatino, cisplatino, oxiplatino, ciclofosfamida, doxorubicina), los antieméticos de elección a administrar son **ondasetrón** 8 mg. c/6-8 horas asociado a **dexametasona** 8-16 mg/día, 1 hora antes de la quimioterapia y continuar con **ondasetrón** a igual dosis durante 2 a 5 días^{46 47}. Realizar interconsulta con oncólogo de referencia en cada caso.
 - o Simultáneamente con la prescripción de analgésicos opioides y durante las primeras 72 horas: antiemético de elección: **metroclopramida** 10mg (40 gotas=1 comprimido sublingual vía oral = 1 ampolla).
 - o Durante la realización de radioterapia abdominal superior y pélvica, cabeza y cuello⁴⁸, los antieméticos de elección son **metroclopramida** asociada a **dexametasona**⁴⁹. Realizar interconsulta con radioterapeuta u oncólogo de referencia en cada caso.
 - o Cuando el síntoma está asociado a trastornos metabólicos por progresión de enfermedad o en final de vida como anorexia primaria, uremia, es de elección la **metroclopramida** o **domperidona** 10 mg cada 4 a 6 horas.

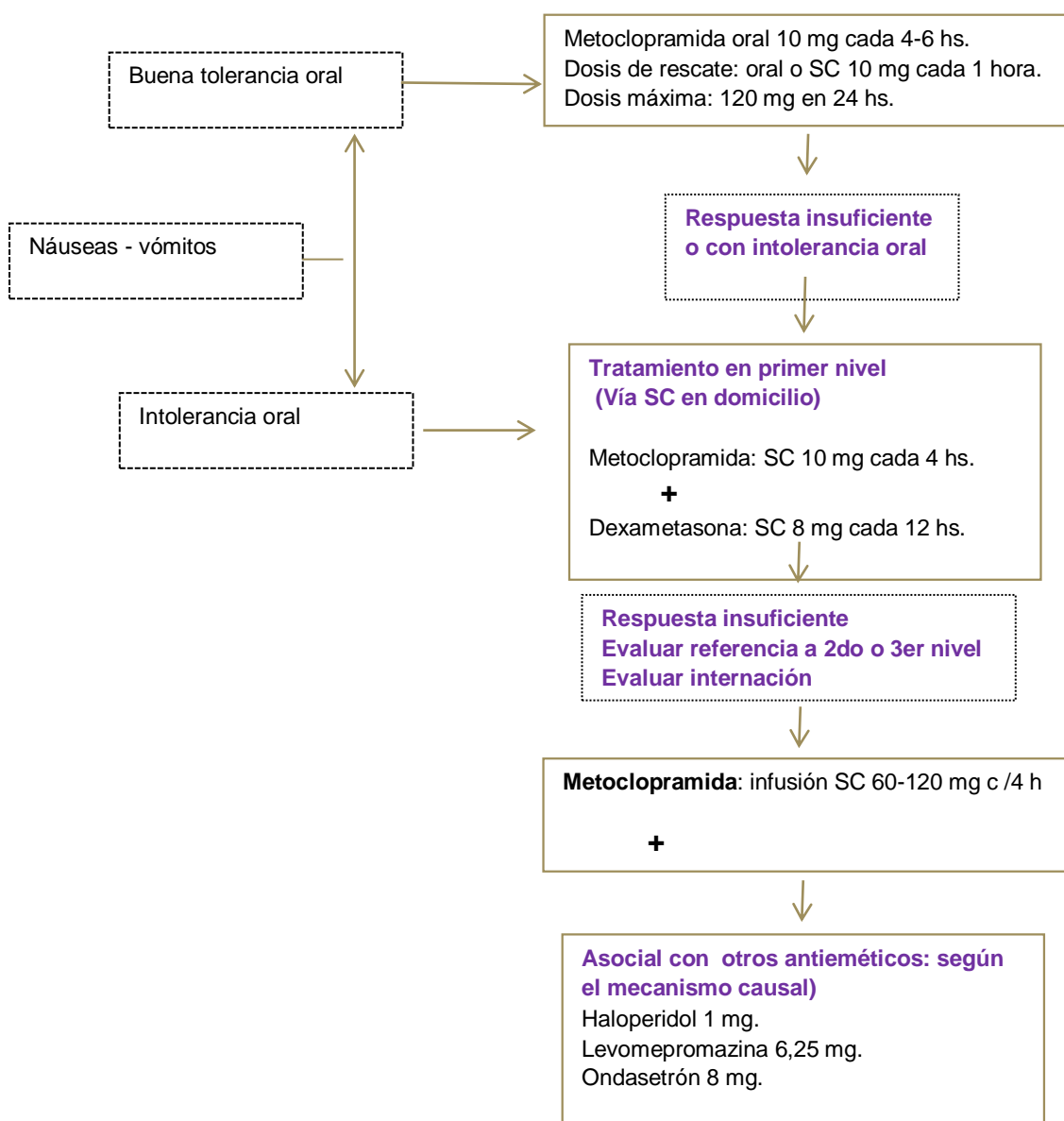
⁴⁶ Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.169. Sec.8. En: Abrahm J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz. 1ªEd. España: Elsevier, 2010

⁴⁷Pazdur R, y col. Cancer management: a multidisciplinary approach. Cap 38. En:Geunberg S, Vithala M. Management of nausea and vomiting. 11ªEd. US: CMP Healthcare Media, 2008

⁴⁸ Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.169. Sec.8. In Abrahm J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz. 1ªEd. España: Elsevier, 2010.

⁴⁹ Programa Argentino de Medicina Paliativa. Náuseas y vómitos. <http://paliativo-femeba.org/recursos> (acceso 30/03/2012)

Algoritmo de tratamiento para náuseas y vómitos



Fuente: Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA

Glosario:

Dosis de rescate: dosis administradas entre dosis regladas. En el caso de los opioides representa el 10 % de la dosis diaria, el intervalo depende del tipo de opioide y de la vía de administración utilizada; por ejemplo, dosis/día: 30 mg, dosis de rescate: 3 mg.

Acatisia: sensación de inquietud con manifestación de movimientos repetitivos involuntarios (caminar en el mismo sitio, cruzar las piernas, golpeteo, balanceo de tronco)

Tabla N° 7: Antieméticos utilizados para tratamiento de náuseas y vómitos en CP

Droga	Indicación	Dosis	Efecto adverso
Metoclopramida	Estasis gástrico Quimioterapia	10 - 30 mg c/4-6-8 hs. (120 mg). Oral, SC, EV	Cólico, acatisia. Distonía
Domperidona	Estasis gástrica	10 - 30 mg c/ 4-6-8 hs. Oral	Cólico
Haloperidol	Metástasis. Quimioterapia Opioides	1,5 – 20mg/día c/8-12 hs. Oral, SC, EV	Diskinesia, akatisia. rigidez, distonías
Dexametasona	Quimioterapia Suboclusión intestinal. Oclusión intestinal Hipertensiónendocranena. Aditivo de ondasetron, metoclopramida,levomepromazina	8 - 20 mg c/ 8-12 hs. Oral, SC, EV.	Síntomas gástricos, miopatía, infecciones
Levomepromazina	Suboclusión intestinal. Oclusión intestinal Síndrome vestibular	6,25 - 50 mg/díac/8-12 hs. Oral, SC, EV	Somnolencia
Clorpromazina	Suboclusión intestinal. Oclusión intestinal Síndrome vestibular	25 – 50 - 100 mg/día c/8-12 hs, Oral, EV	Somnolencia
Dimenhidrinato, Hidroxicina	Quimioterapia Síndrome vestibular	Oral: 25 mg c/8 hs. Oral: 15 - 30 mg c/6-8 hs.	Somnolencia, efectos antimuscarínicos
Ondasetrón (potencia dexametasona)	Quimioterapia Radioterapia	4 - 8 mg c/6-8 hs. (24 mg/día) Oral, EV	Cefalea, constipación, Diarrea
Hioscina – escopolamina	Sub-oclusión intestinal. Oclusión intestinal	10 - 20 mg c/ 4-6-8 hs. SC, EV	Boca seca, retención urinaria, íleo, visión borrosa, hipotensión
Benzodiacepinas	Ansiedad. Quimioterapia	Alprazolam oral, 0,5- 1 mg/día Clonazepam oral 0,25- 2mg/día	Somnolencia. Hipotensión

Fuente: Hallenbeck J. The Causes of Nausea and Vomiting (V.O.M.I.T.), 2nd Edition. Fast Facts and Concepts. July 2005; 5. Disponible en: <http://www.eperc.mcw.edu/fastfact/>

Educación de la familia: Instruir al paciente y la familia sobre el tratamiento para prevenir y tratar las náuseas y vómitos; enfatizar la importancia de dosis de rescate.

Criterios de referencia y/o derivación

- Inadecuada respuesta al tratamiento antiemético, utilizado en forma efectiva.
- Incremento de los vómitos.
- Compromiso hemodinámico o trastornos del estado de conciencia.
- Dificultad para familiares o cuidadores para continuar el tratamiento ambulatorio, o para el uso de la vía subcutánea.

5) Cuidado de la cavidad oral

Los problemas de la cavidad oral (CO) son muy frecuentes: 80 - 90 % de los pacientes con Enfermedades con Riesgo de vida en Estadio Avanzado (ERVEAs) sufren de boca seca, boca dolorosa por mucosas y lengua inflamadas o ulceradas y problemas dentales.⁵⁰

Los síntomas de los trastornos de la boca alteran el bienestar general, la nutrición, hidratación y la comunicación, y generalmente son subvalorados y subtratados.

Causas

Pueden ser locales y/o generales:

- locales: higiene inadecuada, deterioro de piezas dentarias, sobreinfecciones bucales previas, lesiones tumorales locales o infiltrantes, respiración bucal
- generales: deterioro inmunológico, déficit nutricional, efectos adversos del tratamiento con quimioterapia, radioterapia o medicamentos como corticoides.

Evaluación del paciente con lesiones de la cavidad oral

- Antecedentes personales: comorbilidades, medicación, tratamiento con quimioterapia o radioterapia
- Examen físico: evaluar la cavidad bucal con linterna y baja lengua por lo menos una vez al día en busca de lesiones, evaluar el tipo de respiración, piezas dentarias, examen nutricional
- Evaluar el impacto funcional que tienen las lesiones en el confort del paciente: cuánto influye en la posibilidad de alimentarse o la intensidad de dolor que puede percibir y referir, sensación de impotencia, enojo o ánimo retraído.

Tratamiento de las lesiones de la cavidad oral

Plan Terapéutico:

- Higiene de la cavidad oral: 2-3 veces/día, cepillado para eliminar la placa bacteriana y posterior buche con soluciones de **clorhexidina** al 0,12% sin diluir⁵¹.
- Usar sólo la dentadura protésica para alimentarse, evitando tenerla colocada todo el día, para disminuir la posibilidad de lesiones. Mantener la higiene de la prótesis con cepillado, en vaso de agua con solución bicarbonatada: 1 cucharadita de bicarbonato en 200 cm³ de agua.
- En caso de dejar de usarla o no contar con prótesis dental o falta de piezas dentarias, ofrecer alimentos blandos, procesados, trozos pequeños, no irritantes, no salados, no ácidos, preferentemente fríos. Ejemplos: helados, gelatinas, flan, yogurt, purés a bajas temperaturas, licuados, soufflé de verduras, vainillas remojadas en leche, carne picada.
- En el caso del tratamiento con ciertos citostáticos, por ejemplo con 5 Fluoracilo: preparación bucal previo a quimioterapia: 1 hora antes y durante la quimioterapia colocar y mantener en la boca trozos de hielo (crioterapia).
- Complicaciones infecciosas: en caso de presentar lesiones exudativas supuradas o úlceras con fondo secretante, evaluar la toma de muestra para cultivo o virosis (citodiagnóstico de Tzank) según la disponibilidad local de recursos, antes de realizar curaciones específicas (con antisépticos/bacteriostáticos/antivirales). Colocar geles bacteriostáticos (clorhexidina) y en caso de que las lesiones den origen a síntomas sistémicos como fiebre, decaimiento, conviene realizar tratamiento antibiótico oral de amplio espectro y/o para gérmenes anaerobios, usando esquemas como amoxicilina/clavulánico 500mg c/8 horas o 875mg c/12 horas o eritromicina 500 c/8 horas; asociados a metronidazol 500mg c/8 horas o clindamicina 600mg c/6 horas. Si las lesiones son extensas, comprometen el estado general o la respuesta terapéutica es insuficiente considerar derivación para tratamiento sistémico parenteral.
- Aliviar las molestias y el dolor: si uno u otro son intensos, puede ser necesario administrar analgésicos antes de realizar el examen físico, la higiene de la cavidad oral o la alimentación.

⁵⁰Programa Argentino de Medicina Paliativa. Cuidado Paliativo. Guías de Tratamiento Para Enfermería. Cavidad oral.2004. Disponible en <http://paliativo-femeba.org/recursos>

⁵¹ Palma A, Taboada P, Nervi F. Medicina paliativa y cuidados continuos. Cap.23. En: Cullen C, Frascino N. Cuidados de la cavidad oral. 1° ed. Chile. Universidad Católica de Chile,2010

Si no recibía opioides previos, indicar **morfina** oral 2,5mg (0,25 cm³ de ampolla de 10 mg/cm³) 20 a 30 minutos antes; si los recibía administrar dosis de rescate (el 10% de la dosis /día de opioides). Si la intensidad del dolor es severa y la curación fuera prolongada, se puede utilizar de una dosis de 0.5 – 1 cm³ de midazolam subcutáneo.

Medidas específicas para el cuidado de la cavidad oral⁵²

Sequedad

- Humectar la mucosa con líquido, hielo, té de manzanilla, mantener por un minuto en la boca y no enjuagar.
- Usar alimentos frescos, chicles sin azúcar o caramelos ácidos (aumentan la salivación), geles mentolados o sustitutos de saliva (saliva artificial **carboximetilcelulosa**) 2 cc cada 3 o 4 horas.
- Mantener higiene de la cavidad oral mínimo 3 veces por día
- Lubricar labios con manteca de cacao; no usar vaselina porque es hidrófoba.

Dolor

- No colocar la dentadura postiza
- Indicar dieta blanda - líquida con alimentos fríos o frescos
- Colocar **lidocaína viscosa 2%** en la zona dolorosa 15 minutos antes de cada comida, o **bencidamina 0,15%** (analgésico y anestésico) 15 cc. cada 4 horas
- Indicar buches anestésicos antes y después de las comidas, o cuando haya dolor: **5 cc de lidocaína jalea 2% + 30 cc de difenilhidramina + 30 cc de hidróxido de aluminio** (agitar antes de usarlo)
- Buches o baños de infusión con **manzanilla fría** : mantener durante 10 minutos, pasándolo por toda la cavidad oral y escupir.
- Evitar alimentos o soluciones irritantes locales o ácidas.

Micosis (cándida)

- Después de la ingesta, limpiar la cavidad oral. Envolver el dedo en gasa humedecida en **agua bicarbonatada** arrastrando las placas y/o exudados.
- Secar las mucosas para mejor contacto de los medicamentos locales.
- Tratamiento local: buches con **5 cc de nistatina** cada 4-6 horas, tragarlos y no tomar líquidos ni comida por 30 minutos.
- Higiene de las prótesis.
- Evaluar la indicación de tratamiento sistémico con **fluconazol 100mg/día, 7 a 10 días** ; o en una monodosis de 150 mg por semana.

Lesiones sangrantes

- Humectar la cavidad oral previo a la higiene. Humedecer con cubitos de hielo.
- Realizar topificaciones con **sucralfato** .
- Indicar alimentos blandos no irritantes o calientes.
- Indicar cepillado dental suave, y evitar desprendimiento traumático de exudados.
- Evaluar la topicación local con **adrenalina** al 1/1000.

Educación para la familia

Siempre que sea posible, hacer que la familia participe en el cuidado de la boca y brindar asesoramiento conjunto con enfermería, sobre cómo realizar la higiene y cuándo administrar las soluciones. Explicar que las lesiones de la cavidad oral alteran el gusto, producen lengua áspera y dificultan la deglución.

⁵² Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA

6) Úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPP) o escaras, son lesiones caracterizadas por alteración variable en las diferentes capas de la piel, soluciones de continuidad y/o complicaciones locales o sistémicas.

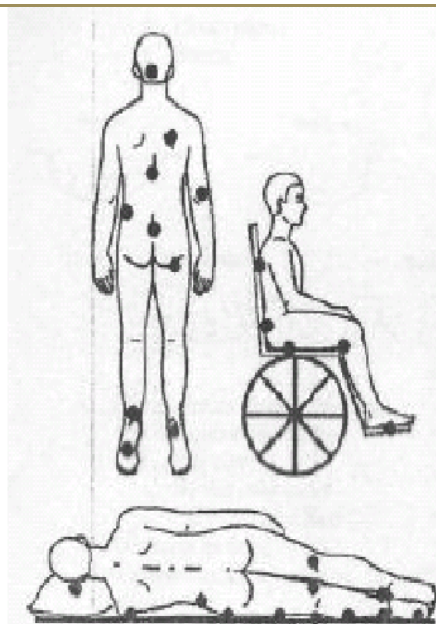
Las UPP tienen alta morbilidad y mortalidad. La importancia de prevenir su aparición o evitar su progresión o complicaciones, contribuye a mantener el bienestar del paciente con Enfermedades con Riesgo de vida en Estadio Avanzado (ERVEA) y de su familia.⁵³

Causas

Son lesiones provocadas por una presión extrema continua, mayor a la presión tisular habitual, que disminuye la circulación y el aporte de oxígeno, desencadenando hipoxia tisular y necrosis.

Las localizaciones más frecuentes son:

- Sacro
- Talón
- Maléolos externos
- Glúteos
- Trocánteres
- Escápulas
- Isquión
- Región occipital
- Codos
- Crestas ilíacas
- Orejas
- Apófisis espinosas
- Cara interna de las rodillas
- Cara externas de las rodillas
- Maléolos internos
- Bordes laterales de los pies



Los mecanismos y factores de riesgo de UPP son:

Generales:

- Deterioro clínico progresivo: caquexia (hipoalbuminemia, exposición de prominencias óseas) o inmovilización (astenia severa, parálisis).
- Medicamentos que alteran la resistencia y la cicatrización de la piel, por ejemplo: corticoides, quimioterápicos orales, radioterapia.
- Efectos adversos de tratamientos: radioterapia, quimioterapia.
- Estados asociados a inmovilización: dolor, trastornos anímicos o psiquiátricos, deterioro cognitivo, demencia.

Locales:

- Presión o fricción: inmovilización articular, fijación mecánica (férulas, aros de apoyo)
- Insuficiencia circulatoria arterial o venosa.
- Edemas: alteran la resistencia, la cicatrización y la sensibilidad.
- Incontinencia urinaria/fecal o secreciones vaginales/rectales: producen maceración de la piel.

⁵³Moreno-Pina JP, Richart-Martínez M, Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. *Enferm. Clin.* 2007;17(4):186-97.

Evaluación integral

- Antecedentes generales
- Examen físico, para clasificar las lesiones existentes (y orientar el tratamiento), y prevenirlas en zonas de mayor riesgo.

Clasificación de úlceras por presión

Las UPP se pueden clasificar en estadios de acuerdo al grado de alteración de la piel, la profundidad y las características en la solución de continuidad ⁵⁴:

Estadio 1: Eritema que no palidece en la piel intacta. Sin solución de continuidad.

Estadio 2: Pérdida parcial del espesor cutáneo afectando la epidermis, dermis o ambas.

Estadio 3: Pérdida de todo el espesor cutáneo incluyendo lesión o necrosis del tejido celular subcutáneo, que puede extenderse en profundidad pero no a través de la fascia subyacente.

Estadio 4: Pérdida de todo el espesor cutáneo con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión muscular, ósea o de estructuras de sostén.

Existen escalas de valoración (Ejemplo: Nova 5, Norton y Braden-Berstrom), de alta sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de UPP en pacientes ancianos y con enfermedades invalidantes⁵⁵.

Tabla N° 8 Escala Nova 5: Escala de valoración en pacientes ancianos para úlceras por presión (UPP)

Puntos	Estado mental	Incontinencia	Movilidad	Nutrición e ingesta	Actividad
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional o Limitada	Ligeramente Limitada	Ocasionalmente con ayuda	Deambula con ayuda ocasional
2	Letárgico	Urinaria ofecal Importante	Limitación Mayor	Incompleta, siempre con ayuda	Deambula y precisa ayuda siempre
3	Coma	Urinaria y fecal persistente	Inmóvil	Sin ingesta oral, enteral o parenteral superior a 72 h. y/o desnutrición previa	No deambula, permanentemente en cama

Fuente: Pallipedia. Woundodor. Disponible en <http://pallipedia.org/term.php?id=500>

Según la puntuación obtenida de la aplicación de la escala se obtienen 4 categorías de riesgo:

- Categoría 1: 0 puntos: sin riesgo.
- Categoría 2: 1 a 4 puntos: riesgo bajo
- Categoría 3: 5 a 8 puntos: riesgo medio
- Categoría 4: 9 a 15 puntos: riesgo alto

Plan terapéutico

Medidas generales

Tener en cuenta el estado general del paciente, su calidad de vida al momento de la consulta, su pronóstico, el estadio de la úlcera por presión y los recursos disponibles. En muchos casos, aun cuando se extremen las medidas de prevención, es posible que los pacientes desarrollen UPP.

⁵⁴ Programa Argentino de Medicina Paliativa. Cuidado Paliativo. Guías de tratamiento para enfermería. Úlceras por decúbito. 2004. Disponible en <http://paliativo-femeba.org/recursos>

⁵⁵ Moreno-Pina JP, Richart-Martínez M, Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Enferm.Clin. 2007;17(4):186-97.

Recordar que ningún tratamiento será efectivo sin las rotaciones posturales regladas cada 2-3 horas.⁵⁶

Para planificar el tratamiento, es oportuno conocer algunos materiales de uso, evaluar el objetivo terapéutico, las medidas locales específicas para cada caso y las posibilidades de realizarlo.

- **Higiene de la UPP:** lavado con solución fisiológica, siempre humedecer unos minutos antes las gasas colocadas para evitar a la posibilidad de sangrado local y/o dolor.
- **Complicaciones infecciosas:** evaluar la posibilidad y beneficio para el cambio de conducta terapéutica que pudiera aportar la toma de muestra para cultivo, antes de realizar curaciones específicas (con antisépticos o bacteriostáticos). Si no fuese posible la toma de muestra, una alternativa es iniciar tratamiento empírico con antibióticos sistémicos de amplio espectro y para gérmenes anaerobios, por 7 a 10 días, evaluando la respuesta y la necesidad de interconsulta oportuna a infectología. Opciones recomendables: amoxicilina-clavulánico 500mg c/8hs u 875mg c/12 horas oral ó eritromicina 500mg c/8hs; asociados a metronidazol 500mg c/8hs o clindamicina 600mg c/ 6 hs.
- **Reducción del olor:** lavado con solución de **metronidazol** (1 comprimido de 500mg diluido en 500 cc de solución fisiológica; la preparación dura 24 hs.) o geles de **metronidazol** al 1%. Se recomienda además el uso de carbón activado en un recipiente abierto en el ambiente, o en los interiores de apósitos o pañales cercanos a la UPP (sin contacto directo con la piel). Se pueden también utilizar aerosoles aromatizados.⁵⁷
- **Aliviar el dolor:** si es intenso, puede ser necesario administrar analgésicos antes de realizar el examen físico y/o la higiene de la UPP. Si no recibía opioides previo, indicar **morfina** oral, 2,5mg (0,25 cc de ampolla de 10 mg/cc) 20 a 30 minutos antes; si los recibía, se administra el 10% de la dosis/día de opioides. Si la intensidad del dolor es severa y la limpieza fuera prolongada, se puede utilizar una dosis de 0,5–1cc (2,5mg/5mg) de **midazolam** SC.

Tratamiento específico de las úlceras por presión (UPP) según grado

Grado 1:

- Lavar la zona afectada con solución fisiológica y secar sin frotar
- Hidratar y realizar masajes o fricciones suaves en la zona circundante de la zona eritematosa para favorecer la circulación: aplicar cremas o aceites hidratantes, nunca sobre la lesión para no dañar la piel irritada.
- Aumentar la frecuencia de los cambios posturales (con esquema de rotación estricto según las necesidades de cada paciente)
- Extremar la observación periódica de la zona afectada y las áreas de riesgo.

Grado 2:

- Lavar la zona afectada con solución fisiológica y secar sin frotar.

Opciones de curación en **escara abierta** sin necrosis:

- Parche hidrocoloide: debe retirarse cuando el parche cambia su tonalidad y se aclara en la zona central, lo que indica que se ha "saturado" y ha cumplido su acción terapéutica.
- Ungüento-crema de **sulfadiazina de plata+lidocaína+vitamina A** colocar una capa fina para que tenga acción bacteriostática adecuada. También cremas en base a óxido de zinc.
- No se recomienda el uso de **iodopovidona**, **hipoclorito de sodio** (lavandina), **agua oxigenada** o **ácido acético** (vinagre), gasas con **furacina** ni **iodoformo** por su toxicidad en la granulación (se afectan granulocitos, monocitos, fibroblastos) y tejidos circundantes.
- Aumentar la frecuencia de los cambios posturales (ángulos de posición, rotación cada 2 horas; curaciones periódicas de la zona afectada y observar áreas de riesgo para detectar signos de evolución desfavorable.

⁵⁶Patty W. Palliative Medicine Pocket Companion. Wound Care. Cap.58. Medicine. 1° Ed. The Institute for Palliative Medicine San Diego Hospice: USA, 2009

⁵⁷Pallipedia. Woundodor. Disponible en <http://pallipedia.org/term.php?id=500>

Grado 3:

- Lavar la zona afectada con solución fisiológica y secar sin frotar.

Opciones de curación:

- Escara **necrótica y cerrada**: debridar tejido necrótico o referir a cirugía para escarectomía.
- Escara **abierta**: utilizar apósitos de hidrocoloideos o alginato y lavar la UPP en cada cambio de apósito.
- No se recomienda el uso de **iodopovidona**, **hipoclorito de sodio** (lavandina), **agua oxigenada** o **ácido acético** (vinagre), gasas con **furacina** ni **iodoformo** por su toxicidad en la granulación (se afectan granulocitos, monocitos, fibroblastos) y tejidos circundantes.
- Mantener las medidas de prevención general.

Grado 4:

- Lavar la zona afectada con solución fisiológica y secar sin frotar.
- Utilizar apósitos de hidrocoloideos o alginato y lavar la UPP en cada cambio de apósito.
- No se recomienda el uso de **iodopovidona**, **hipoclorito de sodio** (lavandina), **agua oxigenada** o **ácido acético** (vinagre), gasas con **furacina** ni **iodoformo** por su toxicidad en la granulación (se afectan granulocitos, monocitos, fibroblastos) y tejidos circundantes.
- Mantener las medidas de prevención general.

Glosario

***Hidrocoloideos:** parches de material sintético de polímeros, que absorben exudado y detritus necrótico de las heridas convirtiéndose en un gel coloidal. Suelen estar recubiertos por poliuretano y dan temperatura y humedad ideales, limpieza y aporte de oxígeno y disminución de la cantidad de exudado acumulado. Se presentan en forma de apósitos, gránulos, pasta e hidrofibra. Se recambian cuando hay cambio de coloración (saturación).*

***Alginatos:** material de fibra que absorben hasta 20 veces su peso, y tienen propiedades debridantes. Con el intercambio de iones forman un gel rico en proteínas naturales, aminoácidos y factores de crecimiento. Reducen el mal olor que pueden producir algunas úlceras por decúbito. Se presentan en forma de apósitos o fibras.*

***Saturación:** cambio de coloración local de parches de curación, que en contacto con la herida efectúan su acción terapéutica cambiando a coloraciones de menor intensidad, indicando la necesidad de recambio local.*

Educación de familia:

Se educará a la familia para:

1. Mantener la piel limpia con el baño y observación diaria; mantener la piel seca en los pliegues y los espacios interdigitales; mantener ropa de cama seca y extendida (evitar las arrugas).
2. Movilizar al paciente (si es posible) para la prevención de rigidez y posturas viciosas. Elevar las piernas para disminuir edemas; realizar masajes con cremas o emulsiones para mejorar la humectación y la circulación local (evitar cremas perfumadas y con alcohol)
3. Evitar materiales impermeables (plásticos).
4. Usar dispositivos de apoyo, almohadones, colchón de aire, etc.

Criterios de referencia y/o derivación

Lesiones que evolucionan con complicaciones locales no controlables:

- Sangrados persistentes
- Sobreinfección resistente a tratamientos locales o sistémicos con compromiso del estado general. En caso de ser lesiones resistentes, que no comprometen el estado general, se recomienda realizar la interconsulta con infectología para evaluar opciones de tratamiento antibiótico.
- Imposibilidad de brindar la asistencia adecuada necesaria.

Actividad 1

Indique V (verdadero) si considera que el enunciado es correcto y F (falso) si es incorrecto.

Enunciado	V o F
1) Cuidados Paliativos es una modalidad de atención que se focaliza en la prevención y control del sufrimiento.	
2) La evaluación multidimensional consiste en recoger información para establecer los objetivos terapéuticos posibles.	
3) La evaluación multidimensional se focaliza en la evaluación de los síntomas actuales y de los efectos de la medicación en uso.	
4) El trabajo interdisciplinario integrado y colaborativo se basa en la comunicación, en el intercambio de información, entre los miembros del equipo de salud, el paciente y la familia.	
5) La comunicación efectiva durante la consulta permite identificar las necesidades y expectativas del paciente.	
6) Las deficiencias en la comunicación entre el profesional y el paciente y/o la familia pueden condicionar la adherencia al tratamiento.	
7) El diálogo sincero es un recurso terapéutico para aliviar el sufrimiento psíquico.	
8) Siempre y en todos los casos es conveniente establecer un “cerco de silencio” alrededor del paciente para evitar que pierda las esperanzas.	
9) Siempre se deben transmitir los diagnósticos – noticias negativas- directamente al paciente.	
10) Brindar cuidados paliativos incluye el entrenamiento de la familia en las técnicas de colocación y mantenimiento de una vía subcutánea.	
11) La inadecuada respuesta al tratamiento antiemético es uno de los criterios para la derivación del paciente a un nivel de atención de mayor complejidad.	
12) Los problemas de la cavidad oral–boca dolorosa por mucosas y lengua inflamadas, boca seca son efectos adversos del tratamiento con quimioterapia, radioterapia y/o corticoides.	
13) El baño diario, la movilización cada 2 horas y los masajes son cuidados para prevenir las úlceras por presión	

Anexo 1

Escalas de evaluación funcional y cognitiva

Escala Karnofsky (para evaluación funcional)

La Escala Karnofsky, también llamada KPS, es la forma típica de medir la capacidad de los pacientes para realizar tareas cotidianas.

Los puntajes de la escala de rendimiento de Karnofsky oscilan entre 0 y 100. Un puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas. La KPS se puede usar para determinar el pronóstico del paciente, medir los cambios en la capacidad funcional del paciente o decidir si un paciente puede ser incluido en un estudio clínico.

Permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas.

Es un elemento predictor independiente de mortalidad tanto en patologías oncológicas y no oncológicas. Sirve para la toma de decisiones clínicas y valorar el impacto de un tratamiento y el pronóstico de la enfermedad de los pacientes. Ej. Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes.

- 100: Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad.
- 90: Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
- 80: Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
- 70: Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
- 60: Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
- 50: Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
- 40: Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
- 30: Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.
- 20: En cama por completo, paciente muy grave, o necesita hospitalización y tratamiento activo.
- 10: En fin de vida próximo.
- 0: Fallecido.

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Groups)(para evaluación funcional)

0.- Actividad normal, puede cumplir con todos sus quehaceres al igual que antes de la enfermedad, sin ninguna restricción.

1.- Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo independiente y capaz de llevar a cabo trabajos ligeros o sedentarios.

2.- Autoválido y capaz de cuidarse, pero no de llevarse a cabo cualquier trabajo. Tiene que quedarse en cama durante menos del 50% de las horas del día.

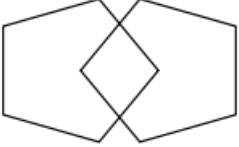
3.- Parcialmente autoválido, está en cama más del 50% de las horas del día.

4.- Incapaz de cuidarse, en cama permanente.

5.- Fallecido

Evaluación cognitiva: MMT: Mini Mental Test de Folstein.(para evaluación cognitiva)

Es un cuestionario de 30 preguntas agrupadas en 10 secciones donde las características esenciales que se evalúan son:

Preguntas	Puntaje
<p>1) Orientación en tiempo (5 puntos): Se pregunta el día de la semana, fecha, mes, año y estación del año. Se otorga un punto por cada respuesta correcta. Se puede considerar correcta la fecha con diferencia de 2 días</p>	5
<p>2) Orientación en lugar (5 puntos): Se pregunta el lugar de la entrevista, hospital, ciudad, provincia y país. Se otorga un punto por cada respuesta correcta.</p>	5
<p>3) Registro de 3 palabras (3 puntos): Se pide al paciente que escuche atentamente a las tres palabras que se le mencionarán (usualmente casa, zapato y papel) y tiene que repetir las. Se le avisa que más tarde se le preguntarán de nuevo. Se otorga un punto por cada palabra correcta.</p>	3
<p>4) Atención (1 punto cada respuesta correcta) Pida al paciente que reste 100-7-7-7-7.... (93-86-79-72-65...) o que deletree la palabra MUNDO de atrás para adelante. (ODNUM). Por cada respuesta correcta se otorga un punto, y debe detenerse después de 5 repeticiones correctas.</p>	5
<p>5) Memoria (1 punto cada respuesta correcta) Pida al paciente repetir los 3 objetos nombrados antes (en "Fijación"). Por cada repetición correcta se otorga un punto</p>	3
<p>6) Denominar(2 puntos) (Señalando los objetos): reloj, lápiz.</p>	2
<p>7) Repetición(1 punto) "el flan tiene frutillas y frambuesas"</p>	1
<p>8) Comprensión (3 puntos): Se le indican tres órdenes simples que pueda realizar. Por ejemplo, Tome el papel con su mano derecha, dóblelo a la mitad y póngalo en el suelo. Se otorga un punto por cada acción correcta</p>	3
<p>9) Lectura: (1 punto) Se solicita al paciente que lea la orden "Cierre los ojos" (escrita previamente) y la obedezca. No debe decirlo en voz alta y sólo puede explicársele una vez</p>	1
<p>10) Escritura: (1 punto) Escritura (1 punto): Se pide al paciente que escriba una oración, que debe tener sujeto y predicado. Se otorga 1 punto si la oración tiene sentido.</p>	1
<p>11) Dibujo: Debe copiar un dibujo simple de dos pentágonos cruzados (véase imagen anterior). Se considera correcto si su respuesta tiene dos figuras de 5 lados y su cruce tiene 4 lados.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	1
<p>Total:</p>	

Interpretación

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona. Al calificarse se puntúa cada respuesta de acuerdo al protocolo y se suma el puntaje obtenido por todas las respuestas. Si el paciente no puede responder una pregunta por una causa no atribuible a enfermedad relacionada con el estado mental (el paciente no sabe leer y se le pide que lo haga) debe eliminarse y se obtendrá la relación proporcional al resultado máximo posible.³

Los resultados dependen de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba.³

- Entre 30 y 27: Sin Deterioro.
- Entre 26 y 25: Dudoso o Posible Deterioro.
- Entre 24 y 10: Demencia Leve a Moderada.
- Entre 9 y 6: Demencia Moderada a Severa.
- Menos de 6: Demencia Severa

Anexo 2

Imágenes vía SC

Imagen 1: BD Nexiva



Imagen N°2: Catéter BD Saf Intima



Anexo 3

Clave de respuestas de la Actividad 1

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Falso: la evaluación multidimensional incluye la exploración de aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales tanto en el individuo enfermo como en la familia.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Verdadero.
8. Falso: La discordancia entre las percepciones del paciente y lo que manifiesta el entorno afectivo causa sufrimiento porque impide la comunicación de temas significativos, la expresión de las emociones y la implementación de las medidas de apoyo necesarias.
9. Falso: NO es conveniente confirmar noticias negativas de manera directa cuando el paciente:
 - explícitamente no desea ser informado
 - delega la recepción de información en un subrogante (familiar o amigo).
 - tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos no controlados, tiene síntomas psicológicos severos indicadores de mala adaptación, como enojo continuo e intenso, ansiedad generalizada.
 - tiene ideación suicida o antecedentes de intento de suicidio.En las últimas situaciones es imprescindible el trabajo en equipo con profesionales del área psicosocial y/o salud mental.
10. Verdadero.
11. Verdadero.
12. Verdadero.
13. Verdadero.

Bibliografía

-The solid facts. Palliative Care. Ed. Davies E, Higginson IE. World Health Organization Europe. 2004. <http://www.euro.who.int>

-Field, J. and Christine K. Approaching death: improving care at the end of life. Committee on Care at the End of Life, Division of Health Care Services., Institute of Medicine; Cassel Editors. National Academy Press, Washington, D.C. 1997

-WHO. National Cancer Control Programs: Policies and Managerial Guidelines, 2nd Ed. Geneva: WHO, 2002

-Wenk R, Bertolino M. Palliative care development in South America: a focus on Argentina. J Pain Symptom Manage. 2007 May;33(5):645-50.

-International Association for Hospice and Palliative Care. IAHPHC List of Essential Practices in Palliative Care. Houston: IAHPHC Press, 2012.

- Programa Argentino de Medicina Paliativa - Fundación FEMEBA Evaluación en Cuidado Paliativo. Año 2008 (acceso 20/03/2012).

-Elsayem A, Driver L, Bruera E. The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. ap.2. Pág.11. 2ª Ed: MD Anderson Cancer Center, 2002.

-Bruera E, Hui D. Journal of Clinical Oncology. 2010; 25 (28):4015

-Mc Daniell S, Cambell T, Orientación Familiar en Atención Primaria. Cap. 2. La influencia de la familia sobre la enfermedad: investigaciones sobre la incidencia de la familia en la salud. 2ª Ed. España: Springer Verlag Ibérica, 1998.

-Mc Daniell S, Cambell T. Orientación Familiar en Atención Primaria. Cap15. Dificultades en la evolución de las enfermedades crónicas: Asistencia a los pacientes y sus familias. 2ª Ed. España: Springer Verlag Ibérica, 1998.

-Clèries Xavier. La Comunicación: Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Capítulo 4. Habilidades comunicativas en el encuentro con el paciente. Ed. Masson, S.A., Barcelona, 2006

-Wenk R, Bertolino M. y cols. Manual de Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación FEMEBA. 2ª Ed. Argentina: FEMEBA, 2007

-Driver L, Bruera E. The M. D. Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook. Cap 4. 1ª Ed. USA.: MD Anderson Cancer Center, 1999.

-Barbero J, Barreto P. y cols. Comunicación en Oncología Clínica. Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.

-Bruera E. Process and Content of Decision Making by Advanced Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology, 2006; 24 (7): 1029-1030

-Von Roenn J, Von Guten C. Setting goals to maintain hope. JCO 2003; 21 (3) 570-5747

-Back L. and Arnold R M. Discussing Prognosis: "How Much Do You Want to Know?" Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. JCO 2006; 24 (25) 4214-417

-Rubinstein A, Terrasa S, y cols. Medicina Familia y Práctica ambulatoria. Sec. 27. Cap 286. In: Liaño E. Manejo de la comunicación en Cuidados Paliativos. 2ª Ed. Argentina: Panamericana, 2006.

-Palma A, Taboada P, Nervi F. Manual de Medicina Paliativa y Cuidados Continuos. Cap. 24. In: Del Río M.

-Comunicación en el final de la vida. 1ª Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010

-Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., Bayés, R. Comunicación en Oncología Clínica. Capítulo 11. Ed. Just in Time S.L., Madrid, 2005.

-Rauch P.K, Muriel A, Cassem, N. H. The Art Of Oncology: When The Tumor Is Not The Target: Parents With Cancer: Who's Looking After the Children? JCO 4399- 4402.

- Tarantino M. G., Braga ML. La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. Communication in Pediatrics: children and adolescents, subjects of right. Arch Argent Pediatr2011;109(1):36
- Publicaciones de información para el paciente Del Centro Clínico de los Institutos Nacionales de la Salud. Cómo hablar con los niños acerca de la muerte. National Institutes of Health Clinical Center, Bethesda, Maryland 20892. 2007.
- Palma A, Taboada P, Nervi F, Medicina paliativa y cuidados continuos. Cap.12. En: Rodríguez A, Bunge S, Bertolino M. Manejo de síntomas gastrointestinales, constipación, diarrea, náuseas, vómitos y oclusión intestinal. 1° Ed. Chile: Universidad Católica de Chile, 2010.
- Walsh D y col. Medicina Paliativa. Parte 2. Cap.169.Sec.8. En: Abrahm J, Fowler B. Náuseas, vómitos y saciedad precoz.1°Ed. España: Elsevier, 2010.
- Driver L, Bruera. E, TheM.D. Anderson Symptom Control and Palliative CareHandbook. Cap 6.1°Ed.USA: MD Anderson CancerCenter,1999
- Pazdur R, y col. Cancer management: a multidisciplinary approach. Cap 38. En:Geunberg S, Vithala M.
- Management of nausea and vomiting. 11°Ed. US: CMP Healthcare Media, 2008
- Programa Argentino de Medicina Paliativa. Náuseas y vómitos. <http://paliativo-femeba.org/recursos> (acceso 30/03/2012)
- Programa Argentino de Medicina Paliativa. Cuidado Paliativo. Guías de Tratamiento Para Enfermería. Cuidado oral.2004. Disponible en <http://paliativo-femeba.org/recursos>
- Palma A, Taboada P, Nervi F. Medicina paliativa y cuidados continuos. Cap.23. En: Cullen C, Frascino Cuidados de la cavidad oral. 1° ed. Chile. Universidad Católica de Chile,2010
- Moreno-Pina JP, Richart-Martínez M, Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Enferm. Clin. 2007;17(4):186-97.
- Programa Argentino de Medicina Paliativa. Cuidado Paliativo. Guías de tratamiento para enfermería. -Úlceras por decúbito. 2004. Disponible en <http://paliativo-femeba.org/recursos>.
- Moreno-Pina JP, Richart-Martínez M, Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Enferm.Clin. 2007;17(4):186-97.
- Patty W. Palliative Medicine Pocket Companion. Wound Care. Cap.58. Medicine.1° Ed. The institute for Palliative Medicine San Diego Hospice: USA, 2009
- Pallipedia. Woundodor. Disponible en <http://pallipedia.org/term.php?id=500>

Tema: Cuidados Paliativos

Cuidados paliativos

Equipo asistencial y docente. Programa Argentino de Medicina Paliativa – Fundación FEMEBA:

Autores

Roberto Wenk.

Médico Clínico. Director del Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Presidente de la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).

Fanny Vega

Médica de Familia. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA.

Mariela Bertolino

Médica Clínica. Cuidados Paliativos. Sub-Directora del Programa Argentino de Medicina Paliativa Fundación FEMEBA. Coordinadora Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Sofía Bunge

Médica Clínica. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinadora Docente UCP – Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Clara Cullen

Lic. en Enfermería. Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Guillermo Mammana

Médico Clínico. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinador Médico. Hospital Tornú.

Noemí Díaz.

Lic. en Psicología. Programa Argentino de Medicina Paliativa-Fundación FEMEBA. Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Actualización 2019

Romina Gaglio. Médica. Especialista en Medicina Familiar y General.

Revisión 2019

Fanny Vega

Médica de Familia. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA.

Sofía Bunge

Médica Clínica. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinadora Docente UCP – Hospital General de Agudos "E. Tornú".

Guillermo Mammana

Médico Clínico. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA. Coordinador Médico. Hospital Tornú.

Cynthia Biondi.


Lic. en Enfermería. Cuidados Paliativos. Programa Argentino de Medicina Paliativa- Fundación FEMEBA Coordinador Médico. Hospital Tornú

Coordinación Editorial 2019

Analía Gil. Médica. Especialista en Medicina Familiar y General y Nutrición.
Cristina Ratto. Licenciada en Educación.

Responsable Editorial 2019

Lic. Gisela Bardi.
Coordinadora de Medicamentos Esenciales.

República Argentina 
salud.gob.ar

Av. 9 de julio 1925, Buenos Aires, Argentina

Secretaría de
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Presidencia de la Nación