

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA ATENCIÓN PRIMARIA

URGENCIAS DEL PACIENTE PALIATIVO

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos se definen según la OMS como la atención específica, activa e integral que deben recibir los pacientes con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable así como sus familias.

En el enfermo terminal los cambios son frecuentes en cuanto a la cualidad y la intensidad de los síntomas. Esto obliga a una continua revisión de las estrategias terapéuticas para adaptarlas a las necesidades del paciente.

CONTROL DE SÍNTOMAS

1. ALIVIO DEL DOLOR

El dolor es uno de los síntomas más comunes y más temidos en los pacientes terminales.

Para su buen control debemos tener en cuenta su:

- Duración (agudo o crónico).
- Características (nociceptivo: somático o visceral y neuropático: disestesico o neurálgico).
- Causa (debido a la enfermedad primaria, asociado al tratamiento o relacionado con la debilidad crónica).
- Intensidad: existen diferentes escalas para su valoración (analógica visual, numérica y descriptiva) que nos permiten medir el dolor y cuantificar la eficacia del tratamiento.

Se utiliza una pauta escalonada de tratamiento, que consta de tres escalones compuestos por distintos fármacos, dispuestos de menor a mayor potencia:

1º ESCALÓN: NO OPIOIDES + COADYUVANTES

Formado por los llamados analgésicos menores, periféricos o no opioides. Son un grupo muy heterogéneo de fármacos, entre los que se incluyen el ácido acetil salicílico (AAS), paracetamol y los AINE.

2º ESCALÓN: OPIOIDES MENORES + NO OPIOIDES + COADYUVANTES

Comienzo en dolores moderados que no se controlen con analgésicos no opioides o cuando los analgésicos menores están contraindicados.

Disponemos de: codeína, dihidrocodeína, tramadol, dextropropoxifeno.

3º ESCALÓN: OPIOIDES MAYORES + NO OPIOIDES + COADYUVANTES

Los opioides mayores están indicados en el tratamiento del dolor intenso, tanto agudo como crónico, que no se controla con dosis máxima de opioides menores.

Disponemos de: Morfina, Meperidina, Fentanilo, Oxiconona y Naloxona.

2. SÍNTOMAS DIGESTIVOS

NAÚSEAS Y VÓMITOS

Medidas farmacológicas: administrar de forma profiláctica en pacientes en tratamiento con opioides.

Principios activos, dosis e indicaciones:

Metoclopramida: 10 mg/6-8 h vo, sc. Por retraso de vaciamiento gástrico.

Domperidona

Butirofenonas: 1-2 mg/6-8 h vo, im. De origen central.

Clorpromacina: 25-50 mg/8 h vo, sc. De origen central en paciente agitado.

Ondasetron: 4-16 mg/12 h vo, sc. Por quimioterapia.

Dexametaxona: 2-24 mg/24 h im, sc. Si existe HTIC o edema peritumoral.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Se descartará primero un fecaloma, realizándose extracción y enema de limpieza.

Se usarán los fármacos por vía sc de forma preferente.

- Corticoides: dexametasona 16-24 mg/d con acción antiedema tumoral.

- Náuseas y vómitos: haloperidol 5-10 mg/d de elección, metoclopramida 40-240 mg/d, no utilizar si existe obstrucción completa o dolor cólico.

- Disminución de las secreciones gastrointestinales y la motilidad: butilbromuro de hioscina 60-120 mg/24 h.

- Dolor abdominal: morfina 2,5-5 mg/4 h, aumentando la dosis progresivamente.

3. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DISNEA

Sensación subjetiva de falta de aire que aparece casi en la mitad de los pacientes paliativos y que es vivida de tal forma que constituye una urgencia.

- Tratar la causa subyacente: anemia, derrame pleural, TEP, brocoespasmo, neumonía, síndrome de la vena cava superior...

- Oxigenoterapia en caso de hipoxemia, disnea de reposo, baja saturación o mejoría subjetiva con el oxígeno.

- Tratamiento farmacológico:

- Morfina: disminuye la sensibilidad del centro respiratorio a la hipoxemia y a la hipercapnia y mejora la insuficiencia cardíaca. Se comenzara con 2,5-5 mg/4 h y si tomaban previamente opioides aumentar la dosis en un 50 %.

- Benzodiacepinas: si predomina el componente ansioso se administrará loracepam sublingual (0,5-1 ml), para un efecto a corto plazo o diacepam si se requiere un efecto más duradero. La única benzodiacepina que se puede administrar de forma subcutánea es el midazolam a dosis de 0,5-1 mg/h inicialmente. En crisis de pán-

nico (el enfermo está convencido de que va a morir de inmediato), se podría usar de 2,5-15 mg.

- Corticoides: mejora la asociada a broncoespasmo, obstrucción de la vía aérea superior por crecimiento tumoral, síndrome compresivo de la vena cava superior y linfoangitis carcinomatosa.
- Broncodilatadores: si existe broncoespasmo asociado.

ESTERTORES PREMORTEN

Son los ruidos con los movimientos respiratorios producidos por la oscilación de las secreciones acumuladas en la hipofaringe. Se producen en las últimas horas de vida y causan gran angustia en los familiares.

- Poner en decúbito lateral si es posible, con la cabeza elevada y sin aspirar las secreciones.
- Butilescopolamina: 20-40 mg/8 h por vía subcutánea.

HIPO

Puede ser de causa central (ACV, tumor cerebral) o periférica por irritación del nervio vago o del frénico.

- Metoclopramida 10 ml/4-6 h si existe distensión gástrica.
- Clorpromacina 10-25 mg/8 h que produce supresión central.

HEMOPTISIS

Siempre que sea posible tratar la causa. Tratamiento sintomático:

- En cáncer avanzado: decúbito lateral del lado afecto, oxígeno y sedación (midazolam, diazepam, morficos...).

- Si el estado del enfermo lo permite: hemograma, reposición de fluidos, transfusiones, corregir las alteraciones de la coagulación...
- Hemoptisis masiva (> 40 cc/h): el pronóstico es infausto.

4. SÍNTOMAS NEUROPSICOLÓGICOS ANSIEDAD

Se utilizarán benzodiazepinas de vida media corta:

- Loracepam: 0,5-2 mg/3-6 h.
- Alprazolam: 0.25-2 mg/6-8 h.

SÍNDROME CONFUSIONAL

Es el trastorno cognitivo más frecuente. Suele ser multifactorial (fármacos, alteraciones electrolíticas, patología intracraneal, impactación fecal, incontinencia urinaria) y por tanto habrá que descartar y tratar las causas. En caso contrario se pautará tratamiento sintomático:

- Neurolépticos: risperidona vo, haloperidol y levopromazina vo o sc.
- Benzodiazepinas: en situación de últimos días, si no se ha conseguido controlar, añadir midazolam.

5. HIDRATACIÓN

Es un tema controvertido. Algunos autores consideran la deshidratación beneficiosa por contribuir a la disminución del nivel de conciencia y conseguir una menor percepción de los síntomas por parte del paciente. Otros opinan que la hidratación vía sc asegura una vía para la administración de fármacos, favorece la eliminación urinaria y alivia la inquietud de la familia.

BIBLIOGRAFÍA:

- Lamelo F. Control de síntomas de Cuidados Paliativos. Guías Clínicas en Atención Primaria 2004;4(27).
- Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. En URL: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>.
- Villa L et al. Medimecum guía de terapia farmacológica 2007. 7a edición. ADIS editores.
- VV.AA. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 3ª edición. 2010. Edicomplet.

AUTORES:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras
Dr. D. José Manuel Vergara Olivares

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-14-006-2
Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>