

La Gaceta 114, 14-06-2001

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA Y EL MINISTRO DE SALUD

En uso de las facultades que le confieren los artículos 140, incisos 3) y 18) de la Constitución Política; 1º, 2º, 3º, y 9º de la Ley N° 5395 de 30 de octubre de 1973, " Ley General de Salud"; 2 inciso ch) de la Ley N° 5412 de 8 de noviembre de 1973, "Ley Orgánica del Ministerio de Salud".

Considerando:

1º—Que la Ley General de Salud contempla que la salud de la población, es un bien de interés público tutelado por el Estado.

*2º—Que es necesario emitir las normas de control del dolor y cuidados paliativos que regirán la prestación de los servicios médicos a las personas con padecimientos incurables, a fin de contar con lineamientos claros y estandarizados que hagan posible la atención médica homogénea en el territorio nacional. **Por tanto,***

Decretan:

Artículo 1º—Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria en establecimientos de atención médica públicos y privados el "Manual de Normas para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos del I y II Nivel de Atención Médica" y los "Protocolos Generales de Manejo de los Síntomas y Complicaciones del Paciente Incurable y/o Terminal", según legajos anexos al presente Decreto.

Artículo 2º—El Ministerio de Salud velará por su correcta aplicación.

Artículo 3º—Rige a partir de su publicación.

MANUAL DE NORMAS DE ATENCIÓN DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL I Y II NIVEL OBJETIVO GENERAL

Contar con un instrumento técnico que contenga las normas generales y específicas, que rigen la "provisión de servicios, la educación, la capacitación y la disponibilidad de opiáceos", para el control del dolor y el cuidado paliativo, en el primero y segundo nivel de atención, con el fin de contribuir a disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas con padecimientos incurables, mediante una atención integral, eficiente y eficaz, generada por un equipo interdisciplinario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

v Promover la atención integral del enfermo en el establecimiento de salud y en el domicilio, para disminuir el sufrimiento y mejorar su calidad de vida.

v Contar con un sistema de información que permita conocer la población atendida, los costos, la incidencia y la prevalencia del cáncer y otras enfermedades incurables.

v Disponer de una red de servicios (referencia y contrarreferencia) y de suministros en forma oportuna y eficaz, para el control y el seguimiento de las personas con padecimientos incurables.

v Establecer proyectos de investigación que conduzcan a modificar y/o mejorar la atención de las personas con padecimientos incurables, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

v Fomentar el trabajo interdisciplinario en los profesionales en ciencias de la salud y sociales y en los estudiantes universitarios en la atención de las personas con padecimientos incurables.

v Disponer de manuales administrativos, técnicos y clínicos, que orienten al personal de salud en la atención integral de las personas con padecimientos incurables.

v Contar con programas de formación, capacitación y supervisión para los funcionarios y los grupos voluntarios, en los hospitales y las áreas de salud, que contribuyan en la atención de las personas con padecimientos incurables, conforme con los lineamientos del Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos.

CAPÍTULO I

Normas del Primer Nivel de Atención

1. PROVISIÓN DE SERVICIOS

1.1. Objetivo

Disponer de lineamientos generales y específicos que propicien el otorgamiento de servicios eficaces y oportunos en control del dolor y cuidados paliativos, a las personas con padecimientos incurables, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

1.2. Universo

Está constituido en el primer nivel de atención por la población adscrita al Área de Salud, con enfermedades y padecimientos incurables.

1.3. Dependencia Jerárquica

Las acciones del primer nivel de atención en esta área de trabajo dependen directamente del responsable del Área de Salud respectiva.

1.4. Recursos Humanos

1.4.1. EBAIS

El equipo de trabajo multidisciplinario en el EBAIS esta con-formado como mínimo por:

1 Médico General

1 Auxiliar de Enfermería

1 Asistente Técnico de Atención Primaria

1 Auxiliar de Registros Médicos.

1.4.2. EQUIPO DE APOYO

El área de control del dolor y cuidados paliativos del segundo nivel de atención, contará con un equipo de apoyo que otorgará el soporte profesional al primer nivel, el que estará conformado por:

1 Enfermera

1 Farmacéutico

1 Trabajador Social

1 Psicólogo

Las Áreas de Salud, que tengan limitaciones de recursos humanos para cumplir con los aspectos normados en el área de Control del Dolor y Cuidados Paliativos a nivel de los EBAIS, deben solicitar la creación de plazas, los servicios de personal voluntario o contratar servicios externos con terceros, de acuerdo con las posibilidades presupuestarias específicas.

1.4.3. COMUNIDAD

La comunidad puede colaborar con los funcionarios de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, mediante la participación de grupos organizados integrados formalmente, o por los ciudadanos que voluntariamente ofrezcan sus servicios.

1.5. Normas Generales y Específicas

Las normas generales y específicas en el área de provisión de servicios que se describen seguidamente, se deben cumplir en forma efectiva y oportuna, con el propósito de otorgar un servicio eficaz y con calidad a los usuarios.

1.5.1. NORMAS GENERALES

v Utilizar los mecanismos e instrumentos institucionales definidos para la atención de los pacientes con dolor y cuidados paliativos. (Historia Clínica, examen físico, examen neurológico, escala de Karnosky y Escala Visual Análoga).

v Respetar la autonomía del enfermo, en relación con el conocimiento, el manejo y el tratamiento de su enfermedad, tomando en consideración sus limitaciones físicas y el grado de avance de su problema de salud.

v Mantener el control de los síntomas y los signos relacionados con el dolor y la enfermedad incurable, tanto en los servicios de salud como a nivel domiciliario.

v Otorgar apoyo emocional, espiritual y social al paciente en fase incurable y a su familia.

v Los familiares de los enfermos incurables deben recibir al menos una sesión clínica de apoyo emocional y en caso necesario, después del fallecimiento del enfermo, se recomienda establecer un vínculo con los familiares mediante tarjeta de pésame u otro medio tradicional.

v En los casos que el equipo detecte una crisis emocional por duelo, debe intervenir y/o referir a un nivel superior.

1.5.2. NORMAS ESPECÍFICAS

Detección y Captación

v Identificar y captar del 80 al 100% de las personas que requieren tratamiento para el control del dolor y cuidados paliativos. Dicha captación puede ser realizada por cualquier miembro del Equipo de Salud.

v Contar con un registro en forma manual o mecanizada de los casos detectados o captados.

v Atender los casos referidos por el segundo y el tercer nivel de atención para su control y seguimiento, siempre y cuando se cuente con la capacidad resolutive necesaria.

v Se debe determinar clínicamente el diagnóstico de aquellos casos captados directamente y de los que hayan sido referidos por los niveles superiores.

Consulta Externa

v Verificar el tratamiento que se otorga a través de la referencia, así como educar al enfermo y a su familia referente a la necesidad y los efectos de los medicamentos que se están utilizando.

v Coordinar con el Equipo de Apoyo del segundo nivel, el manejo de los enfermos con control del dolor y cuidados paliativos. En casos especiales a criterio del médico tratante, se puede solicitar la asesoría y el concurso del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

v Aquellas áreas de salud del primer nivel que por circunstancias especiales cuenten con personal médico especializado en el área de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, están autorizadas para aplicar las normas del segundo nivel de atención.

v Referir y contrarreferir pacientes al segundo y tercer nivel de atención, cuando no se disponga de la capacidad resolutive en el primer nivel de atención.

v Atender dos pacientes por hora en casos nuevos y, tres en casos subsecuentes.

v La persona con diagnóstico de enfermedad incurable (con base en el criterio médico) debe ser atendido en forma prioritaria.

v Garantizar la atención continua de los enfermos con padecimientos incurables, para lo cual se deben establecer los procesos y los mecanismos adecuados.

Visita domiciliar

v Atender en forma integral en su domicilio al enfermo en fase incurable que por sus condiciones, no pueda desplazarse a recibir los Servicios de Salud.

v En las visitas domiciliarias se debe cumplir con la normativa establecida para la atención integral de los enfermos que requieren control del dolor y cuidados paliativos.

v En la primera visita domiciliar participarán como mínimo el médico y la auxiliar de enfermería. Se recomienda que en aquellas unidades que dispongan de Trabajador(a) Social, y Enfermera Profesional, ambos intervengan en esta primera visita.

v Las visitas domiciliarias subsecuentes pueden ser realizadas por uno o varios miembros del equipo, dependiendo de las condiciones del enfermo y de su familia.

v A criterio médico se realizará una visita domiciliar por semana al enfermo, que debido a su condición, no le sea posible asistir al centro de salud respectivo.

v En los casos de visita domiciliar por primera vez, se debe destinar al menos una hora para la atención directa y en las subsecuentes, media hora como mínimo.

v Establecer y realizar un plan de cuidados al enfermo cuando su condición lo requiera, otorgándole el material y el equipo necesario, conforme a la capacidad resolutive del primer nivel de atención.

v Cada Fundación o Asociación que apoya el área de control del dolor y cuidados paliativos, debe contar con un sistema de préstamo de equipo médico, para el cuidado del paciente en su domicilio, para lo cual se deben establecer los mecanismos y documentos de control necesarios.

v Se debe de realizar la atención del duelo a nivel domiciliar, cuando los familiares por circunstancias especiales no puedan acudir a los servicios de salud.

Participación Social

v Establecer una coordinación eficaz con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, para fortalecer las actividades en el área del control del dolor y cuidados paliativos.

v Fomentar la organización de redes de apoyo comunal, en el área de Control del dolor y cuidados paliativos.

v El equipo en ciencias de la salud y sociales del Centro de Salud, mantendrá un control permanente de estas redes de apoyo comunal.

v Las redes de apoyo comunal deben cumplir con las acciones y las limitaciones recomendadas para el cuidado del enfermo en fase incurable, según lo establecido en el Reglamento de Voluntariado, CCSS 1999.

Red de Servicios

v Las referencias y contrarreferencias deben de contener como mínimo, el detalle del diagnóstico y el tratamiento definido para el enfermo.

v Los establecimientos del primer nivel de atención deben solicitar la asesoría al segundo nivel de atención o en su defecto al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, cuando lo consideren necesario para otorgar servicios con calidad y oportunidad.

Medicamentos

v Programar anualmente los medicamentos a utilizar, conforme con el Cuadro Básico autorizado para el primer nivel de atención en control del dolor y cuidados paliativos. (Ver anexo N° 1).

v Cada Área de Salud debe establecer la coordinación con los niveles superiores, para obtener los medicamentos que se requieran para el cuidado de los enfermos a los que se les haya autorizado una prescripción específica. Esta coordinación se debe realizar entre los farmacéuticos (as) de los diferentes niveles de atención.

v Los medicamentos deben ser presupuestados y adquiridos por el nivel que en primera instancia generó la consulta y prescribió el medicamento, hasta que el paciente sea dado de alta por ese nivel. La compra de estos medicamentos esta sujeta a la capacidad presupuestaria de cada unidad y a la disponibilidad de los mismos dentro del cuadro básico de medicamentos.

v Los medicamentos que no se encuentren incluidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención, deberán ser presupuestados por los niveles correspondientes.

Recursos

v Cada Área de Salud debe incluir en su presupuesto anual, los requerimientos humanos, materiales, físicos, tecnológicos y financieros necesarios para la implementación de los programas del área de control del dolor y cuidados paliativos.

v Los recursos materiales y financieros recibidos por las fundaciones que amparan a las Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, deben ser destinados únicamente para la atención de los enfermos.

2. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

2.1. Objetivo

Dotar de los conocimientos necesarios a la familia, los grupos organizados de la comunidad, los voluntarios y el equipo de salud, para la atención integral de las personas con padecimiento incurable.

2.2. Universo

Esta constituido por la población adscrita al área de salud respectiva.

2.3. Normas Generales y Específicas

Las siguientes normas generales y específicas en el área de educación y capacitación, rigen el accionar del área de control del dolor y cuidados paliativos en el primer nivel de atención.

2.3.1. NORMAS GENERALES

v Los funcionarios de los EBAIS que laboren en el control del dolor y cuidados paliativos, deben estar debidamente capacitados por el segundo nivel de atención, o en su defecto por el tercer nivel de atención.

v Se establecerá un programa de educación continua durante el año, que incluya, entre otros aspectos, las siguientes actividades educativas: Congresos Nacionales, Talleres y Seminarios.

v Se deben establecer horarios de rotación de las personas al cuidado del enfermo en fase terminal, para evitar el desgaste físico y emocional de un sólo miembro de la familia.

v Fomentar y propiciar, en coordinación con el segundo nivel de atención, la salud mental y el autocuidado de los funcionarios que integran el equipo de salud, según las necesidades de cada miembro, mediante la programación y el desarrollo de actividades sociales, recreativas, deportivas y espirituales.

v Realizar sesiones clínicas y estudios de casos semanalmente, para la revisión de la bibliografía disponible, el análisis de casos clínicos, la evolución y el manejo integral del enfermo.

2.3.2. NORMAS ESPECÍFICAS

Del enfermo y su familia

v Otorgar al enfermo y familiar (es) que asiste por primera vez, la orientación completa referente a las funciones y responsabilidades del personal del primer nivel de atención, los derechos y los deberes de los usuarios, los horarios de atención, la programación de visitas domiciliarias, los horarios de consulta telefónica y cuando existan, los servicios que le puede otorgar la Fundación o Asociación que da soporte al Centro de Salud.

v Educar a la familia para la atención del enfermo, con el propósito de evitar complicaciones en la administración de medicamentos y en el seguimiento de los síntomas.

v Otorgar información clara y precisa al enfermo referente a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico,

para facilitarle la expresión de sus temores y necesidades específicas. Según sus facultades mentales y físicas se respetarán siempre los derechos del paciente, con base en lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

v Facilitar el material educativo impreso disponible, al enfermo y su familia, con el fin de orientar, educar e informar.

v Informar a los usuarios sobre la utilización de las diferentes redes de apoyo que existen en la comunidad: IMAS, Club de Leones, Asignaciones Familiares, Damas Voluntarias, Gobierno Local, Fundaciones, Asociaciones, entre otras.

v Educar y capacitar a la familia o a las personas al cuidado de los enfermos con padecimientos incurables, en relación con el manejo y la aplicación de medicamentos, la movilización del enfermo encamado, el manejo de secreciones, la hidratación, la alimentación, la higiene, entre otros aspectos.

De la Comunidad

v Identificar los medios de comunicación social existentes en la comunidad.

v Desarrollar programas de sensibilización en la comunidad, para que otorguen apoyo a las personas con padecimientos incurables, resaltando que es más fácil atender estos enfermos con la colaboración de todos los involucrados.

Del Voluntariado

v Realizar periódicamente acciones de reclutamiento y selección del personal voluntario, conforme con los criterios del Modelo de Participación Social para Voluntariado en Áreas de Salud. CCSS-1998, a saber:

- Preparación mediante programas de capacitación, talleres y seminarios para el manejo de enfermos que requieren control del dolor y cuidados paliativos, en coordinación con el equipo del segundo nivel de atención.

- Entrevista de reclutamiento y selección.

- Disponibilidad y motivación comprobada, con miras a un desempeño eficaz.

- Respetar y acatar las normas establecidas en el Reglamento del Voluntariado CCSS 1999.

v En coordinación con el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, establecer un programa de capacitación para los voluntarios que presten servicios a los programas internos de trabajo.

v El grupo de voluntariado y el equipo de apoyo espiritual, están facultados para realizar las siguientes funciones:

- Acompañar al enfermo o grupo familiar para el trámite de citas o la asistencia a los servicios de salud.

- Colaborar en la movilización de enfermos para la asistencia a las diferentes citas.

- Colaborar en la alimentación e higiene de los enfermos.

- Contestar el teléfono y transmitir mensajes (según corresponda).

- Colaborar en el ornato del centro asistencial.

- Visitar al enfermo para comprobar, si tiene dolor u otros síntomas, si se le están administrando los medicamentos de acuerdo con las indicaciones del médico tratante, en caso contrario comunicar al Director del Centro de Salud para que éste decida el procedimiento a seguir.

3. DISPONIBILIDAD DE OPIÁCEOS

3.1. Objetivo

Establecer los lineamientos respectivos, que propicien la dispensación de los opiáceos y medicamentos que requieren los enfermos en fases terminales, en forma ágil y oportuna.

3.2. Universo

Lo conforma la población adscrita al área de salud.

3.3. Normas Generales y Específicas

Para la atención eficiente y eficaz de los enfermos se deben cumplir estrictamente en el área de disponibilidad de opiáceos las siguientes normas generales y específicas:

3.3.1. NORMAS GENERALES

v Incluir en el presupuesto ordinario de cada unidad asistencial, los recursos financieros para la adquisición de los opiáceos conforme a las necesidades reales. Dentro del Plan Anual Operativo de la Farmacia, deben incluirse las actividades educativas a realizar en el área de control del dolor y cuidados paliativos.

v Se debe controlar y dar seguimiento a la utilización de los opiáceos.

v Los establecimientos de salud del primer nivel que cuenten con un profesional en Farmacia, deben mantener un stock permanente de productos opiáceos.

v Se educará al paciente y a sus familiares en la utilización efectiva y racional de los opiáceos.

v La solicitud y el trámite para la adquisición de los opiáceos la realizará el Regente Farmacéutico, con base en las directrices vigentes en la Institución para el suministro de las drogas estupefacientes, se debe garantizar la existencia necesaria, de acuerdo con el perfil epidemiológico establecido y los consumos reales de los mismos.

v El farmacéutico de área conjuntamente con el responsable del EBAIS, debe coordinar el seguimiento del enfermo que utilice opiáceos realizando visitas domiciliarias con la periodicidad que cada caso amerite.

v A los enfermos con padecimientos incurables contrarreferidos por el segundo nivel al primer nivel de atención, se le debe proporcionar el perfil de medicamentos, con el fin de cumplir con el seguimiento y los estudios de utilización de medicamentos.

v El farmacéutico es responsable de mantener los registros para tramitar la devolución de los

medicamentos y los estupefacientes que el enfermo no ha utilizado, los revisará y serán reintegrados a la existencia de la farmacia.

3.3.2. NORMAS ESPECÍFICAS

De la dispensación de medicamentos opiáceos

v La dispensación de los medicamentos al enfermo se realizará en su lugar de adscripción, independientemente de la procedencia de la prescripción. Ej: si el usuario del primer nivel requiere medicamentos del segundo o tercer nivel y conforme con la normativa vigente no fuera posible la prescripción, se realizará la facturación al nivel correspondiente, o se adquirirán los servicios en la farmacia particular más cercana.

v Los EBAIS que no dispongan de un profesional en farmacia, coordinarán directamente con el farmacéutico del área de salud para la dispensación oportuna de los opiáceos.

v En los lugares donde no se disponga de farmacéuticos institucionales, el responsable del establecimiento de salud, tramitará la compra de servicios para la dispensación de los estupefacientes en la farmacia privada más cercana.

Los medicamentos autorizados para dispensar en el primer nivel de atención en control del dolor y cuidados paliativos, están definidos en el anexo N° 1.

De los recursos humanos

v Se debe contar con los siguientes recursos humanos para la dispensación y la entrega de medicamentos a los enfermos con enfermedad incurable:

- Farmacéuticos de acuerdo con los programas de atención.

- Técnicos en farmacia

- Chofer

- De los recursos materiales

v Para la dispensación y la entrega de los medicamentos a enfermos incurables se debe disponer de:

- Armarios con llavín de seguridad para el resguardo de los estupefacientes.

- Maletines para el transporte de medicamentos.

- Vehículo para visitas domiciliarias

- Papelería

- Literatura específica para el control del dolor y cuidados paliativos.

De los recursos financieros

v El presupuesto anual debe formularse conforme con el Plan Anual Operativo de la Farmacia. (incluir la compra de medicamentos fuera de la lista oficial, la compra de servicios a farmacias particulares, y otros rubros que se requieran para el efectivo funcionamiento de los programas de trabajo.

CAPÍTULO II

Normas de Segundo Nivel de Atención

1. PROVISIÓN DE SERVICIOS

1.1. Objetivo

Disponer de lineamientos generales y específicos que propicien el otorgamiento de servicios eficaces y oportunos en control del dolor y cuidados paliativos, a las personas con padecimientos incurables, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

1.2. Universo

Lo integran las personas con padecimientos incurables que procedan del área de atracción de referencia.

1.3. Recurso Humano

El equipo de trabajo interdisciplinario en el segundo nivel de atención se conforma como mínimo por los siguientes profesionales.

1 Médico especialista o general con capacitación en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

1 Enfermero (a) Profesional

1 Auxiliar de Enfermería

1 Trabajador (a) Social

1 Psicólogo (a)

1 Farmacéutico (a)

1.4. Dependencia Jerárquica

Las Clínicas del Control del Dolor y Cuidados Paliativos, son un servicio de apoyo dependientes de la Dirección Médica del Establecimiento de Salud.

1.5. Normas Generales y Específicas

Las normas generales y específicas en el área provisión de servicios definidos seguidamente, guían y orientar la atención de los enfermos incurables, que requieren control del dolor y cuidados paliativos en el segundo nivel de atención.

1.5.1. NORMAS GENERALES

v Las Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, deben mantener un registro estadístico de las personas con padecimientos incurables, que son atendidos en la consulta externa, hospitalización y en visita domiciliar.

v Los casos que ameriten valoración en el tercer nivel, serán referidos por el médico de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos del segundo nivel. Una vez valorados serán contrarreferidos al segundo nivel con las recomendaciones y los tratamientos respectivos. El mismo procedimiento aplica donde exista el sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención.

v El equipo interdisciplinario debe realizar una sesión semanal de dos horas, para el análisis de los casos y las actividades de tipo administrativo.

v Las Clínicas de Control de Dolor y Cuidados Paliativos, deben contar con su presupuesto específico independiente.

v Las intervenciones de los miembros del equipo interdisciplinario y la prescripción de los medicamentos, deben quedar registradas en el expediente clínico del usuario.

v Las consultas médicas y psicológicas fuera del horario de atención de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, serán atendidas por profesionales del Establecimiento de Salud, con conocimientos en la materia.

v Se coordinará con el primer nivel de atención, la detección, la atención y el seguimiento de las personas que requieran de los servicios de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

v Los establecimientos de salud del segundo nivel, que no dispongan de los recursos humanos necesarios para el desarrollo de los programas de trabajo de la Clínica de Control de Dolor y Cuidados Paliativos, deben gestionar la consecución de éstos, conforme las posibilidades financieras de la Institución.

v El área sicosocial de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos respectiva, debe desarrollar acciones referentes al manejo de los aspectos emocionales del enfermo y de su familia, entre ellas, el manejo del duelo y su seguimiento.

v Las Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos ubicadas en Establecimientos de Salud que otorgan servicios 24 horas, deben contar con el servicio de línea telefónica directa durante ese lapso; los que funcionan con horarios de menor tiempo, prestarán el servicio dentro del horario establecido, con el fin de evacuar dudas y consultas del enfermo y de su familia.

v Los usuarios de las Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos que se ausenten por más de dos meses, requerirán de una nueva referencia para reabrir su caso.

v Se debe dar apoyo espiritual al enfermo y a su familia cada tres meses, organizado por la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos con apoyo de fundaciones, asociaciones u otras organizaciones de la comunidad.

1.5.2. NORMAS ESPECÍFICAS

Enfermos Ambulatorios (Consulta Externa)

v La persona que sufre de dolor causado por padecimiento incurable, debe presentar la referencia médica correspondiente, la que debe incluir una epicrisis con un diagnóstico claro y los exámenes de gabinete realizados.

v En la Clínica de Control de Dolor y Cuidados Paliativos, el enfermo debe presentarse a la recepción para que se le oriente como corresponde.

v Cuando un enfermo asiste por primera vez y presenta una crisis del dolor físico o emocional, se le debe prescribir un tratamiento mínimo de una semana, con un seguimiento cada ocho o quince días, según criterio del médico.

v La persona con enfermedad incurable que asiste por primera vez sin crisis de dolor, se atenderá a criterio médico y se le prescribirá tratamiento por una semana.

v Los casos nuevos se complementan con la referencia del enfermo y su familia al área de Enfermería, Psicología o Trabajo Social según se requiera.

v Los psicotrópicos y estupefacientes se deben recetar en los formularios autorizados por el Ministerio de Salud, concordante con la normativa vigente.

v El psicólogo (a) y el trabajador (a) social deben hacer una intervención con una duración de una hora (cuando sea necesario), al enfermo y su grupo familiar.

v Las Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, contarán con camas de observación y con una área específica debidamente equipada, destinada a la atención de enfermos ambulatorios que requieran procedimientos o tratamientos especiales.

v El horario para brindar este servicio se establece de las 7,00 a.m. a las 4,00 p.m.

v El enfermo encamado en la sala de observación permanecerá acompañado por un familiar o un encargado.

v Las salas de observación de las Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, estarán bajo la responsabilidad de un médico o de una enfermera profesional.

v Se atenderán como mínimo dos enfermos de primera vez por hora y tres subsecuentes.

De la visita domiciliar

v Las visitas domiciliarias las realizará el equipo interdisciplinario (médico, farmacéutico, enfermera, trabajador social, psicóloga), para lo cual debe contar con el medio de transporte adecuado y oportuno.

v Las visitas domiciliarias se realizarán conforme con el horario de trabajo establecido en las diversas unidades de atención médica.

v El énfasis de las visitas domiciliarias será enfocado a los enfermos que por su avanzado estado de deterioro, (menos de seis meses de vida), no le es posible continuar con su control en la consulta externa.

v Se deben programar visitas diarias; el número de enfermos a visitar puede variar por factores como: ubicación geográfica (distancia, difícil acceso), procedimientos especiales (sondas especiales, enemas y otros), intervención integral (intervención en crisis), entre otros. Para cada visita se destinará un tiempo promedio de una hora como mínimo (atención directa).

v Las visitas ser reportan en el expediente clínico conforme lo estipula la normativa vigente.

v Las visitas se programan con base en la necesidad del enfermo y su familia, con la salvedad de que los familiares asistirán a la Clínica cada semana a retirar los medicamentos, comunicar la evolución del enfermo y deben disponer del tiempo necesario para evacuar consultas.

Del usuario hospitalizado

v El enfermo hospitalizado que requiera la atención de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, será referido por el médico tratante del Establecimiento de Salud respectivo.

v El equipo multidisciplinario de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, visitará dos enfermos hospitalizados por hora.

v Las interconsultas a enfermos hospitalizados serán atendidas de lunes a viernes durante dos horas diarias, a excepción de los casos de emergencias.

v El Centro Médico correspondiente, asignará con base en la población adscrita de enfermos en fase incurable, un número de camas para los usuarios de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

v La atención de los enfermos hospitalizados debe incluir los siguientes procedimientos: médicos (general y especializados), de enfermería, (incluye el manejo del dolor y cuidado paliativo), y la atención sicosocial y espiritual.

v Los médicos que realizan interconsultas serán asistidos por la enfermera (o) de la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

v El cumplimiento de las indicaciones de atención, es responsabilidad del personal médico y de enfermería del Servicio donde está hospitalizado el enfermo.

2. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

2.1. Objetivo

Dotar de los conocimientos básicos necesarios al enfermo, la familia, la comunidad, el equipo de salud y el voluntariado, para la atención integral de las personas con padecimiento incurable.

2.2. Universo

Esta constituida por la población adscrita al área de salud respectiva.

2.3. Normas Generales y Específicas

Las normas generales y específicas definidas a continuación, rigen el desarrollo del área de educación y capacitación en el segundo nivel de atención.

2.3.1. NORMAS GENERALES

v Elaborar el material de divulgación y de promoción, relacionado con los servicios que otorga la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

v Elaborar el material para el seguimiento y la evaluación del proceso educativo que se imparte en las diferentes áreas de intervención.

v Realizar al menos dos veces al año, acciones de promoción, de divulgación y participación de los grupos religiosos, referente a temas relacionados con el enfermo terminal y su proceso normal de muerte, en búsqueda de un equilibrio entre lo espiritual y lo biológico.

v Coordinar acciones al menos una vez al año con las asociaciones, fundaciones y juntas pro-clínicas, relacionadas con acciones educativas y temas administrativos inherentes a la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

v Se propiciará el análisis y la discusión en las escuelas, colegios y universidades del tema del Control del Dolor y Cuidados Paliativos, de enfermedades incurables y de la muerte.

2.3.2. NORMAS ESPECÍFICAS

Del enfermo y su familia

v La inducción al enfermo y su grupo familiar estará enfocada en los siguientes aspectos:

- Orientación sobre el programa e información general.*
- Horarios de consulta y tipos de servicios.*
- Información sobre el Control del Dolor y Cuidados Paliativos.*
- Entrega de material educativo.*

v Se identificarán las necesidades educativas de los enfermos con padecimientos incurables, así como las de su familia: diagnósticos, tipos de tratamiento, manejo del enfermo, dinámica familiar y situaciones de crisis.

v Las actividades de educación y capacitación referentes a consulta, visita domiciliar y talleres, se deben programar, implementar y evaluar en función de las necesidades identificadas del enfermo y de su familia.

v El seguimiento médico y la capacitación del enfermo y su familia, se realizarán como mínimo una vez por semana, con el fin de determinar la evolución de su estado de salud.

v Los programas de educación continua para el enfermo y su familia, se desarrollarán al menos una vez al mes, con base en el diagnóstico de necesidades educativas.

v Los programas de capacitación y educación para enfrentar los procesos de agonía, muerte y post-muerte, serán realizados por los profesionales en psicología y trabajo social, según corresponda.

v Se otorgará la información y la orientación al enfermo y a su familia, en relación con los servicios que ofrecen grupos e instituciones de bienestar social.

v Se promoverán espacios para incorporar al enfermo y a su familia en las actividades de terapia ocupacional.

v Las interconsultas relacionadas con la educación y capacitación del enfermo, serán coordinadas con el grupo interdisciplinario, para su intervención según su área crítica.

Del personal interdisciplinario

v En coordinación con el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, se programarán para el equipo interdisciplinario procesos de educación continua e integral al menos dos veces por año, para el manejo del dolor y cuidados paliativos.

v Se programarán como mínimo una vez a la semana, espacios destinados a la capacitación, la evaluación, la programación, y el autocuidado del equipo interdisciplinario.

v Los proyectos de investigación en materia de control del dolor y cuidados paliativos, se desarrollarán en coordinación con el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo.

v Las actividades de educación y de capacitación destinadas al personal interdisciplinario que labora en el control del dolor y cuidados paliativos (primer, segundo nivel y la comunidad), se deben ejecutar y evaluar periódicamente.

v El personal interdisciplinario capacitará al menos dos veces al año a los funcionarios del primer nivel de atención, en materia de manejo de control del dolor y cuidados paliativos.

v El equipo interdisciplinario es responsable de capacitar y orientar semestralmente a los grupos voluntarios.

3. DISPONIBILIDAD DE OPIÁCEOS

3.1. Objetivo

Establecer los lineamientos respectivos, que propicien la dispensación de los opiáceos y medicamentos que requieren los enfermos en fases terminales, en forma ágil y oportuna.

3.2. Universo

Lo integra la población adscrita al área de salud.

3.3. Normas Generales y Específicas

Para otorgar un servicio eficaz y oportuno se deben cumplir las siguientes normas:

3.3.1. NORMAS GENERALES

v Asignar a la Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, al menos un farmacéutico y un técnico en farmacia a tiempo completo, con base en la disponibilidad de recursos institucionales.

v Mantener un stock de estupefacientes y medicamentos afines y adecuados a las necesidades de las personas con padecimientos incurables.

v Se debe educar al enfermo y a sus familiares en la utilización de los opiáceos en el nivel domiciliar.

v El Regente Farmacéutico debe elaborar el presupuesto anual requerido, para satisfacer los requerimientos de opiáceos de los enfermos del área de control del dolor y cuidados paliativos.

v En cada cambio de turno en el Servicio de Farmacia se revisarán las existencias de estupefacientes, labor que es responsabilidad del farmacéutico respectivo.

3.3.2. NORMAS ESPECÍFICAS

De la adquisición de opiáceos

v El farmacéutico es el encargado de tramitar la adquisición de los estupefacientes requeridos para los usuarios atendidos en el programa de control del dolor y cuidados paliativos.

v La adquisición de opiáceos se realiza con base en los consumos reales y mediante pedido ordinario mensual, que se remite al Departamento de Almacenamiento y Distribución y al Departamento de Drogas y Estupefacientes del Ministerio de Salud, según corresponda.

v Los productos opiáceos adquiridos, deben ser custodiados directamente por el farmacéutico regente.

De la dispensación de opiáceos

v La dispensación de opiáceos a usuarios ambulatorios cubre un máximo de 8 días y de medicamentos adicionales hasta la próxima cita, conforme con la condición del enfermo.

v Al iniciar el tratamiento es necesario instruir verbalmente y por escrito, al enfermo y a sus acompañantes, en las normas institucionales que rigen el manejo de opiáceos y en otros aspectos médicos y administrativos.

v Las instrucciones al enfermo y sus acompañantes estarán orientadas a la conservación del medicamento, el uso correcto, los horarios de administración, los horarios de atención y de despacho de medicamentos en la farmacia, los procedimientos para entrega y el manejo de los productos que no se utilicen.

v El farmacéutico debe vigilar el cumplimiento estricto de la aplicación del tratamiento otorgado por el médico tratante, antes de entregar los nuevos medicamentos correspondientes a la consulta.

v Se educará durante la consulta y en charlas específicas a los enfermos y sus familiares, sobre el uso, efectos secundarios, conservación y almacenamiento de los estupefacientes y de otros medicamentos que se prescriban.

v El farmacéutico elaborará una guía para la administración correcta de las medicaciones.

v Se elaborará un registro adjunto al perfil terapéutico de la medicación prescrita al enfermo ambulatorio, para establecer el control del tratamiento y otros aspectos relativos al mismo.

v Las recetas serán dispensadas por el farmacéutico, deben ser legibles, no deben tener correcciones, estar completas y no se entregarán a menores de edad.

v La dispensación de medicamentos opiáceos a enfermos hospitalizados se realiza por dosis unitaria, debe ser registrada y contener el nombre de quién retira, quién entrega, la hora y la fecha respectiva.

v Es responsabilidad de las farmacias de segundo nivel de atención, garantizar la dispensación y la continuidad de los tratamientos a los usuarios del primer nivel de su área de atracción.

Del control de los opiáceos

v En la visita domiciliar, el farmacéutico vigilará el uso adecuado y la conservación de los medicamentos, y retirará los que no sean de utilidad, para lo cual coordinará con el médico tratante las acciones a tomar.

v La Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo, informará inmediatamente al servicio de farmacia, el fallecimiento de un enfermo, para ejecutar las acciones de control de los medicamentos no utilizados.

v Se solicitará a los familiares de los enfermos que fallecen, la devolución de los medicamentos que no se utilizaron a la farmacia, los cuales se anotarán en un registro confeccionado para tal propósito.

v El servicio de farmacia es el responsable de establecer el tiempo que considere prudencial para solicitar la devolución de medicamentos de los enfermos que fallecen. El cálculo estimado de la cantidad se realizará con base en el último retiro de medicamentos.

v Todo estupefaciente devuelto, será revisado y contabilizado por el regente farmacéutico, con el propósito de ajustar el inventario físico, el sistema contable y confeccionar una acta con copia a la Junta de Drogas y Estupefacientes para que se incluyan los medicamentos en los registros del servicio de farmacia.

v Los productos en mal estado o vencidos, se entregarán previa elaboración del acta correspondiente, al Ministerio de Salud para su destrucción.

v Se realizarán informes estadísticos mensuales referentes al consumo de opiáceos por cada enfermo, los que deben ser enviados al Ministerio de Salud y a la jefatura del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, para lo correspondiente.

v Referente a los consumos y necesidades de opiáceos, se realizarán al menos dos evaluaciones anuales, de las mismas se enviará información al Ministerio de Salud y al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

v Se debe controlar y dar seguimiento a la utilización de los opiáceos en el nivel domiciliar.

ANEXO 1

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

Nivel de Vía

Medicamentos Atención Médica Presentación Administrativa

OPIOIDES

Morfina I-II-III Tabletas /20mg Oral

De acción rápida Ampollas 15 mg. Intravenosa

Subcutánea

De acción prolongada I-II-III Tabletas/30 mg Oral

Metadona I-II-III Tabletas/5 mg Oral

Ampollas Subcutánea

Intravenosa

Tramadol I-II-III Gotas 100 mg/cc Oral

Ampollas 50 mg/cc Intravenosa

Subcutánea

Acetaminofén con codeína I-II-III Tabletas 500 mg Oral

LAXANTES

Agarolato I-II-III Suspensión Oral

Leche Magnesia I-II-III Suspensión Oral

Psyllium I-II-III Fibra Oral

Supositorios Glicerina I-II-III Supositorios 250 mg. Rectal

Supositorios Bisacodil II-III Supositorios 10 mg Rectal

Bisacodilo

Microenema (Microlax) I-II-III Enema-Lauril Rectal

Uso domiciliar

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

Medicamentos Nivel de Vía

Coadyuvantes Atención Médica Presentación Administrativa

Dimenhidrinato I-II-III Tabletas /50 mg Oral

Ampollas 5 mg/cc Intramuscular

** Haloperidol II-III Tabletas /5 mg Oral*

Gotas 15/ml

Ampollas 5 mg/cc Subcutánea /IM

** Clorpromazina II-III Tabletas/100mg Oral*

Ampollas 50 mg/cc Intravenosa

2cc Subcutánea

** Metoclorpramida I-II-III Tabletas/10 mg Oral*

Ampollas / 10mg Intravenosa

Subcutánea /IM

** Hioscina I-II-III Tabletas / 10mg Oral*

Ampollas /5mg Intravenosa

Subcutánea /IM

Imipramina I-II-III Tabletas /25mg Oral

Tabletas /10mg

Carbamazepina I-II-III Tabletas /200mg Oral

Ácido Valproico II-III Tabletas /250mg

Suspensión: Oral

20% Frasco 40ml

Clonazepán I-II-III Tabletas /2mg

Gotas 2.5mg/cc Oral

Suspensión 10ml.

Difenilhidantoina I-II-III Cápsulas/100mg

Suspensión 125mg/5cc Oral

Lorazepán I-II-III Tabletas /2mg Oral

Diazepán I-II-III Tabletas/5mg Oral

Ampollas 10mg Intramuscular

Intravenosa

Indometacina I-II-III Cápsulas /25mg Oral

Supositorios /100mg Rectal

** Xilocaina 10% II-III Spray Aplicación*

Tópica

Gabapentina II-III Cápsulas de 300 mg Oral

Pamidronato Disódico II-III Frascos- Ampollas de Intravenosa

45 mg

Xilocaina 2% II-III Ampollas /100mg Intravenosa

Midazolan II-III Frasco-5mg/cc Intravenosa

Subcutánea /IM

** Ketamina II-III Frasco-10mg/cc*

Frasco-20mg/cc Subcutánea /IM

Difenhidramina I-II-III Tabletas 50/mg Oral

IM

** Dexametasona I-II-III Suspensión-Frasco*

12.5 mg/5cc.

Ampolla /4mg Intravenosa

Subcutánea /IM.

Sulindaco I-II-III Tabletas/200mg Oral

Acetaminofén I-II-III Tabletas/500mg Oral

Supositorios /300mg Rectal

Jarabe 60ml, 120mg/5ml Oral

Famotidina I-II-III Tabletas /40mg Oral

Crema de Rosas I-II-III Crema/30mg Tópico

Membranas I-II-III Parche 18.9 cm x 19.5cm Tópico

Hidrocoloide

Aceite Mineral I-II-III Frasco 120 ml Oral

Nistatina I-II-III Suspensión gota /30 ml Oral

/100.000 U.I./ml

Colestiramina II-III Polvo para suspensión Oral

sobres de 4.5 a 9g.

Neomicina I-II-III Cápsulas o Tabletas Oral

/250mg-300mg

AD-1 I-II-III Polvo, frasco/120g

** Cimetidina I-II-III Inyectable ampolla Oral*

2 ml./300mg

Óxido de Zinc I-II-III Crema Tubo/50-60 g Tópico

o crema ½ o 1 kg (paidos)

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

PROTOCOLOS GENERALES DE MANEJO DE LOS SÍNTOMAS, SIGNOS Y COMPLICACIONES DEL PACIENTE

INCURABLE Y/O TERMINAL

DOLOR

ASPECTOS GENERALES

- 1. El dolor es el principal síntoma del paciente oncológico. Se manifiesta en el 5 al 10% de los pacientes con cáncer localizado y en el 60 a 90% de los pacientes con metástasis en el momento del diagnóstico. En este capítulo de los protocolos se hará énfasis en el tratamiento del dolor por cáncer en el enfermo terminal.*
- 2. El dolor también puede estar presente en otras patologías no oncológicas que requieren de cuidados paliativos como el encamamiento crónico por enfermedad neurológica, la insuficiencia renal crónica avanzada y las patologías reumáticas y osteoartíticas avanzadas.*
- 3. El paciente oncológico que no está en fase terminal y está recibiendo tratamiento también puede experimentar dolor.*
- 4. El dolor no sólo debe abordarse desde un punto de vista físico y psicológico sino también social y espiritual (dolor total); es un hecho que la cercanía y las visitas constantes del equipo de cuidados paliativos así como también el apoyo que el paciente y su familia sientan del médico y del resto del equipo favorecen el efecto analgésico de la medicación.*
- 5. El tratamiento del dolor siempre debe ser individualizado y escalonado, a no ser que el paciente llegue a manos del equipo de cuidados paliativos muy tardíamente y requiera un medicamento más potente que los establecidos en el primer paso o escalón del tratamiento.*
- 6. En la medida de lo posible siempre se debe aplicar la escalera analgésica de la OMS cuando se inicia el tratamiento del dolor en el paciente incurable:*
 - a. Primer peldaño: Dolor leve /Analgésico no opioide con o sin coadyuvante.*
 - b. Segundo peldaño: Dolor moderado /Analgésico opioide débil con o sin analgésico no opioide y con o sin coadyuvante.*
 - c. Tercer peldaño: Dolor severo /Analgésico opioide fuerte con o sin analgésico no opioide y con o sin coadyuvante.*
- 7. La vía preferencial de administración siempre será la vía oral seguida de la vía subcutánea como alternativa.*
- 8. La administración de los medicamentos debe hacerse "reloj en mano"; es decir a intervalos fijos y predeterminados, administrando dosis de "rescate" cuando se presenten crisis de dolor entre los intervalos de las dosis.*

9. No se debe combinar un opioide débil con un opioide fuerte y tampoco se debe pasar de un opioide fuerte a uno débil ni sustituir un opioide débil por otro de igual potencia cuando deja de ser efectivo.

10. No está establecida la dosis máxima de morfina en el paciente oncológico terminal por lo cual su administración dependerá de cada caso en particular.

11. Es importante destacar la administración regular de los medicamentos y diseñarle al paciente y su familia un horario de administración por escrito en el que las primeras y últimas dosis de los medicamentos coincidan con las horas en que el paciente se acuesta y se levanta. Además debe detallarse bien el nombre de los medicamentos, para qué sirven, las dosis y las horas del día.

MEDICAMENTOS

1. Analgésicos no opioides

1. En este grupo se incluyen el ácido acetilsalicílico, el acetaminofén y los antiinflamatorios no esteroidales.

2. El ácido acetilsalicílico, 500 mg VO c/4 a 6 horas hasta un máximo de 4 gramos/día, tiene fuertes limitaciones por su capacidad de provocar lesión gástrica y su efecto antiagregante plaquetario con prolongación de los tiempos de coagulación. No se debe utilizar con esteroides ni con antiinflamatorios no esteroidales.

3. El acetaminofén, 500 a 1000 mg VO c/4 a 6 h, tiene mejor tolerabilidad gástrica pero no tiene efecto antiinflamatorio y puede inducir lesión hepática. No debe utilizarse en pacientes con insuficiencia hepática.

4. Los antiinflamatorios no esteroidales constituyen un amplio grupo de medicamentos con propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas. Todos ellos (a excepción del rofecoxib) pueden provocar lesión gástrica, aún administrados por VR o IM. No se recomienda combinar dos antiinflamatorios no esteroidales. La indometacina se dosifica a 25 mg VO c/6 a 12 horas o 100 mg VR c/12 h o c/día. El ibuprofén se administra de 200 a 400 mg VO c/4 a 6 h. El diclofenac, 75 mg IM c/8 a 12 h, puede causar lesión hepática y renal. Otras alternativas son el sulindaco, el naproxeno y el dexketoprofeno. Existe un nuevo antiinflamatorio, el rofecoxib, que no induce lesión gástrica, y se administra de 12.5 a 25 mg VO por día.

2. Analgésicos opioides débiles

1. A este grupo pertenecen la codeína, la dihidrocodeína el tramadol y el opio estandarizado. Todos tienden a provocar constipación por lo que

deben asociarse con un laxante y pueden provocar cierto grado de fármacodependencia.

2. La codeína, 30 a 120 mg VO c/4 a 6 h, tiene también efecto sedante y antitusivo. Se combina con acetaminofén (tabletas de 500 mg de acetaminofén con 30 mg de codeína) y se puede utilizar en su presentación líquida. Dosis muy altas incrementan los efectos adversos y no logran mayor alivio.

3. La dihidrocodeína, de 60 a 120 mg VO c/12 h, se presenta en tabletas de liberación prolongada.

4. El tramadol, 50 a 100 mg VO c/4 a 6 h en tabletas, gotas o por vía SC, IM o IV, tiende a provocar menos constipación pero puede inducir náuseas, vómitos, diaforesis, hipotensión y broncoespasmo si hay un componente alérgico. No se recomienda su administración oral en cáncer gástrico puesto que no se absorbe bien.

5. El opio estandarizado tiene en la actualidad pocas aplicaciones clínicas.

3. Analgésicos opioides fuertes

1. Se incluyen la morfina, la metadona, la hidromorfona y el fentanilo.

2. La morfina es el medicamento prototipo y puede administrarse VO, SC, IV, VR, transdérmica y peridural. Se inicia su dosificación a dosis de 20 mg VO c/4 a 6 h de la presentación de acción rápida o 30 mg VO c/8 a 12 h de la presentación de acción lenta. Las ampollas se inician cuando no se puede utilizar la vía oral, de 7.5 a 15 mg SC c/4 a 6 horas, dando dosis de "rescate" entre los intervalos si el paciente experimenta dolor antes de que le toque la próxima dosis fija. La dosis de rescate equivale a la mitad de la dosis fija. La morfina requiere de ajuste de dosis en insuficiencia renal y puede provocar náuseas, vómitos, sedación, delirio, constipación, sequedad de boca, retención aguda de orina, mioclonias y depresión respiratoria. No tiene dosis máxima.

3. La metadona, 5 a 10 mg VO o SC c/8 a 12 h, viene en presentación de comprimidos de 5 mg y ampollas de 10 mg. Tiene una vida media prolongada (15 a 40 horas) y tiene mejor biodisponibilidad oral que la morfina. Tiende a provocar menos tolerancia que la morfina y mayor penetración de la barrera hematoencefálica por lo que se prefiere en neoplasias de SNC. También se utiliza en tratamiento de deshabituación al fentanilo y otros opioides, en cuyo caso éste se suspende y se inicia la metadona a 2.5 mg VO c/8 a 12 h por una semana, luego 1.25 mg c/8 h por otra semana y luego se continúa distanciando la dosis hasta suspenderla en varias semanas, vigilando al paciente por síndrome de abstinencia a opiáceos (dolor intenso, ansiedad y sintomatología colinérgica). Además de los mismos efectos indeseables de la morfina

tiende a provocar estados confusionales en pacientes ancianos. No requiere de ajuste en insuficiencia renal y tampoco tiene dosis máxima.

4. La hidromorfona, 2 a 4 mg VO c/4 a 6 h o 1 a 2 mg SC, IV o IM c/4 a 6 h, es 8 veces más potente que la morfina cuando se administra VO y 6 veces más potente al inyectarla.

5. El fentanilo, 2,5 mg IV o 10 mg transdérmico, es de 50 a 150 veces más potente que la morfina y su biodisponibilidad por la vía transdérmica es del 90%. Tiene poca toxicidad pero su poder adictivo es muy alto.

4. Medicamentos coadyuvantes

1. En este grupo se incluyen los estabilizadores de membrana, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos, corticoesteroides, ansiolíticos y tranquilizantes mayores, espasmolíticos y antieméticos. Su principal función es disminuir la toxicidad de los opioides, potenciar su analgesia y tratar otros síntomas presentes en el paciente con cáncer.

2. Los estabilizadores de membrana son medicamentos con propiedades antiarrítmicas y/o anticonvulsivantes y están indicados en el dolor neuropático. Se utilizan la carbamazepina 100 a 800 mg VO bid, el ácido valproico 500 a 3000 mg VO hs o bid, la difenilhidantoína 100 a 600 mg VO en dosis única o fraccionada y el clonazepam 0.5 a 20 mg VO hs o bid. La carbamazepina puede inducir leucopenia y el ácido valproico puede causar hepatotoxicidad.

3. Los antidepresivos tricíclicos se utilizan en el dolor neuropático, potencian el efecto analgésico de la morfina y son estabilizadores de membrana. El más usado es la amitriptilina, 10 a 150 mg VO por día, seguida de la imipramina, de 10 a 150 mg VO por día, aunque la dosis máxima reportada de ambas es de 300 mg/día. Provocan sequedad de boca, constipación, taquicardia, retención urinaria, visión borrosa, hipotensión postural y depresión miocárdica.

4. Entre los antihistamínicos, la hidroxicina 25 a 50 mg VO c/4 a 6 h, tiene efectos ansiolíticos, antieméticos y potencia el efecto analgésico de la morfina. Puede provocar sedación, hiperexcitabilidad y mioclonias multifocales.

5. Los corticosteroides reducen el edema perilesional en tumores del SNC, estimulan el apetito, aumentan la sensación de bienestar del paciente y tienen efecto antiemético. El fármaco de elección es la dexametasona, 4 a 5 mg SC c/2 a 3 días o 2 a 4 mg VO por día, pudiendo darse una dosis inicial de ataque de 16 a 20 mg VO seguida de 4 mg VO qid. Puede también utilizarse la prednisona 10 mg VO tid bajando la dosis al cabo de 7 a 10 días a una dosis de mantenimiento más baja.

6. Los ansiolíticos controlan la ansiedad y el espasmo muscular asociado al dolor y los tranquilizantes mayores potencian el efecto analgésico de los opioides y tienen efecto ansiolítico y antiemético. Los ansiolíticos más usados son el diazepam, 2.5 a 5 mg VO c/8 a 12 h hasta 40 mg/día y el lorazepam 2 mg VO c/8 a 12 h hasta 10 mg/día. Entre los tranquilizantes mayores están el haloperidol, 0.5 a 1 mg VO c/8 h hasta 15 mg/día, la clorpromazina 25 mg VO hs hasta 100 mg/día y la perfenazina 4 a 8 mg VO c/8 h hasta 24 mg/día. Los ansiolíticos pueden provocar depresión respiratoria y los tranquilizantes mayores poseen efectos extrapiramidales.

7. Los espasmolíticos se utilizan en el dolor visceral causado por espasmo o distensión de vísceras huecas en combinación con corticosteroides y opiáceos. La hioscina 10 mg VO c/8 horas es efectiva para controlar los cólicos pero su uso prolongado agrava el estreñimiento provocado por opiáceos y otros fármacos.

8. Más del 50% de los pacientes que inician tratamiento con morfina presentan náusea y vómito. Los antieméticos son un numeroso grupo de medicamentos que incluyen el haloperidol, la metoclopramida, la clorpromazina, la perfenazina y el dimenhidrinato. Este tema es muy amplio y se tratará con más detalle en la sección destinada al tratamiento de las náuseas y vómitos.

Escogencia del tratamiento analgésico

1. Primero se debe establecer si el dolor es somático, visceral o neuropático.

2. El dolor somático puede originarse de la piel, articulaciones, músculo esquelético, tendones, fascias y hueso. Generalmente es agudo, mordiente o cortante, bien localizado y continuo. El dolor óseo responde mejor a antiinflamatorios no esteroideos y corticoesteroides. El dolor músculoesquelético responde mejor a miorrelajantes.

3. El dolor visceral se origina de tracción o distensión visceral brusca, inflamación visceral y compresión o infiltración visceral por tumor. Es mal localizado, sordo, pesado, tipo retortijón y se asocia a náuseas, sudoración y cambios en la presión arterial. Este dolor responde mejor a opiáceos.

4. El dolor neuropático es producto de desaferenciación (daño de un nervio o raíz nerviosa) y puede ser constante o en paroxismos. Se describe como una sensación quemante, lancinante o como descargas eléctricas acompañado de parestesia, disestesia, alodinia, hiperalgesia, hipoalgesia o hiperpatía. Si el dolor es tipo descarga eléctrica o en paroxismos responde mejor a anticonvulsivantes. Si es de tipo lancinante o quemante y continuo responde mejor a antidepresivos tricíclicos.

5. Dado que en muchos pacientes oncológicos coexisten dos o más tipos de dolor, se hace necesario combinar diferentes tipos de medicamentos, siempre siguiendo los lineamientos de la escalera analgésica de la OMS.

Valoración de la intensidad del dolor

Como guía general se recomienda utilizar la escala analógica visual del dolor (VAS), en la cual al paciente se le pide que sitúe su dolor en una escala del 0 (sin dolor) al 10 (el dolor más intenso que el paciente se pueda imaginar), o bien en una escala de 10 líneas o dibujos de diferentes características y fácilmente identificables para el paciente. El rango de clasificación sería aproximadamente así:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor leve Dolor moderado Dolor severo

SINTOMAS

PÉRDIDA DE PESO

1. Es el síntoma más frecuente en el paciente oncológico que requiere cuidados paliativos.
2. Se debe explicar al paciente (si éste conoce el diagnóstico) y a la familia del paciente que éste tendrá pocas probabilidades de recuperar el peso que ya ha perdido y que ello es propio de la evolución de su enfermedad, en forma clara y sencilla y sin crearle falsas expectativas referentes a la alimentación y tratamientos médicos.
3. Bajo ninguna circunstancia se le debe hacer entender al paciente y sus familiares que los suplementos vitamínicos, ya sean orales o parenterales, le ayudarán a subir de peso.

HIPOREXIA Y ANOREXIA

1. Se les debe explicar al paciente y su familia que no es necesaria la ingesta de una gran cantidad de comida. Debe dársele al paciente la variedad y cantidad de alimentos que desee, sin obligarlo a tomar los alimentos que le disgusten.
2. En base a criterio médico, pueden utilizarse estimulantes del apetito para aumentar la sensación de bienestar del paciente y la tranquilidad de la familia, siempre y cuando no existan contraindicaciones médicas (hidroxicina, astemizol o ciproheptadina), sabiendo de antemano que éstos no son tan eficientes en el paciente oncológico.

3. *En los pacientes en fase terminal los corticosteroides mejoran el apetito y aumentan la sensación de bienestar. La dexametasona, 2 a 4 mg VO por día o 5mg SC cada 2 a 3 días es el tratamiento de primera elección para estos casos, anticipando los posibles efectos secundarios.*
4. *En pacientes con cáncer de mama en fase terminal se ha reportado el uso de acetato de medroxiprogesterona 150 mg de la presentación de depósito cada 3 meses para mejorar el apetito.*
5. *El acetato de megestrol, si está disponible, puede utilizarse como estimulante del apetito, en dosis de 160 mg VO por día.*

ANSIEDAD

1. *Se debe abordar siempre en forma integral, recordando que el núcleo a tratar es el paciente y su familia.*
2. *El uso de benzodiazepinas estará determinado por el criterio médico y el grado de ansiedad del paciente, realizando para ello una buena historia clínica.*
3. *El Lorazepám, 1 a 10 mg VO por día en 2 o 3 dosis, puede utilizarse en pacientes ancianos con trastornos del sueño, tomando en cuenta siempre su importante poder de fármacodependencia.*
4. *El diazepám, 5 a 40 mg VO por día en 1 a 4 dosis, es más aconsejable en pacientes relativamente jóvenes y muy ansiosos, dado su mayor poder de relajación muscular y su mayor riesgo de provocar episodios de atonía muscular en ancianos.*

CONFUSIÓN Y AGITACIÓN

1. *Puede estar presente en trastornos metabólicos como uremia e hipercalcemia y en alteraciones estructurales como metástasis cerebrales.*
2. *Una buena historia clínica es muy importante para detectar problemas psiquiátricos de fondo.*
3. *En los pacientes con problemas psicóticos y/o esquizofrenia las benzodiazepinas deben usarse con mucha precaución, dado que pueden desinhibir más al paciente y empeorar el cuadro.*
4. *La cimetidina y algunos tranquilizantes pueden inducir grados variables de confusión y agitación.*
5. *Debe tenerse en mente que los ancianos pueden experimentar euforia y agitación con los esteroides.*

6. Aunque los opioides pueden causar confusión y agitación, ello no necesariamente obliga a suspenderlos, ya que usualmente el problema desaparece después de 5 días de recibir una dosis fija.

7. Se debe reforzar la realidad que rodea al paciente, para lo cual son importantes tanto el apoyo psicológico como el espiritual.

8. La iluminación nocturna ayuda a tranquilizar al paciente.

9. Las mejores alternativas para tratar este problema son el haloperidol (tratamiento de elección) a dosis de 0.5 a 5 mg VO hs, y la clorpromazina 10 a 50 mg VO por día, pudiendo llegar hasta 400 mg por día. En casos severos pueden utilizarse por vía IM.

10. Algunos recomiendan iniciar haloperidol a dosis bajas comenzando con 0,25 mg VO o IM y luego establecer la dosis mínima eficaz en base a la respuesta clínica.

CONSTIPACIÓN

1. Todo los pacientes que reciben opiáceos deben recibir también algún tipo de laxante como medida preventiva.

2. Cuando ello es posible, la constipación debe prevenirse incrementando la ingesta de líquidos y fibra.

3. Se deben corregir las causas reversibles de constipación como la deshidratación, la dieta baja en fibra y la hipercalcemia.

4. Siempre se debe realizar tacto rectal y palpación abdominal en los pacientes constipados con el fin de descartar una impactación fecal. Debe recordarse que una ámpula rectal vacía no descarta una impactación alta.

5. Debe intervenir rápidamente si el paciente tiene más de 4 días de no defecar.

6. Los pacientes inmovilizados y muy debilitados se benefician con el uso de laxantes estimulantes (fenoftaleína, bisacodilo, picosulfato de sodio, cáscara estandarizada de senna, aceite de ricino). Una dosis rectal de bisacodilo en supositorios de 10 mg actúa en 15 a 60 minutos. La cáscara estandarizada de senna se administra a razón de un comprimido VO 1 a 2 veces al día. El aceite de ricino se dosifica a 15 ml VO.

7. En los pacientes que ingieren cantidades adecuadas de líquido, son útiles los laxantes de fibra como el Psyllium, 1 a 2 cucharadas VO hs o qid.

8. En base al criterio médico, se pueden utilizar laxantes osmóticos como la leche de magnesia 15 a 30 ml VO, la lactulosa 15 a 30 ml VO (particularmente útil en pacientes con insuficiencia hepática) y la solución de citrato de magnesio 200 ml VO.

9. Son permisibles las medidas caseras como la linaza, el aceite de oliva, y los enemas con tamarindo o agua dulce con leche.

10. En algunos centros se utiliza en forma rutinaria la combinación de un suavizador fecal como el docusato de sodio con un laxante estimulante como el bisacodilo, aumentando progresivamente la dosis hasta llegar a una dosis máxima antes de agregar otro laxante o sustituirlos por otros tipos de laxantes.

11. Algunos pacientes pueden requerir diariamente supositorios de bisacodilo, microenemas y/o docusato de sodio.

TOS

1. Si el paciente no está recibiendo opiáceos, se puede utilizar codeína en dosis de 15 a 60 mg VO c/4-6 h.

2. Si el paciente ya recibe opiáceos se le debe administrar otro tipo de antitusivo como el dextrometorfano o la pentoxiverina.

3. Si el paciente no está recibiendo corticosteroides, éstos pueden agregarse al tratamiento para ayudar a disminuir la tos.

4. Se ha reportado el uso de lidocaína al 2%, 5 ml de solución en nebulizaciones horarias, para aliviar los accesos de tos.

ÚLCERAS DE DECÚBITO

1. El mejor tratamiento de este problema siempre será la prevención.

2. Debe instruirse a los cuidadores para realizar cambios frecuentes de posición en los pacientes inmovilizados.

3. En la medida de lo posible debe incrementarse la ingesta de vitamina C, zinc y proteínas.

4. Si están disponibles deben utilizarse colchones de agua y donas. Las sábanas deben ser suaves y no deben formar pliegues que puedan erosionar la piel.

5. utilizar lubricantes y realizar masajes en sitios de presión.

6. Si la piel ya ha comenzado a lesionarse deben aplicarse desinfectantes locales.

7. Está altamente recomendado el uso de membranas hidrocoloides en sitios que comienzan a ulcerarse así como también en sitios que ya están ulcerados y no están infectados. Si la úlcera está infectada debe darse cobertura con antibióticos y aplicar la membrana hasta que la úlcera esté sin signos clínicos de infección.

DEPRESIÓN

1. Debe darse apoyo psicológico y espiritual al paciente y a todo su núcleo familiar.

2. Los pacientes que han sido trabajadores activos deben recibir terapia ocupacional.

3. Debe tenerse en mente que la depresión es una respuesta anticipatoria normal ante una muerte inminente en los pacientes terminales, por lo cual se debe valorar el grado de depresión y la necesidad real de medicación.

4. Si el paciente está severamente deprimido y está recibiendo antidepresivos tricíclicos a dosis bajas como tratamiento coadyuvante del dolor, éstos deben incrementarse de manera gradual. La amitriptilina tiene efecto sedante y puede dosificarse iniciando con 50 mg hasta 150 mg VO por día en depresiones severas, si bien la dosis terapéutica máxima se reporta hasta 300 mg/día repartidos en varias tomas; antes de decidir si la terapia es inefectiva debe disminuirse progresivamente hasta $\frac{3}{4}$ de la dosis antes de retirarla y sustituirla por otro medicamento. Como segunda alternativa está la imipramina.

5. Si está disponible la mejor alternativa es la fluoxetina 20 a 80 mg VO por día, sola o en combinación con antidepresivos tricíclicos.

6. Debe evitarse el uso de benzodiazepinas en los pacientes muy deprimidos. Sin embargo en casos leves pueden combinarse benzodiazepinas a bajas dosis con antidepresivos.

DIARREA

1. No es usual la diarrea recurrente en pacientes que reciben opiáceos.

2. Es importante descartar la presencia de una impactación fecal alta como causa de diarrea debido a filtración e hipersecreción de la mucosa intestinal, dado que en estos casos los antidiarreicos están contraindicados y lo que debe hacerse es eliminar la impactación.

3. La diarrea en ausencia de impactación y/u oclusión intestinal responde a ioperamida 2 a 4 mg VO después de cada deposición blanda hasta un máximo de 8 mg/día, difenoxilato 5 mg VO qid, sulfato de atropina 5 mg VO qid y kaopectate (caolín más pectina) 60 a 120 ml VO del preparado normal después de cada deposición blanda.

4. Las condiciones médicas previas que cursen con episodios repetitivos de diarrea como la colitis espástica deben ser tratadas con espasmolíticos como hioscina y primaverina si no hay contraindicaciones.

5. Al momento de iniciar la diarrea se debe indicar una dieta baja en residuo seguida de una dieta alta en residuo cuando la diarrea se resuelve.

6. En general se recomienda eliminar las dietas de difícil absorción como los lácteos, en especial si hay una historia sugestiva de intolerancia a la lactosa.

7. Las proctitis por radiación responden ocasionalmente a enemas con esteroides.

BOCA SECA

1. Si al paciente se le mantiene su boca húmeda y bien cuidada en muchos casos no sentirá sed, aún cuando esté clínicamente deshidratado.

2. Muchas drogas como los antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos, opiáceos y fenotiazinas pueden causar sequedad de boca.

3. Un paciente que recibe opiáceos puede aparentar deshidratación por sequedad de boca sin estarlo, por lo cual la rehidratación endovenosa debe ser racional y bien justificada sobre bases clínicas y exámenes de laboratorio. No se debe hidratar a los pacientes empíricamente en su domicilio y, en el caso de los pacientes terminales, se le debe insistir a la familia que el uso de soluciones parenterales, vitaminadas o no, no mejorará el estado general del paciente.

4. Pueden utilizarse cubitos de hielo tan a menudo como sea necesario, leche agria fría, yogurt y jugos de fruta.

5. La secreción de saliva se puede estimular con dulces ácidos o chicle.

6. Las lesiones por *Cándida* se tratan con nistatina en suspensión 2 ml c/2 a 4 h o con gel de miconazol 5 a 10 ml c/4 h.

7. Los labios pueden protegerse con vaselina o alguna crema protectora.

8. Un humidificador ayuda a mantener la boca húmeda.

9. Las ulceraciones en la mucosa oral pueden ser particularmente molestas y se deben tratar con colutorios bucales. En casos seleccionados puede utilizarse saliva artificial a base de metilcelulosa.

DISFAGIA

- 1. Se deben eliminar los medicamentos orales innecesarios, en especial los sólidos.*
- 2. Hasta donde sea posible deben utilizarse en primera instancia medicamentos orales líquidos o en supositorios.*
- 3. Las tabletas necesarias para el paciente pueden desmenuzarse y mezclarse con helado, miel de abeja o jalea.*
- 4. Las bebidas carbonatadas facilitan la deglución.*
- 5. Las comidas favoritas del paciente se pueden licuar y los líquidos deben darse en pequeñas cantidades y con la frecuencia necesaria.*
- 6. El cuidado de la boca es esencial. Las candidiasis extensas con compromiso de orofaringe deben tratarse con ketoconazol, 200 mg VO por día, vigilando la función hepática.*
- 7. Las úlceras mucosas provocadas por quimioterapia y radioterapia pueden ser muy dolorosas y deben ser tratadas con aplicación local de lidocaína y nistatina en suspensión.*
- 8. El yogurt, el helado y los antiácidos líquidos contribuyen a aliviar la disfagia.*
- 9. En los pacientes terminales debe evitarse la aplicación de procedimientos invasivos y cruentos.*

DISNEA

- 1. El tratamiento siempre debe ir dirigido a la causa subyacente.*
- 2. Se debe administrar oxígeno el tiempo que sea necesario.*
- 3. El paciente debe reposar en posición de Fowler o semi-Fowler y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva y el broncoespasmo debe ser individualizado.*
- 4. Si el paciente no está recibiendo morfina por dolor, ésta a dosis de 2 a 15 mg SC c/3 a 6 h puede reducir considerablemente la sed de aire y el esfuerzo respiratorio en los pacientes terminales.*
- 5. La prednisona, a dosis de 10 a 20 mg VO bid o tid, ayuda a disminuir la disnea.*
- 6. Las benzodiazepinas como el diazepam y el midazolam deben utilizarse con mucha precaución para no inducir en forma precipitada una depresión respiratoria; sin embargo estos medicamentos sedan al paciente para que no sienta asfixia en sus máximos momentos de angustia.*

7. Las causas potencialmente reversibles de disnea como los derrames pleurales recurrentes deben de ser referidos al centro hospitalario respectivo para ser tratados adecuadamente, al igual que las complicaciones broncopulmonares, si no existen los medios adecuados para realizar toracocentesis y vigilar al paciente. Sin embargo, en los pacientes cuya expectativa de vida es de pocas horas, queda al criterio del médico si estas complicaciones deben dejarse evolucionar ante la ausencia de posibilidades de recuperación.

8. La disnea resultante de ascitis a tensión se debe aliviar con paracentesis, para lo cual el paciente debe ser referido al hospital si no se dan las condiciones adecuadas para hacerla en la clínica.

9. La enfermedad pulmonar infiltrativa y los derrames pleurales que no son drenables son más difíciles de tratar, teniendo en estos casos muy pocas alternativas terapéuticas.

10. Si la disnea se debe a obstrucción mecánica por una masa de cuello, se debe considerar la traqueostomía en función del grado de recuperabilidad del paciente; si el pronóstico de vida es muy corto y el deterioro del paciente es muy importante este procedimiento resulta cruento e innecesario.

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

EDEMA

1. Deben utilizarse medias elásticas para los edemas de miembros inferiores. Otras medidas incluyen masajes y vendajes compresivos. En general el edema es un problema difícil de tratar.

2. La piel debe protegerse con crema de rosas, aceite mineral o vaselina.

3. Junto con las medidas locales, puede obtenerse cierta mejoría con restricción moderada de sodio y diuréticos. En el edema asociado a insuficiencia hepática el diurético de primera elección es la espironolactona, 25 mg VO bid hasta un máximo de 500 mg/día; en estos casos no es necesaria la restricción sistemática de agua.

4. La congestión linfática o venosa secundaria a una masa abdominal o pélvica puede mejorar con el uso corticosteroides.

5. La ascitis a tensión debe tratarse con paracentesis, la cual debe realizarse en el hospital respectivo si no existen las condiciones adecuadas para realizarla en la clínica. Se pueden extraer hasta 5 litros de líquido ascítico siempre y cuando el paciente muestre edema, se extraiga lentamente (en 30 a 90 minutos) y se restrinjan los líquidos para evitar la hiponatremia. En todo caso, en raras ocasiones una paracentesis de apenas 1 litro puede causar colapso circulatorio, encefalopatía e insuficiencia renal.

6. Siempre se debe mantener la vigilancia de complicaciones infecciosas tratables como la celulitis y la flebitis.

ALUCINACIONES

1. Debe hacerse una buena historia clínica. Si la historia evidencia una patología psiquiátrica previa, el paciente debe recibir atención psiquiátrica especializada.

2. Si existen causas orgánicas subyacentes éstas deben ser tratadas.

3. Los medicamentos recomendados son el haloperidol y la clorpromazina, evitando el uso de tranquilizantes menores.

4. Si se acompañan de confusión y agitación deben aplicarse las mismas medidas descritas para estos problemas.

HIPO

1. Debe buscarse y corregirse la causa subyacente.

2. El hipo responde a diferentes tipos de medicamentos como la metoclopramida, el haloperidol, la clorpromazina, la simeticona y el carbón vegetal. En el hipo incohercible el tratamiento de elección es la clorpromazina, 10 a 25 mg VO c/4 a 6 h, 25 a 50 mg IM c/3 a 4 h o 25 a 100 mg VR c/6 a 8 h.

3. En algunos casos se puede obtener mejoría con prednisona 10 a 30 mg VO por día.

4. Pueden combinarse diferentes tipos de medicamentos.

5. La simple maniobra de respirar a través de una bolsa de papel puede hacer que el hipo desaparezca.

INSOMNIO

1. Es muy importante establecer si el insomnio está relacionado con dolor, disnea o nicturia, con el fin de tratar la causa y no el síntoma.

2. *El insomnio puede ser un hábito previo del paciente que no puede ser totalmente revertido.*
3. *Debe establecerse claramente si el paciente duerme mucho durante el día.*
4. *Es necesario poner particular interés a los aspectos físico, mental, emocional y espiritual del paciente.*
5. *Debe proveerse hasta donde sea posible una estancia libre de ruido e iluminación excesiva.*
6. *Si el paciente es un fuerte tomador de café, puede ser necesario indicar la disminución de su consumo durante la tarde y la noche.*
7. *Hay que tomar en cuenta que los corticosteroides pueden inducir insomnio.*
8. *En la historia clínica debe indagarse si el paciente es fármacodependiente a benzodiazepinas y si las ha suspendido bruscamente.*
9. *En pacientes alcohólicos la supresión del alcohol puede inducir desde insomnio hasta síndrome de abstinencia alcohólica.*
10. *Si no hay historia de alcoholismo ni contraindicaciones, puede permitirse una bebida alcohólica suave antes de acostarse.*
11. *Si la causa de fondo ha sido identificada y remediada pero el paciente continúa con insomnio, se puede usar un hipnótico de acción corta para prevenir la somnolencia diurna.*
12. *En los pacientes ansiosos las benzodiazepinas resultan útiles para inducir sueño en la noche. El diazepam se utiliza en dosis de 5 a 15 mg VO hs. Como alternativa puede usarse el lorazepam.*
13. *En pacientes con mucha depresión ligada a trastornos del sueño se recomienda la amitriptilina.*
14. *Otras alternativas terapéuticas son flurazepam, secobarbital y temazepam. El mianserin, 30 a 90 mg/día, es efectivo en los pacientes depresivos con trastornos del sueño.*
15. *La clorpromazina puede ser utilizada para el tratamiento del insomnio en estos casos en dosis de 20 a 50 mg/día.*

NÁUSEAS Y VÓMITOS

1. *Es muy importante determinar la causa y tratarla.*

2. Los opiáceos y los anti-inflamatorios no esteroideos pueden inducir náusea y vómito.

3. La oclusión intestinal, el aumento de presión intracraneana por masa cerebral primaria o metastásica o hidrocefalia, quimioterapia y radioterapia pueden inducir náusea y vómito.

4. El medicamento de primera elección para la náusea y el vómito en el paciente terminal es el haloperidol, 0.5 a 1.5 mg VO hs o dos veces al día. En casos seleccionados puede darse por vía SC, en bolos IV o en infusión continua.

5. Como alternativa y en pacientes que requieren sedación, las fenotiazinas como la clorpromazina y la proclorperazina pueden darse por vía oral o rectal. La clorpromazina se dosifica de 10 a 25 mg VO c/4 h para los episodios agudos; la proclorperazina es menos sedante y se administra a 10 mg VO c/4 a 6 h o en supositorios 25 mg VR c/6 a 8 h. Existe una fenotiazina, la metotrimeprazina, de 25 a 150 mg por día, que puede usarse por vía SC ya que es la única del grupo que no provoca irritación ni absedación de piel.

6. La metoclopramida 10 mg VO 30 minutos antes de las comidas y al acostarse y la domperidona son útiles en presencia de un vaciamiento gástrico retardado; incrementan el tono del esfínter gastroesofágico y reducen la tendencia al reflujo, incrementan el vaciamiento gástrico y dilatan el duodeno proximal. La domperidona cruza en menor grado la barrera hematoencefálica que la metoclopramida, teniendo menos efectos estrapiramidales. La metoclopramida puede combinarse con haloperidol. Dado que son proquinéticos, no deben utilizarse en presencia de oclusión intestinal.

7. El dimenhidrinato está particularmente indicado en tumores cerebrales dado que actúa a nivel del centro del vómito y puede combinarse con metoclopramida y glucocorticoides. De igual manera actúan la ciclizina y la prometazina.

8. La dexametasona es el agente de elección para la náusea y el vómito en pacientes sometidos a radioterapia cerebral, en dosis que van de 8 a 40 mg VO, IM o IV; un esquema sugerido es iniciar con 10 mg IV o VO y luego mantenerla a dosis de 4 a 6 mg VO c/6 h mientras dure la radioterapia o persistan los síntomas de edema cerebral. Como alternativa puede usarse metilprednisolona, de 40 a 500 mg VO, IM o IV c/6 a 12 h hasta un total de 20 dosis para controlar la emesis.

9. En términos generales los corticosteroides potencian el efecto antiemético de otros fármacos.

10. En la hipercalcemia es frecuente la combinación de metoclopramida y dimenhidrinato para contrarrestar la emesis.

11. El ondansetrón, 0,15 mg/kg IV 30 minutos antes de la quimioterapia y el granisetron, 10 microgramos/kg IV 15 minutos antes de la quimioterapia y cada 4 h x 2 dosis, son antagonistas de los receptores de serotonina que se utilizan para contrarrestar los efectos antieméticos de la quimioterapia. También se utilizan prednisona y ACTH concomitantemente con otros antieméticos para controlar la emesis en las primeras 24 horas de quimioterapia.

12. Si el vómito reside en un factor de irritación gástrica se pueden utilizar otros medicamentos para potenciar el efecto antiemético de los ya descritos, tales como antiácidos, bloqueadores H₂, sucralfato, inhibidores de la bomba de protones y prostaglandinas.

MAL OLOR

1. Debe insistirse en el aseo del paciente y fomentar hábitos de higiene en él (cuando es posible) y en los cuidadores.

2. El tratamiento debe estar dirigido a la causa fundamental si ello es posible.

3. Las abrasiones en la piel y las úlceras deben mantenerse debridadas y limpias.

4. Ocasionalmente el olor de las úlceras necróticas mejora con la aplicación local de yogurt.

5. Pueden utilizarse esencias y lociones de menta en la ropa de cama y utilizarse desodorantes ambientales.

6. El olor de las bolsas de colostomía e ileostomía puede disminuir depositando carbón vegetal o dos tabletas de ácido acetil-salicílico molidas dentro de la bolsa.

7. Dependiendo del origen del mal olor, en ocasiones ayuda el evitar en la dieta alimentos flatulentos como el repollo y los frijoles, algunos han descrito que beber jugo de arándano contribuye a disminuir el mal olor.

PRURITO

1. Comúnmente se observa en pacientes con ictericia obstructiva, piel seca y uremia, al igual que en cáncer gástrico con metástasis hepáticas.

2. Se ha descrito que la cafeína puede ser un factor irritante de la piel, por lo que el café debe disminuirse en pacientes que lo ingieren en forma importante y que tienen prurito.

3. La habitación del paciente debe mantenerse fresca y debe evitarse el uso de muchas sábanas y cobijas pesadas, las cuales deben ser de algodón.

4. *Distraer al paciente con actividades varias le ayudan a fijar menos su atención en el prurito.*
5. *Una medida útil es sumergir al paciente en una tina de baño con agua tibia a la cual se le agrega media libra de talco y 4 onzas de polvo de hornear.*
6. *Si la piel está seca puede utilizarse aceite para bebés en el agua del baño y cremas humectantes, evitando los jabones perfumados y sustituyéndolos por jabones neutros.*
7. *El tratamiento de primera línea son los antihistamínicos como la hidroxicina, la difenhidramina, la clorfeniramina, el astemizol y la ciproheptadina.*
8. *Para brotes localizados y sin infección están indicados los esteroides tópicos.*
9. *El prurito por ictericia colestásica, además de responder a antihistamínicos, debe manejarse también con agentes fijadores de sales biliares como la colestiramina 4 g VO mezclados con agua antes del desayuno y de las demás comidas. Se puede agregar fenobarbital 60 a 120 mg VO por día si el prurito no logra controlarse con la colestiramina.*
10. *En casos severos que no respondan satisfactoriamente a antihistamínicos pueden utilizarse fenotiazinas.*

DEBILIDAD

1. *Multifactorial. Puede estar asociada a depresión, hipokalemia y anemia. Cuando sea posible debe corregirse la causa.*
2. *Los corticosteroides a muy altas dosis pueden inducir mayor debilidad.*
3. *Para el bienestar físico, mental y espiritual del paciente, se recomiendan ejercicios de movimiento activo y pasivo.*
4. *Debe prevenirse la fatiga con todos los medios disponibles como almohadones, vidés, camas ortopédicas, sillas de ruedas, andaderas, bastones, férulas y otros.*

OCLUSIÓN INTESTINAL

1. *La oclusión maligna es comúnmente subaguda y de curso repetitivo, sobre todo en cáncer de ovario metastásico y cáncer de colon.*
2. *No siempre requiere manejo quirúrgico en el paciente terminal, a no ser que sea causada por un solo bloqueo anatómicamente removible.*

3. En la mayoría de los casos el manejo es esencialmente sintomático. Muchos de los síntomas provocados por la oclusión pueden aliviarse hasta cierto punto aún cuando la oclusión no se pueda eliminar.

4. Debe evitarse el uso de sonda nasogástrica, en especial si se trata de un paciente domiciliar, a menos que el paciente esté vomitando en grandes cantidades.

5. Debido a que los pacientes que reciben opiáceos muchas veces aparentan estar deshidratados, el estado de hidratación del paciente debe valorarse desde diferentes perspectivas y con otros métodos clínicos antes de decidir si amerita rehidratación endovenosa. Ésta, en todo caso, siempre deberá hacerse en un centro de atención médica y con el monitoreo adecuado y nunca en el domicilio del paciente.

6. Nunca se deben utilizar proquinéticos como la metoclopramida si se tiene la certeza de que el paciente está ocluido y está vomitando, dado que aumentan las molestias y pueden provocar ruptura intestinal.

7. Se deben usar espasmolíticos como la hioscina para aliviar la distensión abdominal causada por oclusión intestinal en pacientes terminales.

8. Para las náuseas y vómitos en los pacientes ocluidos se utilizan medicamentos como el dimenhidrinato y el haloperidol.

9. Debe evitarse el uso de laxantes estimulantes como el bisacodilo.

10. Si la oclusión se logra resolver debe recomendarse una dieta baja en residuo para evitar nuevos episodios oclusivos.

HIPERCALCEMIA

1. Debe tenerse siempre en cuenta que la hipercalcemia es un problema común en la enfermedad maligna aún en ausencia de metástasis óseas.

2. Aunque puede tener diferentes presentaciones clínicas debe pensarse en ella con uno o más de los siguientes signos y síntomas: náusea, vómito, constipación, polidipsia, poliuria, deshidratación, somnolencia, confusión y coma.

3. El objetivo principal es aliviar los síntomas más que normalizar en forma repentina el calcio sérico.

4. Debe tratarse agresivamente debido a que usualmente es un problema fácilmente reversible.

5. El tratamiento agudo está indicado si los síntomas son graves o el calcio sérico excede de 12 mg/dl.

6. Inicialmente y dado que el paciente con hipercalcemia grave casi siempre está deshidratado, se inicia la reposición de líquido extracelular con suero salino fisiológico a una velocidad de 300 a 500 ml/h el cual se reduce una vez que parte del déficit de líquido se corrige. Durante las primeras 24 horas se precisan al menos de 3 a 4 litros de suero salino fisiológico y hay que alcanzar un equilibrio positivo al menos de 2 litros.

7. Debe vigilarse cuidadosamente el tratamiento y los posibles signos de insuficiencia cardíaca.

8. Una vez corregido el déficit de líquido extracelular se continúa con suero salino a razón de 100 a 200 ml/h para inducir diuresis salina.

9. Debe hacerse análisis de electrolitos séricos, calcio y magnesio cada 6 a 12 horas, reponiendo adecuadamente el potasio y el magnesio.

10. La furosemida sólo debe utilizarse en caso de insuficiencia cardíaca y se deben evitar los diuréticos tiazídicos.

11. Si el paciente tiene una insuficiencia renal oligúrica no se debe administrar suero salino. En estos casos el paciente debe ser trasladado para una hemodiálisis, a no ser que se trate de un paciente terminal y con mucho deterioro de su estado general ante lo cual este procedimiento podría no tener ningún beneficio.

12. Una vez que el paciente ha mejorado clínicamente y si no existen las condiciones adecuadas para vigilarlo, debe trasladarse al centro hospitalario respectivo.

13. Los glucocorticoides son eficaces en la hipercalcemia del mieloma y otras hemopatías malignas. Se debe iniciar prednisona 20 a 50 mg VO bid o una dosis equivalente de otro preparado. Con esto el calcio sérico tarda de 5 a 10 días para disminuir, al cabo de lo cual se reduce la dosis gradualmente hasta la mínima necesaria para controlar los síntomas.

14. Si está disponible el pamidronato se administra en dosis únicas de 60 mg en 500 ml de suero mixto IV durante 4 horas. Si el calcio sérico es mayor de 13,5 mg/dl (hipercalcemia intensa) se perfunden 90 mg en 1 litro durante 24 horas. La respuesta hipocalcémica aparece en dos días, alcanza un valor máximo a los 7 días y persiste por 2 semanas o más. El tratamiento puede repetirse si la hipercalcemia recidiva. Los efectos indeseables incluyen hipomagnesemia, hipofosfatemia y febrícula transitoria.

15. La calcitonina, si está disponible, es menos tóxica, resulta segura en insuficiencia renal y tiene un efecto analgésico en las metástasis óseas pero es menos potente que otros inhibidores de la resorción ósea. Se puede administrar al inicio de la hipercalcemia intensa para lograr una respuesta rápida, y si se usa junto con pamidronato se garantiza un efecto prolongado. La calcitonina de salmón se dosifica de 4 a 8 U/kg IM

o SC c/6 a 12 h y puede reducir el calcio sérico en 1 a 3 mg/dl en pocas horas, desapareciendo su efecto después de unos días. Entre sus efectos indeseables están rubicundez facial, náuseas y, raramente, reacciones alérgicas.

16. No se recomienda restringir el calcio de la dieta para evitar las recidivas de hipercalcemia.

17. El fosfato oral, si está disponible, puede reducir discretamente el calcio sérico en algunos casos. Se administra en dosis de 0,5 a 1,0 g de fósforo elemental VO tid y sólo se debe usar si el fósforo sérico es menor de 3 mg/dl y la función renal está íntegra. Debe vigilarse con frecuencia el calcio, el fósforo y la creatinina séricos. Si el fósforo excede de 4,5 mg/dl o el factor calcio X fósforo es mayor de 60 (mg/dl) se debe reducir la dosis. Sus efectos indeseables son diarrea, náuseas y calcificación de tejidos blandos.

18. Si se trata de un paciente oncológico con tratamiento antineoplásico y que no está en fase terminal, la hipercalcemia siempre debe de ser tratada. En los pacientes terminales y con una sobrevida inferior a 3 meses el tratamiento de la hipercalcemia puede paliar algunos síntomas como la anorexia, las náuseas y el malestar general, pero debe tomarse la decisión de si el paciente precisa tratamiento o no desde la primera valoración, lo cual no siempre es fácil.

COMPRESIÓN MALIGNA DE LA MÉDULA ESPINAL

1. Debe sospecharse en todo paciente oncológico que se queje de dolor de espalda, dificultad progresiva para caminar, alteraciones sensitivas y retención urinaria con incontinencia por rebosamiento.

2. Se observa con más frecuencia en cáncer de mama, pulmón y próstata.

3. Ante la sospecha clínica siempre se debe realizar una valoración clínica del nivel medular comprometido y realizar un estudio radiológico de columna.

4. La dexametasona en dosis de 10 mg IV seguida de 4 o 5 mg IV c/6 h suele administrarse en lesiones compresivas aunque su eficacia aún no se ha demostrado en todos los casos.

5. Está indicada la radioterapia urgente asociada a dosis altas de esteroides en las compresiones malignas, por lo cual debe referirse al paciente al hospital respectivo ante la sospecha clínica y radiológica.

COMA

1. El paciente oncológico comatoso debe evaluarse tanto desde el punto de vista metabólico como estructural.

2. Si no hay certeza del estadio de su enfermedad y no hay confirmación de su terminalidad, debe intentarse su rescate.

3. Las alteraciones metabólicas deben de ser tratadas de acuerdo a su causa.

4. En los pacientes con historia de insuficiencia hepática se puede precipitar una encefalopatía portosistémica por dietas ricas en proteínas, diuréticos, neurolépticos, opioides, ansiolíticos, hipnóticos, constipación y hemorragia digestiva. Si se sospecha una encefalopatía portosistémica debe iniciarse de inmediato lactulosa (tratamiento preferencial) 30 a 45 ml VO por hora para originar una diarrea rápida en las primeras fases del tratamiento o cuando hay estreñimiento o sangre en el tubo digestivo; no se debe administrar VO en pacientes con íleo u oclusión intestinal; se puede aplicar en enemas, 300 ml de lactulosa con 700 ml de agua, colocando al paciente en decúbito lateral izquierdo y en Trendelenburg, volteándolo luego en decúbito lateral derecho para retener el enema y elevando la cabeza para llenar la porción proximal del colon, repitiéndolo luego 2 a 4 veces al día; la lactulosa por vía oral también se puede administrar en dosis de 15 a 45 ml VO 2 a 4 veces al día ajustando luego la dosis hasta obtener de 3 a 5 deposiciones blandas por día. Como alternativa a la lactulosa se utiliza la neomicina, 1 g VO o por SNG c/6 h o en enemas de retención 1 a 2 g en 100 a 200 ml de suero salino fisiológico 2 a 4 veces al día, aunque es más tóxica que la lactulosa. Si no se dispone de neomicina se inicia metronidazol 250 mg VO c/8 h durante un corto período de tiempo debido a su neurotoxicidad.

5. El tratamiento combinado de lactulosa y neomicina se reserva para pacientes que no respondan a la monoterapia con alguno de los dos medicamentos.

6. Si hay historia y hallazgos clínicos de hipertensión endocraneana (cefalea, náuseas, vómitos, episodios de oscurecimiento visual, hipertensión arterial, bradicardia, edema de papila, parálisis del IV par) y/o herniación (midriasis ipsilateral a la masa y hemiparesia primero contralateral y luego ipsilateral a la masa, respiración de Cheyne-Stokes o normal seguida más tarde de hiperventilación central, pupilas intermedias y no reactivas, pérdida de la mirada hacia arriba, posturas extrañas de los miembros, irregularidad respiratoria o apnea) debe intervenir de inmediato con dexametasona 10 mg IV seguida de 4 a 5 mg IV c/6 h. Si está disponible se debe utilizar manitol 1 a 2 g/kg IV durante 10 a 20 minutos. Se debe también administrar oxígeno y monitorizar al paciente, considerando la intubación endotraqueal ante un patrón respiratorio muy irregular o apnea (si el paciente no está en fase terminal). Si se decide ventilar al paciente debe mantenerse parcialmente hiperventilado.

7. Una vez que el paciente ha sido abordado, se ha establecido la causa del problema, se ha estabilizado y dependiendo de los medios

disponibles en la clínica o centro de atención, debe ser trasladado al centro hospitalario respectivo. La decisión del traslado está en función de su grado de recuperabilidad.

SÍNDROME DE COMPRESIÓN DE VENA CAVA SUPERIOR

- 1. Puede verse en cáncer de pulmón originado o diseminado al mediastino y en linfoma.*
- 2. Provoca tumefacción de la cara y el tronco, dolor torácico, tos y disnea con dilatación de las venas superficiales del cuello, región sublingual y tórax.*
- 3. En los casos que no han respondido a quimioterapia está indicada la radioterapia paliativa.*
- 4. Se utiliza también prednisona, 20 a 40 mg VO por día asociada a opioides y en centros en donde ello es posible se asocia también sedación con midazolam 5 a 6 mg SC c/6 h para aliviar la angustia del paciente.*

HEMORRAGIA

- 1. Debe anticiparse una complicación hemorrágica en muchos pacientes con cáncer y la familia debe estar enterada de esta posibilidad. Si se trata de un enfermo terminal y muy deteriorado en cuyo caso un traslado al centro de salud no será de gran beneficio y si los familiares están bien informados y conscientes del pronóstico, se les debe recomendar que preparen paños de color oscuro (o incluso rojo) para cubrir y limpiar las áreas de sangrado, ya que esto alivia el impacto visual de ver al paciente sangrando en su cama. Si el paciente no está en fase terminal debe abordarse inmediatamente con todos los medios disponibles.*
- 2. La hemoptisis erosiva se observa en cáncer de pulmón y se intensifica con la tos por lo cual se deben usar antitusivos. La hemoptisis severa asociada al carcinoma epidermoide de pulmón responde bien a radioterapia paliativa.*
- 3. En los pacientes oncológicos con compromiso hepático debe utilizarse vitamina K para la prevención del sangrado.*
- 4. El sangrado digestivo alto asociado a enfermedad ulcerosa en los pacientes oncológicos debe ser tratado con inhibidores H2, antiácidos, y si están disponibles con protectores de la mucosa gástrica e inhibidores de la bomba de protones.*
- 5. El hecho de que un paciente con sangrado digestivo alto sea también portador de cáncer no impide la aplicación de las medidas iniciales de urgencia (exámenes de laboratorio, colocación de SNG, aspirado y*

lavado gástrico, acceso de vía endovenosa), en especial si el paciente no es terminal.

6. Los sangrados abundantes de tipo transrectal y transvaginal de causa oncológica responden a radioterapia paliativa.

7. El cáncer de mama ulcerado puede presentar sangrado importante; éste responde también a radioterapia paliativa.

Dado en la Presidencia de la República.—San José, al primer día del mes de junio del dos mil uno.

MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ ECHEVERRÍA.—El Ministro de Salud, Dr. Rogelio Pardo Evans.