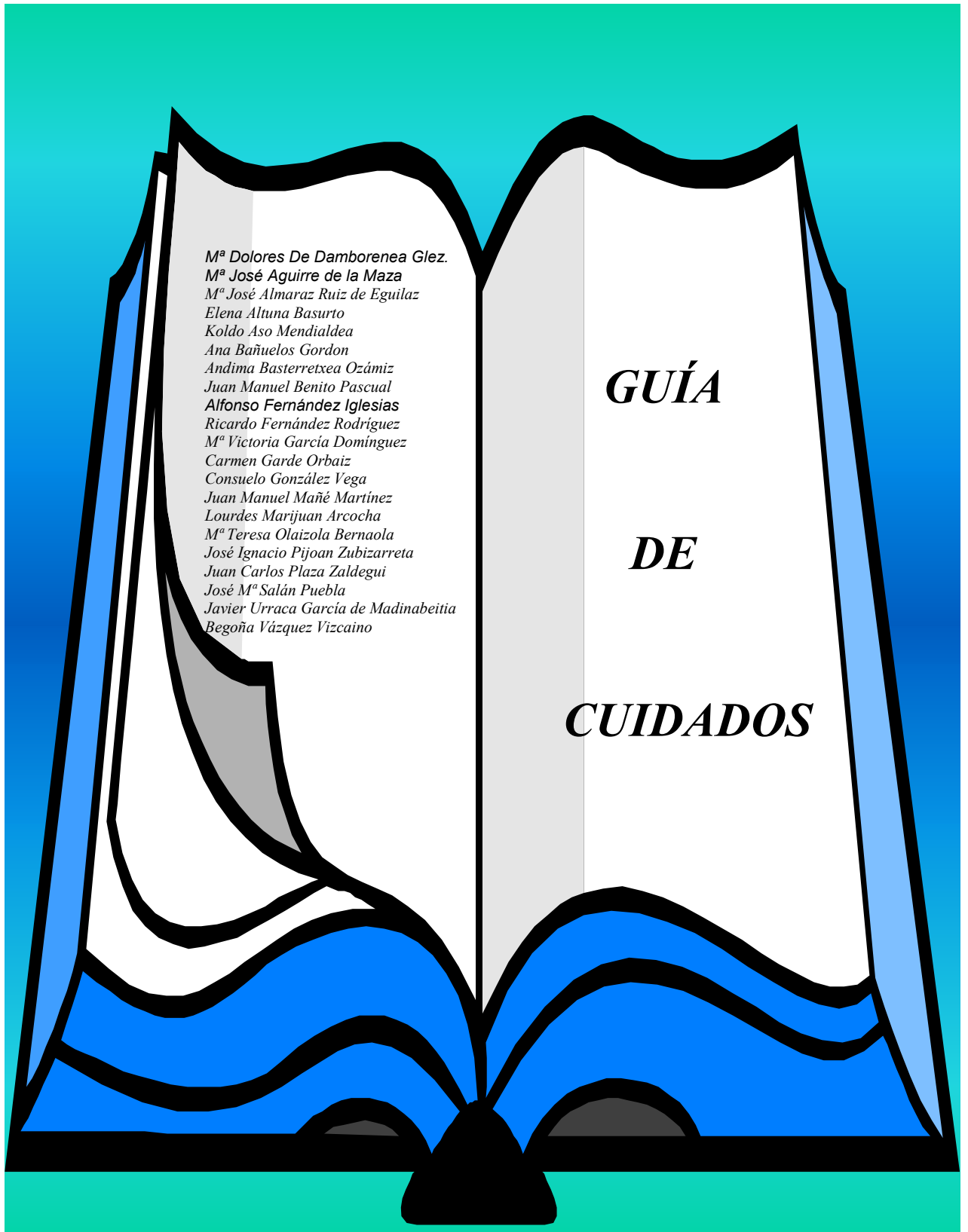


**GUÍA DE
CUIDADOS**



*M^a Dolores De Damborenea Glez.
M^a José Aguirre de la Maza
M^a José Almaraz Ruiz de Eguilaz
Elena Altuna Basurto
Koldo Aso Mendialdea
Ana Bañuelos Gordon
Andima Basterretxea Ozámiz
Juan Manuel Benito Pascual
Alfonso Fernández Iglesias
Ricardo Fernández Rodríguez
M^a Victoria García Domínguez
Carmen Gardé Orbaiz
Consuelo González Vega
Juan Manuel Mañé Martínez
Lourdes Marijuan Arcocha
M^a Teresa Olaizola Bernaola
José Ignacio Pijoan Zubizarreta
Juan Carlos Plaza Zaldegui
José M^a Salán Puebla
Javier Urraca García de Madinabeitia
Begoña Vázquez Vizcaino*

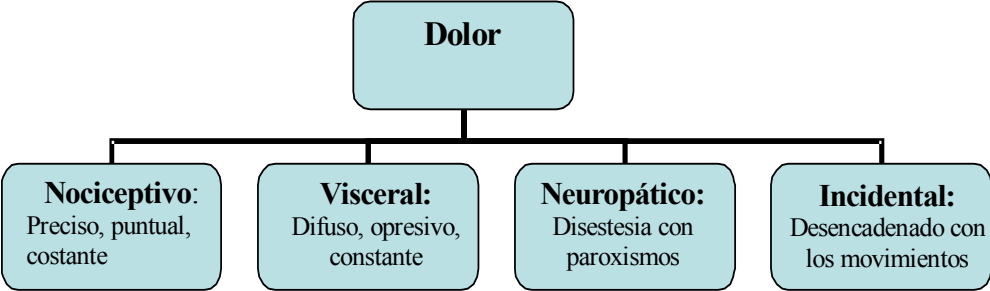
***GUÍA
DE
CUIDADOS***

DOLOR

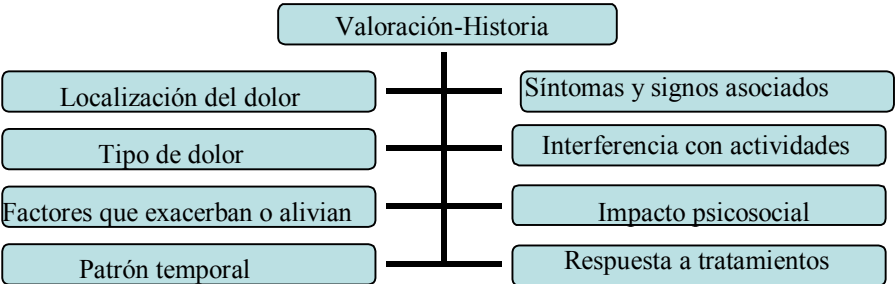
DOLOR

El dolor viene definido como una experiencia sensorial y emocionalmente displacentera, y representa uno de los síntomas más frecuentes e incapacitantes en la medicina paliativa. Es por tanto un auténtico reto terapéutico para conseguir una adecuada calidad de vida.

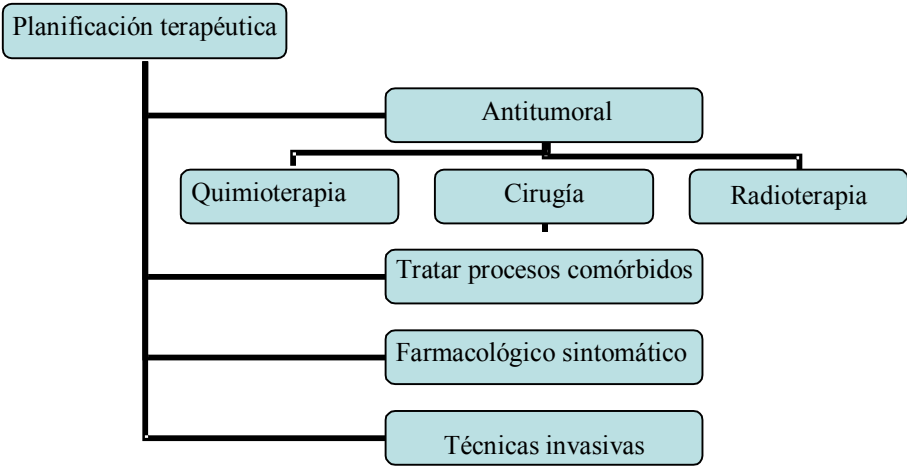
Categorías fisiopatológicas del dolor.



Valoración del dolor:

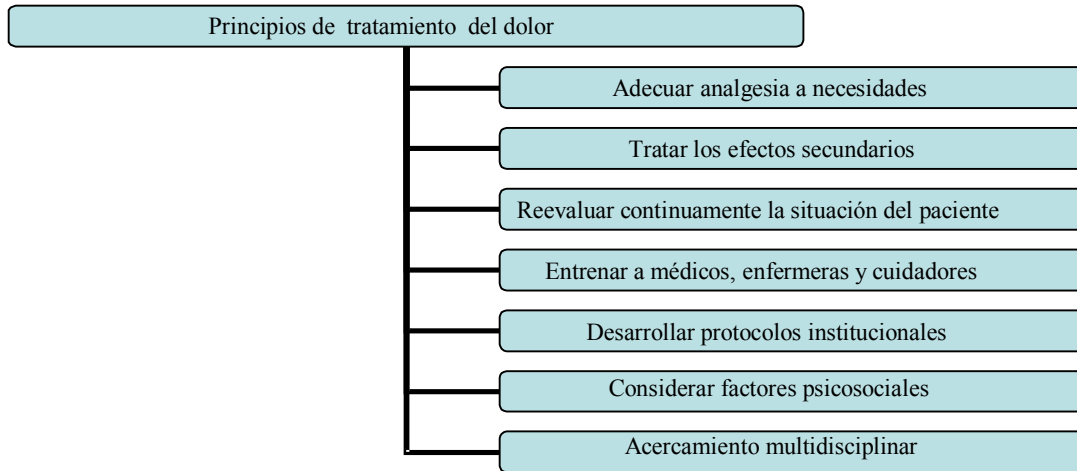


Planificación de tratamiento del dolor



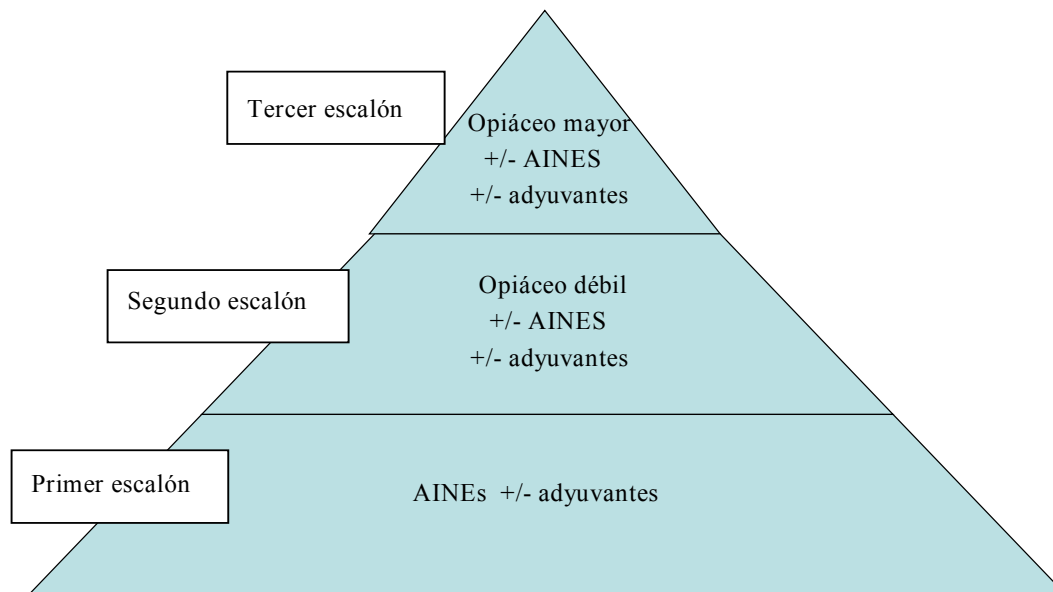
Normas genéricas para el tratamiento del dolor:

Evaluar todos los datos para un tratamiento adecuado.



Tratamiento farmacológico. Escala de la OMS de Manejo del dolor

En algunas ocasiones el tratamiento será secuencial y en otras concomitante e integrado.



IMPORTANTE:

- Los analgésicos deben administrarse a intervalos fijos, teniendo en cuenta la vida media y duración de sus efectos.
- Tanto los AINE como los opiáceos débiles, tienen un techo analgésico o dosis máxima, que no se debe sobrepasar.
- Cuando un dolor no se alivia con dosis máximas de analgésicos de un escalón, debe pasarse al siguiente.

ANALGÉSICOS NO OPIÁCEOS

FÁRMACO	DOSIS ORAL media (mg)	INTERVALO (horas)	DOSIS MÁXIMA (mg/24h)	EFFECTOS SECUNDARIOS
PARACETAMOL	500-1000	4-6	6000	Dispepsia + Hemorragia + Hepática ++
ASPIRINA	500-1000	4-6	6000	Dispepsia +++ Hemorragia +++ Alergia +
METAMIZOL	500-1000	6-8	3000	Dispepsia ++ Agranulocitosis ++ Alergia +
IBUPROFENO	200-400	4-6	4200	Dispepsia ++ Hemorragia ++
NAPROXENO	250-500	6-12	1000-1500	Dispepsia ++ Hemorragia ++
DICLOFENACO	50-75	6-8	200	Dispepsia ++ Hemorragia ++
INDOMETACINA	50-100	8-12	200	Dispepsia +++ Hemorragia +++ Confusión +++
KETOROLACO	10-30	6-12	40-150	Dispepsia +

OPIÁCEOS DÉBILES

FÁRMACO	Dosis oral inicial (mg)	Vida media (horas)	Intervalo (horas)	Dosis máxima diaria (mg)
CODEÍNA	60-120	3-4	4-8	360
DIHIDROCODEÍNA	60	8-12	12	¿?
PROPOXIFENO	60-120	3.5-15	6-12	450
BUPRENORFINA	0.2-0.4	3-4	6-8	1.2
TRAMADOL	50-100	¿?	6	400

OPIÁCEOS MAYORES

La morfina no tiene límite máximo de dosis. La dosis se debe incrementar hasta conseguir un alivio del dolor.

FÁRMACO	Dosis inicial (mg)	Vida media (horas)	Intervalo (horas)
MORFINA oral (solución)	10-20	2-3.5	4-6
MORFINA oral (sulfato)	10-20	3-4	4
MORFINA sc/im/iv	10	2-3.5	4-6
MST continus	10-30	6-8	12
MEPERIDINA im	75	3-4	2-3
FENTANILO parches transdérmicos	25 µg/h	3-12	2-3 días

Dosis equianalgésicas de la morfina:

FÁRMACO	IM (mg)	Oral (mg)	Vida media (h)	Duración (h)
MORFINA	3	10	2-3	4-6
MORFINA Retard		10	5-6	8-12
MEPERIDINA	25	100	2-3	4-6
METADONA	3	6	15-57	4-8
CODEINA		80	2-3	3-6
DIHIDROCODEINA		40	5-6	8-12
PROPOXIFENO		60	12	8-12
BUPRENORFINA	0.1	0.3	2-5	5-6
PENTAZOCINA	18	60	2-3	3-6
TRAMADOL	30	100	2-3	4-6
FENTANILO				48-72

Relación de potencia de la morfina en función de la vía de administración:

VÍA	CAMBIO A	RELACIÓN
Oral	Rectal	1 : 1
Oral / Rectal	Subcutánea	2 : 1
Oral / Rectal	Endovenosa	3 : 1
Subcutánea	Endovenosa	1,5 : 1

NORMAS GENERALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE OPIÁCEOS POTENTES:

- Debe iniciarse tratamiento en todo enfermo con un dolor no aliviado por dosis máximas de un AINE y un opiáceo débil, sustituyendo éste último (**nunca asociarlos**).
- Comenzar con dosis bajas (10 mg) de **Morfina** de liberación inmediata (comprimidos o solución) cada 4-6 horas.
- Evaluar a las 48-72 horas la eficacia analgésica y los efectos secundarios.
- Si el dolor persiste o aumenta, incrementar las dosis el 50%. Seguir aumentando hasta controlar el dolor.
- En los picos de dolor entre 2 dosis, usar analgésicos de rescate. Se debe usar **Morfina** de liberación inmediata (una dosis del 15-25% de la dosis diaria total) o **Fentanilo** citrato oral transmucosa (no está clara la dosis a utilizar).
- Con el cuadro doloroso estabilizado, se puede pasar a comprimidos de liberación controlada de **Morfina**. Para ello se calcula la dosis total diaria de morfina de liberación inmediata (incluidas dosis de rescate) y se administra la mitad cada 12 horas. **Los comprimidos no se pueden masticar ni machacar**. Seguir usando dosis de rescate como en el caso anterior. Incrementar las dosis si el dolor aumenta o se usan más de 4 dosis/día de rescate.
- En dolores crónicos estabilizados, o en caso de intolerancia digestiva, se puede usar **Fentanilo** en parches de liberación transdérmica que se cambian cada 72 horas. Para calcular la dosis, a efectos prácticos, usar parches en microgramos/hora liberados, equivalentes a la mitad de la dosis en mg/día de morfina oral.
- En casos de intolerancia digestiva y/o dolor intenso no controlado por otras vías, debe usarse **Cloruro mórfico** en infusión subcutánea continua o intermitente (cada 4 horas).

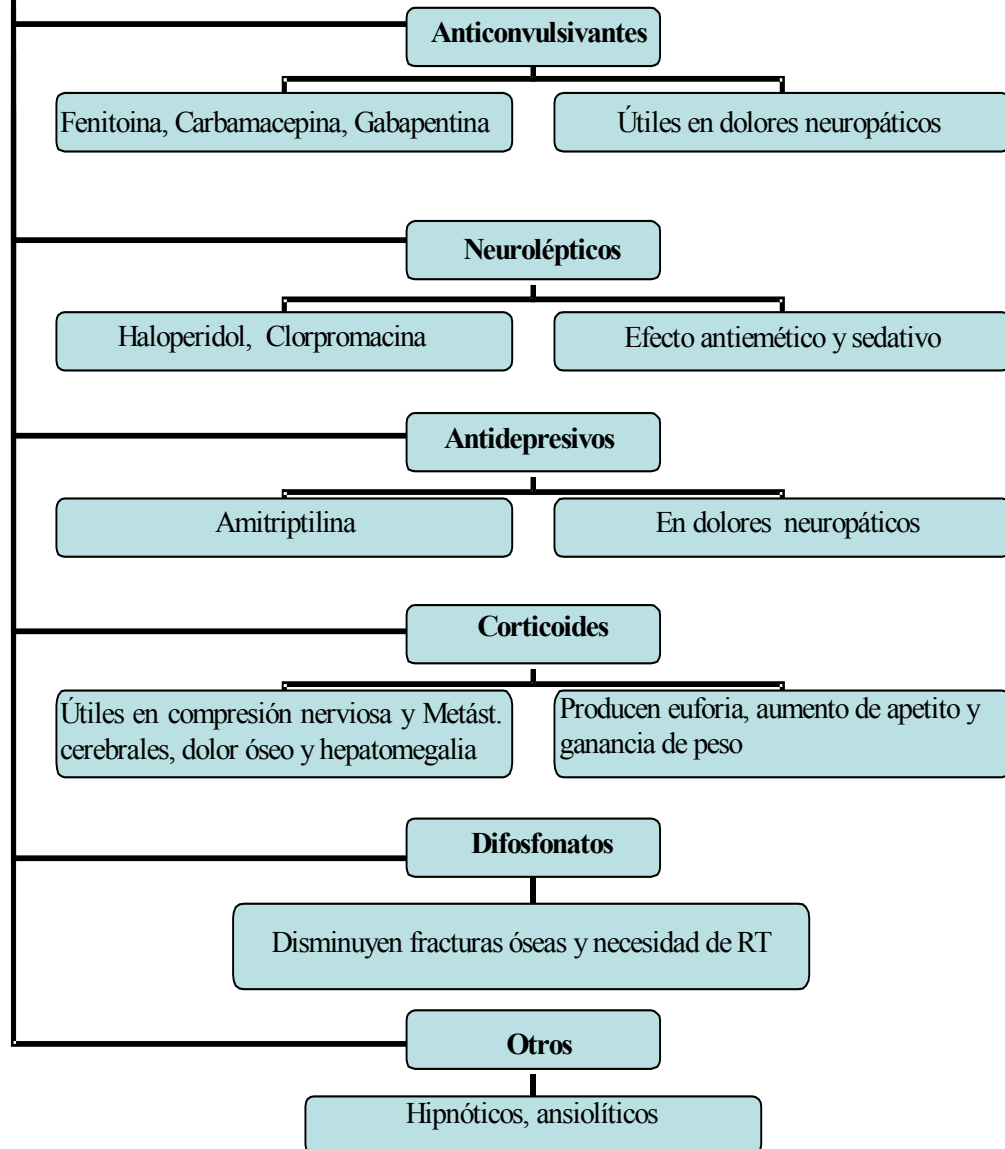
EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIÁCEOS:

- **Estreñimiento:** Prácticamente en todos los casos. Prescribir siempre un laxante
- **Náuseas, Vómitos:** Al inicio del tratamiento. Suelen ceder en pocos días
- **Somnolencia, Obnubilación y Confusión:** Igual que el anterior
- **Sudoración, prurito, retención urinaria, Mioclonias**

DROGAS ADYUVANTES

Son un grupo de fármacos heterogéneo que no tiene en sí una acción analgésica pero que pueden potenciar la acción de los fármacos referidos previamente.

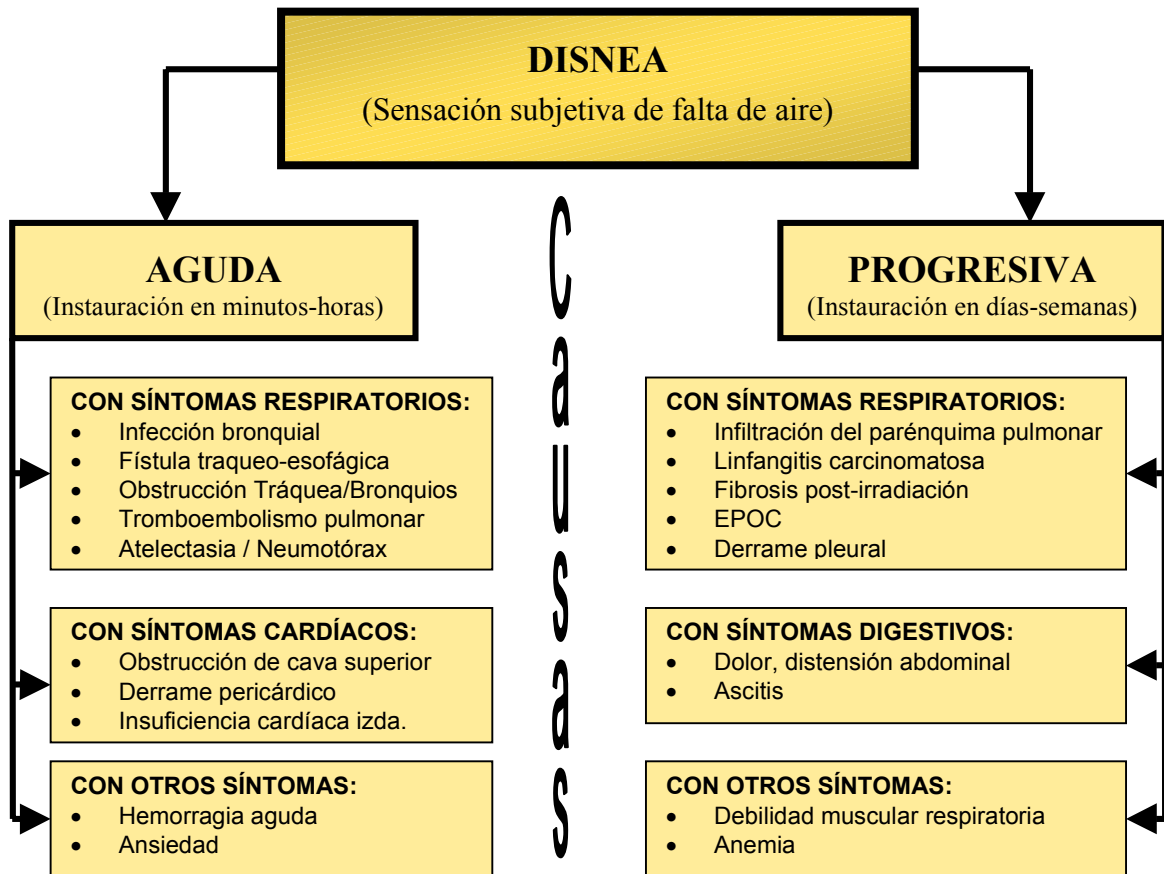
Fármacos adyuvantes



CAUSAS ESPECÍFICAS DE DOLOR

CAUSAS DEL DOLOR	TRATAMIENTO INICIAL	VALORAR ASOCIAR	CONSIDERAR
FRACTURA PATOLÓGICA	Inmovilización/Morfina	Analgesia espinal/AINES	Cirugía ortopédica / Bifosfonatos
METÁSTASIS ÓSEAS	Morfina/Radioterapia	AINES	Cirugía ortopédica / Bifosfonatos
DOLOR MIOFASCIAL	Infiltración anestésica en punto gatillo	Estimulación eléctrica transcutánea (TENS)	AINES / benzodiazepinas
DOLOR PLEURÍTICO	Tratamiento causal	Bloqueo intercostal	Morfina/AINES
DOLOR PERITONEAL	Tratamiento causal	Morfina	Dexametasona
DISTENSIÓN CÁPSULA HEPÁTICA	Morfina	Dexametasona	
DISTENSIÓN GÁSTRICA	Metoclopramida	Dexametasona	Sonda nasogástrica / gastrostomía
DISTENSIÓN INTESTINAL	Tratamiento causal	Butilbromuro de hioscina	Dexametasona
DISTENSIÓN RECTAL	Extracción de fecalomas	Dexametasona si tumor	Bloqueo nervioso
DOLOR INFLAMATORIO	Excluir y tratar la infección	Dexametasona	AINES
ESPASMO VESICAL	Tratamiento causal	Butilbromuro de hioscina	Si irritación por tumor, instilación de Bupivacaína a 0.25%
INFILTRACIÓN DE PARTES BLANDAS	Morfina	Benzidamida tópica?	Radioterapia o quimioterapia
COMPRESIÓN RADICULAR	Morfina	Radioterapia / Dexametasona	TENS / bloqueo nervioso
DOLOR DESAFERENTIZACIÓN	Morfina	Amitriptilina / Carbamacepina	Otros adyuvantes / bloqueo nervioso

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS



Tratamiento

MEDIDAS GENERALES:

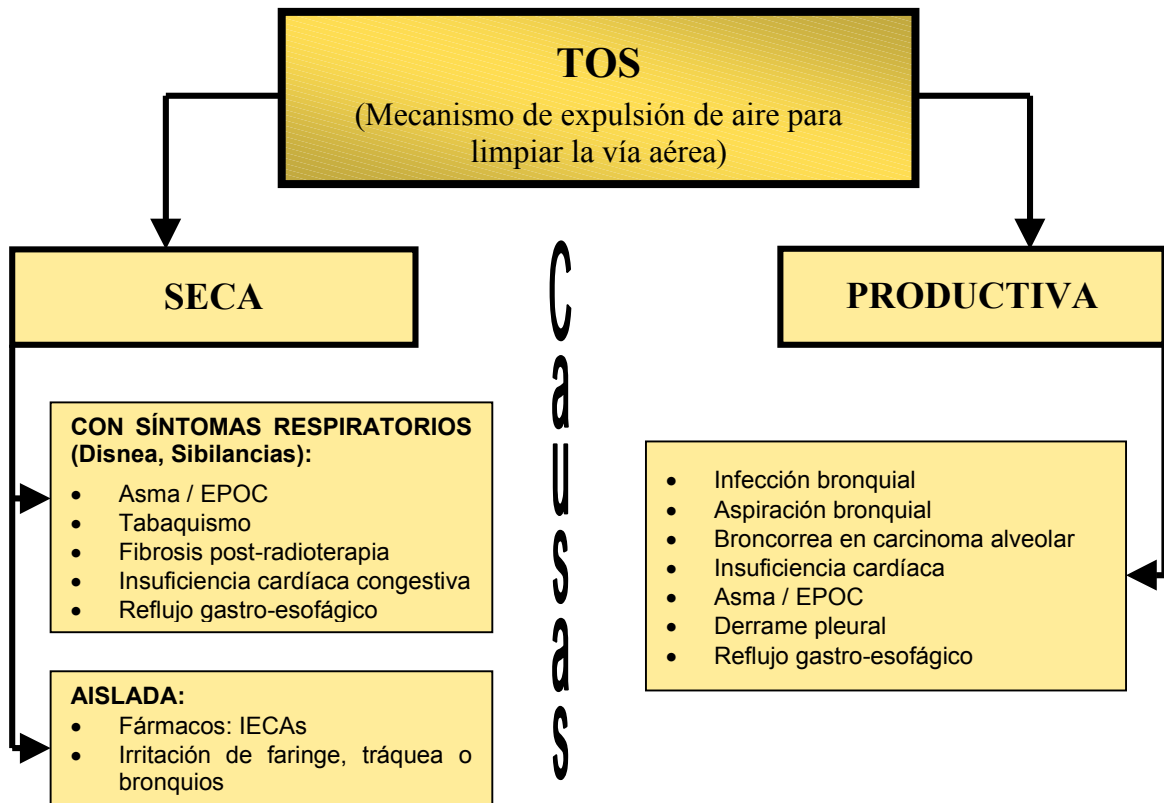
- Mantener la habitación fresca y aireada. Proporcionar un ventilador que le de en la cara
- Mantener al paciente en la posición de sentado / Facilitar el drenaje postural
- Minimizar las molestias al paciente. Evitar discusiones cerca de él
- Minimizar el movimiento del paciente: silla de ruedas, mueble auxiliar cerca de él.....
- Explicar a la familia que la taquipnea no significa malestar para el paciente
- Distraer al paciente con música o lectura

ETIOLÓGICO:

- | | | |
|---|----------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Hipoxia: Oxigenoterapia - TEP: Anticoagulación - EPOC: Broncodilatadores en aerosol + - Ansiedad: Benzodiazepinas, Intervención ambiental - Linfangitis carcinomatosa: Corticoides a dosis elevadas durante un periodo corto. - Derrame pleural: Si es importante, toracocentesis. Si es recidivante, plantear pleurodesis - Obstruc. Cava superior: Dexametasona 4-10 mg/6h - Hemorragia aguda: Sedación. Midazolam 5 mg/4-6 h i.v. + 15 mg en bolus si hemorragia masiva | <p>→</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Anemia: Hierro oral; Transfusión (Hb<8g/dl) - Derrame pericárdico: Plantear aspiración - Infecciones: Antibióticos, Corticoides - Fibrosis post-irradiación: Corticoides |
|---|----------|--|

PALIATIVO:

- Tratamiento etiológico: Broncodilatadores, Corticoides, benzodiazepinas.....
- Disnea leve: **Codeína 30 mg/ 4 h.**
- Disnea severa: **Morfina 5 mg/4 h. v.o.** (si tomaba previamente, incrementar un 50% y/o añadir **Clorpromazina 25 mg/ noche v.o. / i.m.**)
- En Disnea en "crisis aguda" o "pánico respiratorio": **Morfina 5 mg s.c. + Diazepam 5 mg. v.o.** (o **Lorazepam 0,5-2 mg** sublingual) ó **Midazolam 2,5-5 mg/4 h. s.c. en bolo.**



TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES:

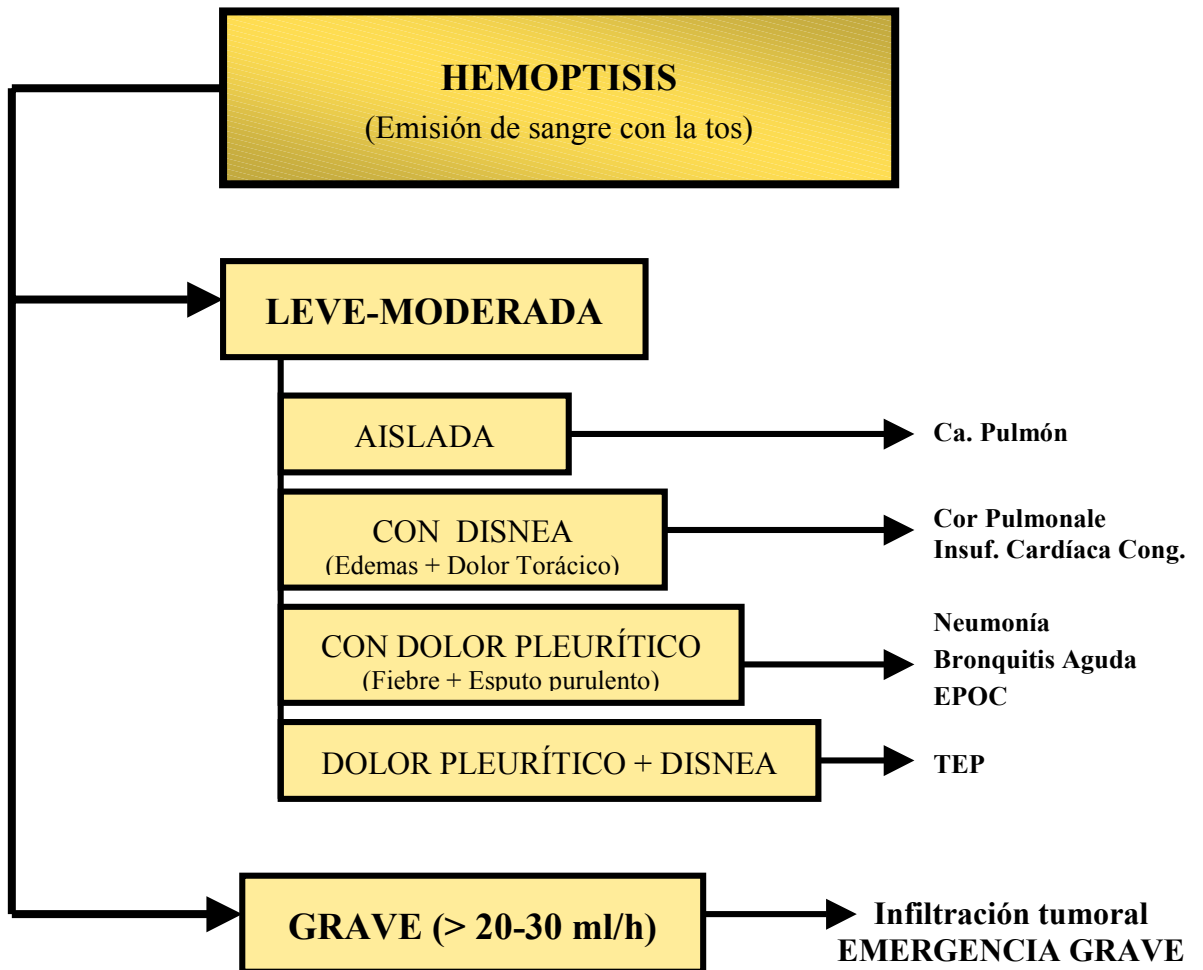
- Incorporar la cama. Entrenar para tos efectiva
- En caso de derrame o dolor plural: Decúbito lateral sobre el lado afecto.
- Fisioterapia respiratoria facilitando el drenaje de secreciones
- Cambios posturales en reflujo gastro-esofágico

ETIOLÓGICO:

1. Infección: Antibioterapia
2. EPOC / Asma: Broncodilatadores inhalados, Corticoides
3. Fármacos: Supresión o cambio
4. Obstrucción maligna: broncodilatadores
5. Aspiración de secreciones, Anticolinérgicos, Nebulización de anestésicos
6. Derrame pleural: Si es importante, drenaie.

PALIATIVO:

- TOS SECA:**
- Destrometorfano 15-30 mg / 6-8 h.
 - Codeína 30-60 mg. / 4-6 h.
 - Morfina: iniciar tratamiento con dosis bajas (5 mg/ 4h. o 10 mg. de formulación retardada /12 h. oral). Si tomaba morfina previamente, aumentar un 50%.
 - Dexametasona 2-4 mg/ 6-8h. (A dosis altas reduce la irritación)
 - Valorar nebulizaciones con anestésicos
- TOS PRODUCTIVA:**
- Nebulización de suero salino con Terbutalina
 - Bromuro de Ipratropio
 - Hioscina 10-20 mg/ 6-8h. v.o/s.c en paciente incapaz de toser
 - Los Mucolíticos tiene escasa efectividad



TRATAMIENTO

LEVE-MODERADA:

- Tratar el proceso de base: Antibióticos, Broncodilatadores, Diuréticos, Antiarrítmicos....
- Si escasa, en cáncer de pulmón, no precisa tratamiento
- Si sospecha de TEP: Plantear anticoagulación en función de situación y expectativas del paciente.
- Tratamiento Paliativo:
 - Antitusivos: **Dextrometorfano, Codeína o Morfina**
 - Si persiste, valorar **Radioterapia o hemostasia oral (Ácido Tranexámico)**

EMERGENCIA GRAVE:

- Discutir previamente la no intervención en caso de sangrado masivo
- No dejar al paciente solo
- Enmascarar los signos de hemorragia con toallas, de color a ser posible.
- Mantener sedación suave con objeto de reducir el pánico, valorando que la vía subcutánea puede no ser útil por mala perfusión hemodinámica.:
 1. **Morfina** i.v. lenta o i.m., dosificando según pánico y consciencia
 2. **Midazolam rectal o Diazepam** i.v. sólo o con **Morfina**.

PRINCIPIO ACTIVO / DOSIS

Prednisona Dexametasona (Corticoides)	10 –30 mg cada 12-24 h. Ir reduciendo a la dosis mínima eficaz Desde 2 mg./día a 4 mg/6 h. Reducir a dosis mínima eficaz
Furosemida (Diurético)	Dosis inicial: 20-80 mg. En una dosis (oral, im, iv). Reducir a dosis mínima eficaz.
Digoxina (Cardiotónico)	1 comprimido al día
Diacepam Loracepam (Benzodiacepinas)	2-10 mg./8-12 h.. Puede darse en dosis única nocturna. Ansiedad: 2-6 mg/noche. Insomnio: 1-2 mg/noche. Crisis de pánico: 0,5-2 mg. sublingual
Salbutamol Terbutalina (Broncodilatadores)	2 inhalaciones cada 4-6 horas 1-2 inhalaciones cada 4, 6 u 8 horas
Bromuro Tiotropio (Anticolinérgico)	1 cápsula inhalada al día
Amoxi-clavulánico (Antibiot-penicilina) Levofloxacino Moxifloxacino (Antibiot-quinolona) Claritromicina (Antibiot-macrólido)	500/125 mg. oral/8 h. 7 días, o asociado a 500 mg de amoxicilina. 875/125 mg /8 h. 7 días 500 mg. día, vía oral, durante 7 días 400 mg. día, vía oral, durante 7 días 500 mg., vía oral, cada 12 horas de 5 a 14 días
Midazolam	5 mg cada 4-6 h., o 15 mg en bolo s.c si hemorragia, asfixia, etc.
Dextrometorfano Codeína (Antitusivos)	15-30 mg cada 6-8 horas, vía oral 30-60 mg. cada 4-6 horas, vía oral
Morfina	Dosis inicial: 5 mg. cada 4 horas, vía oral. Si tomaba morfina previamente: incrementar la dosis un 50% En preparaciones de liberación retardada, calcular la dosis de morfina total diaria y dividirla en 2 tomas.

SÍNTOMAS DIGESTIVOS

NÁUSEAS Y VÓMITOS

Constituyen un síntoma frecuente pues aparece en aproximadamente en un 50% de casos de enfermos con cáncer en fase final. Existen multitud de causas pero las más frecuentes son las ocasionadas por tratamiento con opiáceos, la obstrucción intestinal parcial y el estreñimiento.

GASTROINTESTINAL	METABOLICAS	FARMACOS	CENTRALES	OTRAS
Estreñimiento Irritación/distensión gástrica Obstrucción intestinal (parcial o total) De origen reflejo	Hipercalcemia Uremia Cetosis Deshidratación	Opioides Quimioterápicos AINEs Corticoides	Procesos expansivos Patología vestibular	Postradioterapia Psicógenas

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

1. Dieta: blanda, fraccionada, abundancia de líquidos.
2. Tratar las causas reversibles: hipercalcemia, fármacos gastroerosivos, deshidratación...

CONSEJOS:

- Excluir siempre el estreñimiento y la obstrucción intestinal como causa de vómitos.
- Puede ser útil administrar la primera dosis por vía subcutánea para romper el círculo vicioso.
- Utilizar la vía subcutánea en caso de vómitos repetidos, obstrucción intestinal y malabsorción.
- Disminuir la dosis de dexametasona hasta la mínima eficaz.
- Tener en cuenta el síndrome de aplastamiento gástrico, generalmente por hepatomegalia, y que puede mejorar con antiácidos y bolus de esteroides.
- En vómitos incoercibles puede ser útil la infusión subcutánea continua de fármacos.

METOCLOPRAMIDA
10-20mg/6-8h v.o / s.c

↓ asociar

HALOPERIDOL
1,5-3mg/d v.o / s.c

↓ asociar

ONDANSETRON
8mg /8h v.o / s.c

↓ asociar

DEXAMETASONA
4mg/6-8h (si existe un procesoexpansivo craneal)

ESTREÑIMIENTO

Es un síntoma que produce importante morbilidad y puede aparecer hasta en un 90% de los pacientes terminales. Las causas más importantes:

DEBIDAS AL CÁNCER: Disminución de la ingesta; Masa intra-abdominal; Paraplejía

FÁRMACOS: Opiáceos; Antidepresivos; Neurolépticos; Anticolinérgicos

POR DEBILIDAD: Encamamiento / Inactividad; Confusión

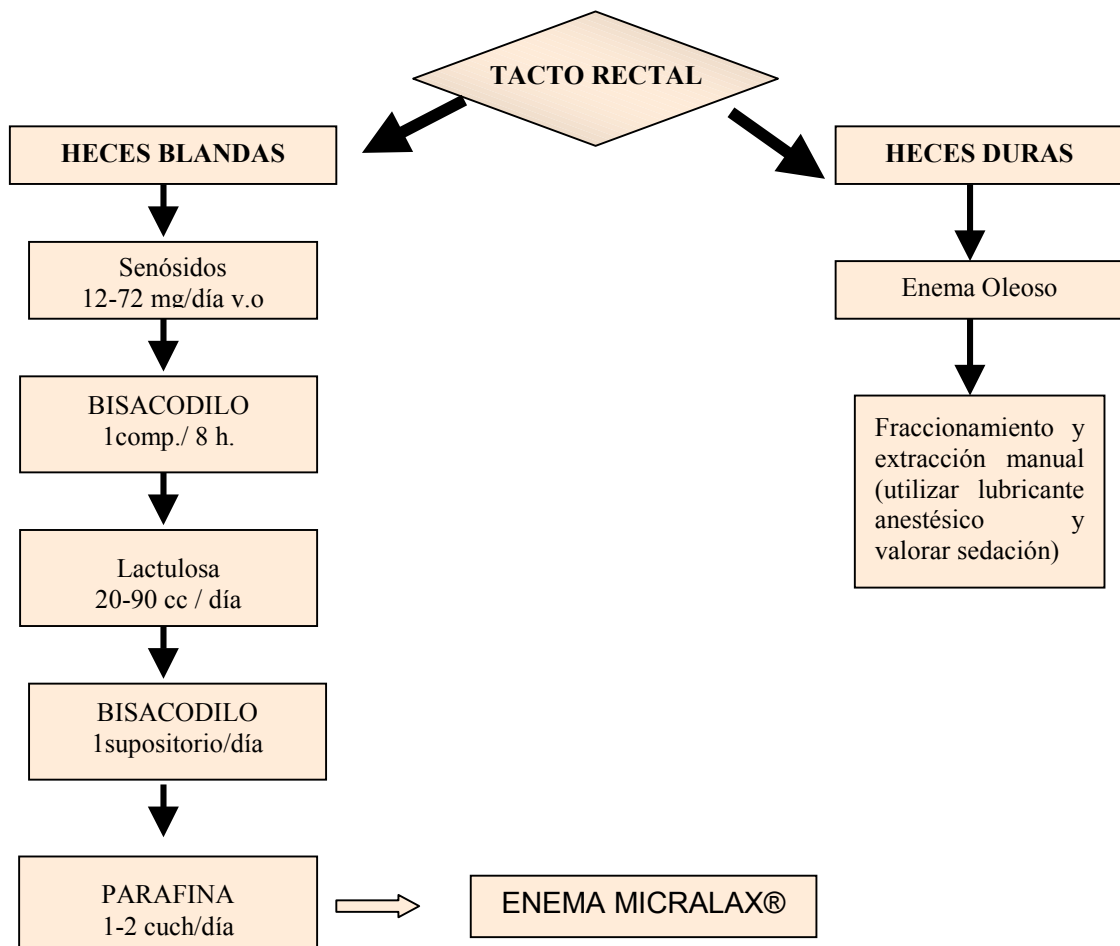
CAUSAS INTERCURRENTES: Hemorroides; Fisuras; Habitación a laxantes

COMPLICACIONES COMUNES

- * Dolor
- * Pseudo-obstrucción
- * Hemorroides y Fisuras
- * Náuseas y Vómitos
- * Retención de orina
- * Diarrea

PREVENCIÓN

- Hidratación
- **Utilizar laxantes pautados**



CONSEJOS:

- En muchas ocasiones habrá que asociar uno o varios laxantes
- Descartar siempre la obstrucción intestinal, parcial o total, como causa de estreñimiento
- La dieta con fibra, frecuentemente, es mal tolerada en pacientes terminales
- Evitar el uso prolongado de laxantes osmóticos, pues pueden provocar alteraciones hidroelectrolíticas

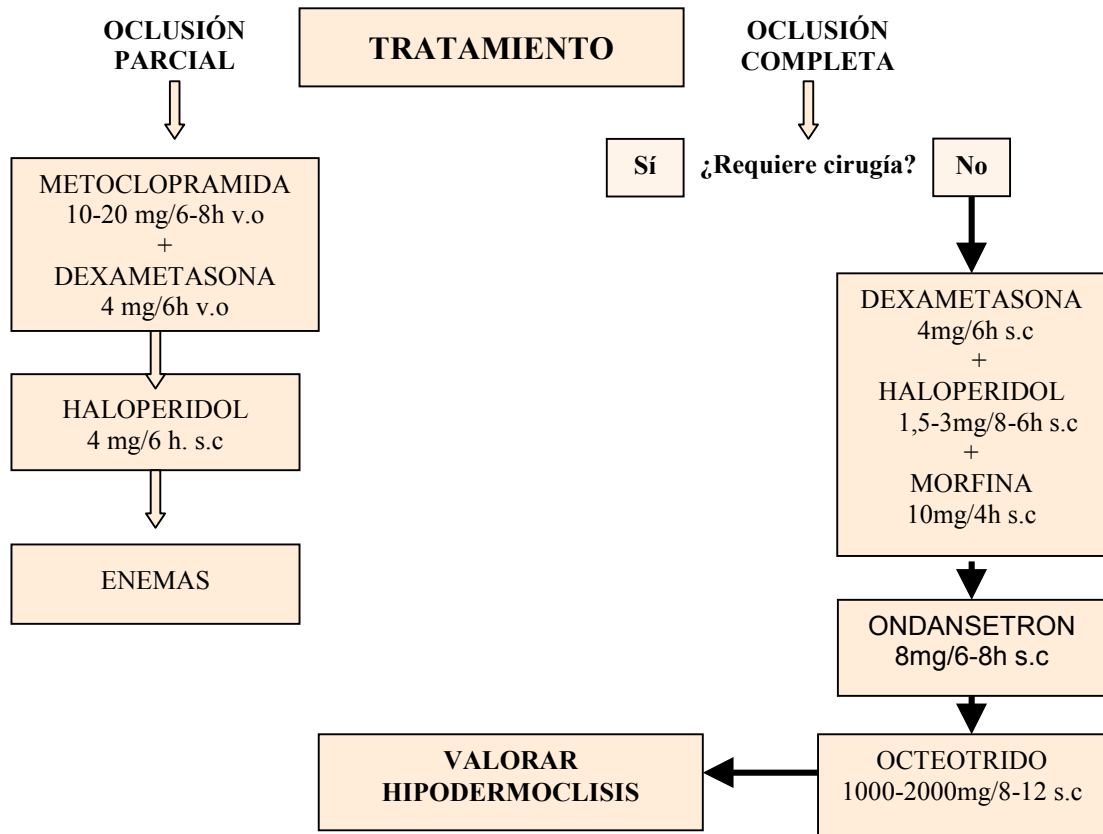
OCLUSIÓN / SUBOCLUSIÓN INTESTINAL

La obstrucción intestinal ocasionada por la masa tumoral puede ser parcial o total. La sintomatología habitual consiste en náuseas y vómitos, dolor y distensión abdominal así como ausencia de ruidos intestinales. En presencia de una oclusión completa siempre tendremos en cuenta la posibilidad de una intervención quirúrgica (sobre todo si la obstrucción es mecánica, las condiciones generales del enfermo son aceptables y la expectativa de vida es razonable).

ETIOLOGÍA:

OBSTRUCCIÓN NEOPLÁSICA: Neoplasias de Colon y Ovario. Otras: Páncreas y estómago

OBSTRUCCIÓN NO NEOPLÁSICA: S. Ogilvie; Ileo farmacológico; Bridas post-quirúrgicas; Enteritis rádica



CONSEJOS

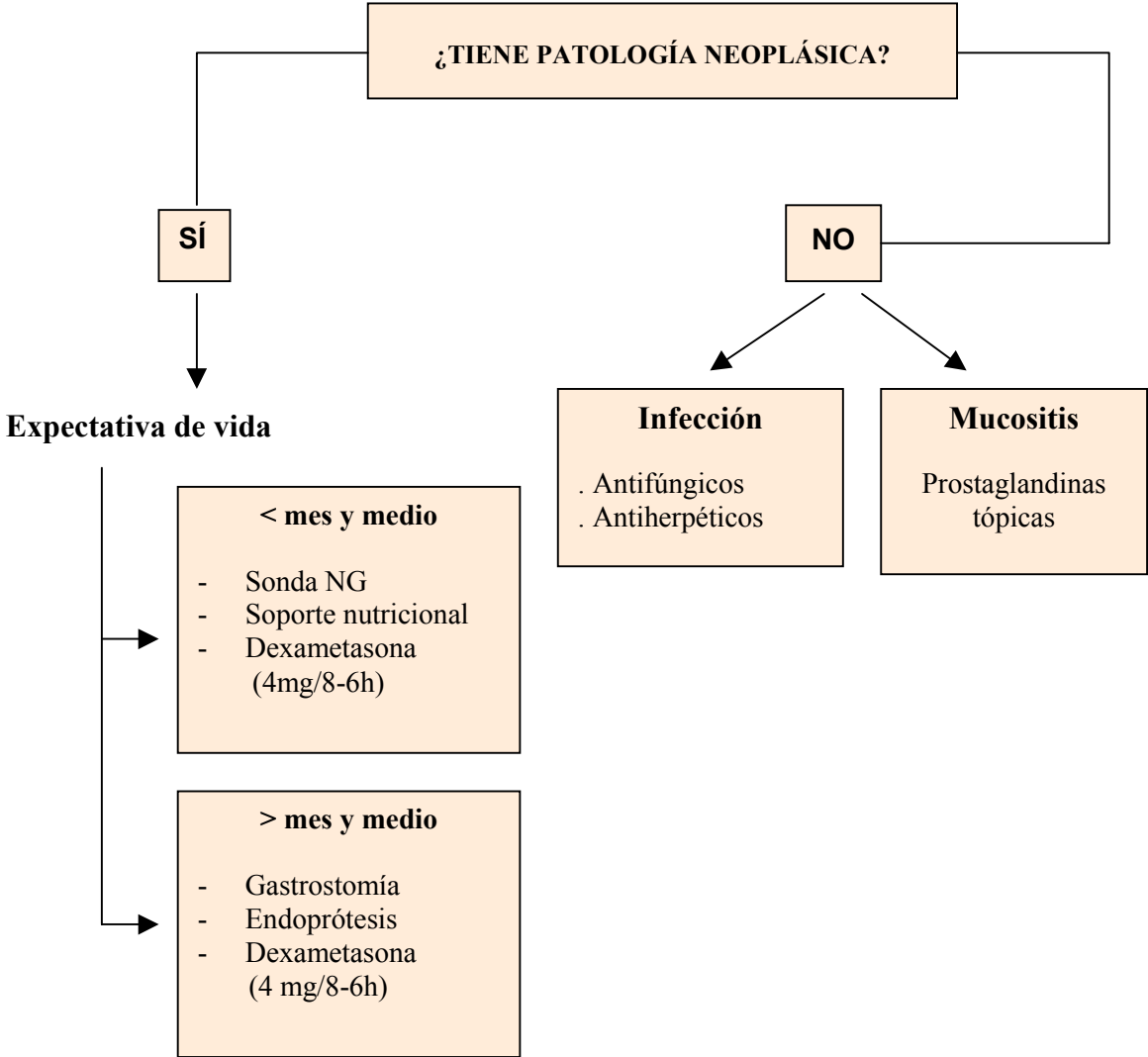
- Realizar siempre tacto rectal para descartar la existencia de un fecaloma
- Considerar la colocación de sonda nasogástrica si hay vómitos con distensión abdominal
- Se puede valorar la descompresión por gastrostomía percutánea y dilataciones si la obstrucción es a nivel esofágico

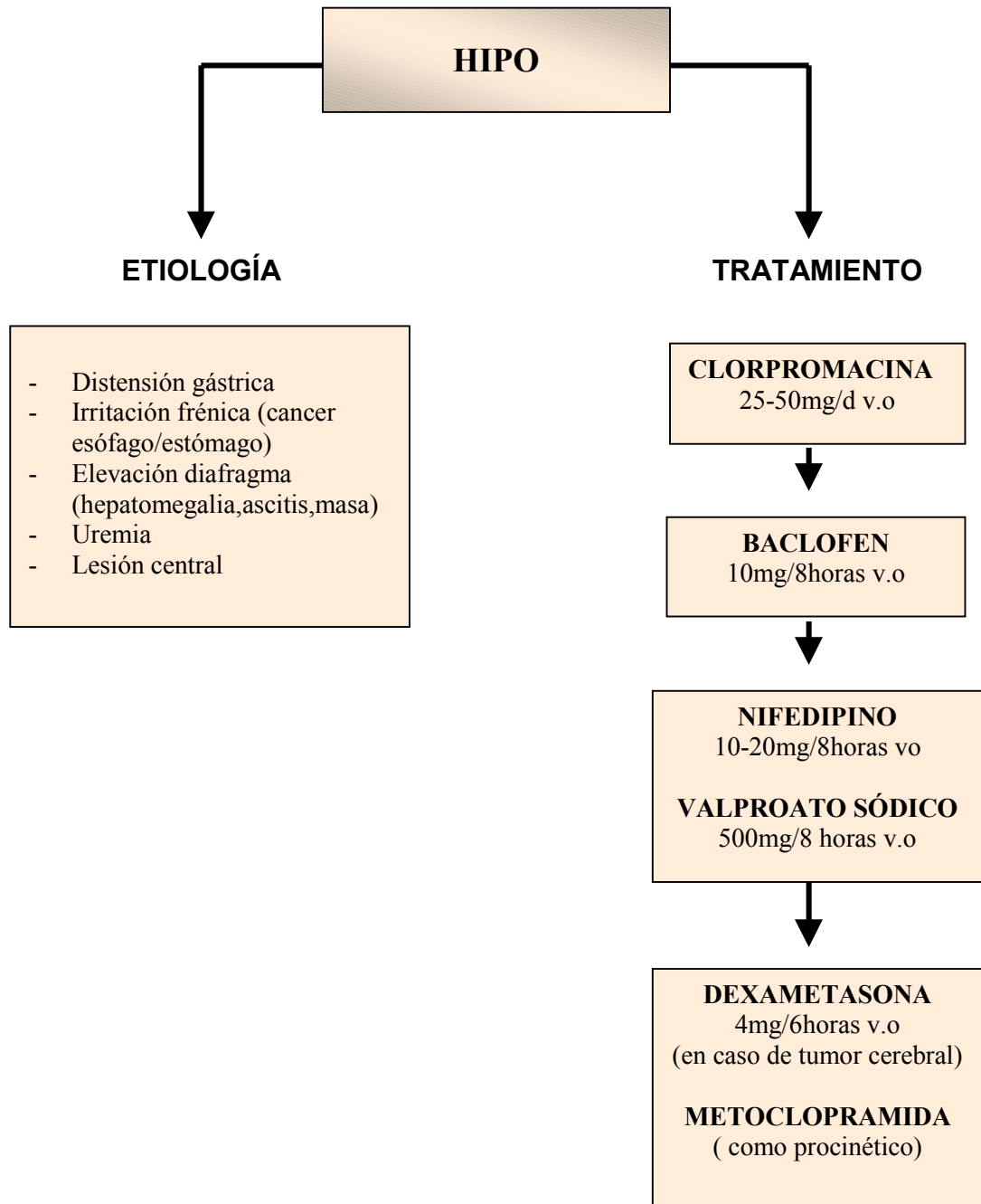
DISFAGIA

ETIOLOGIA

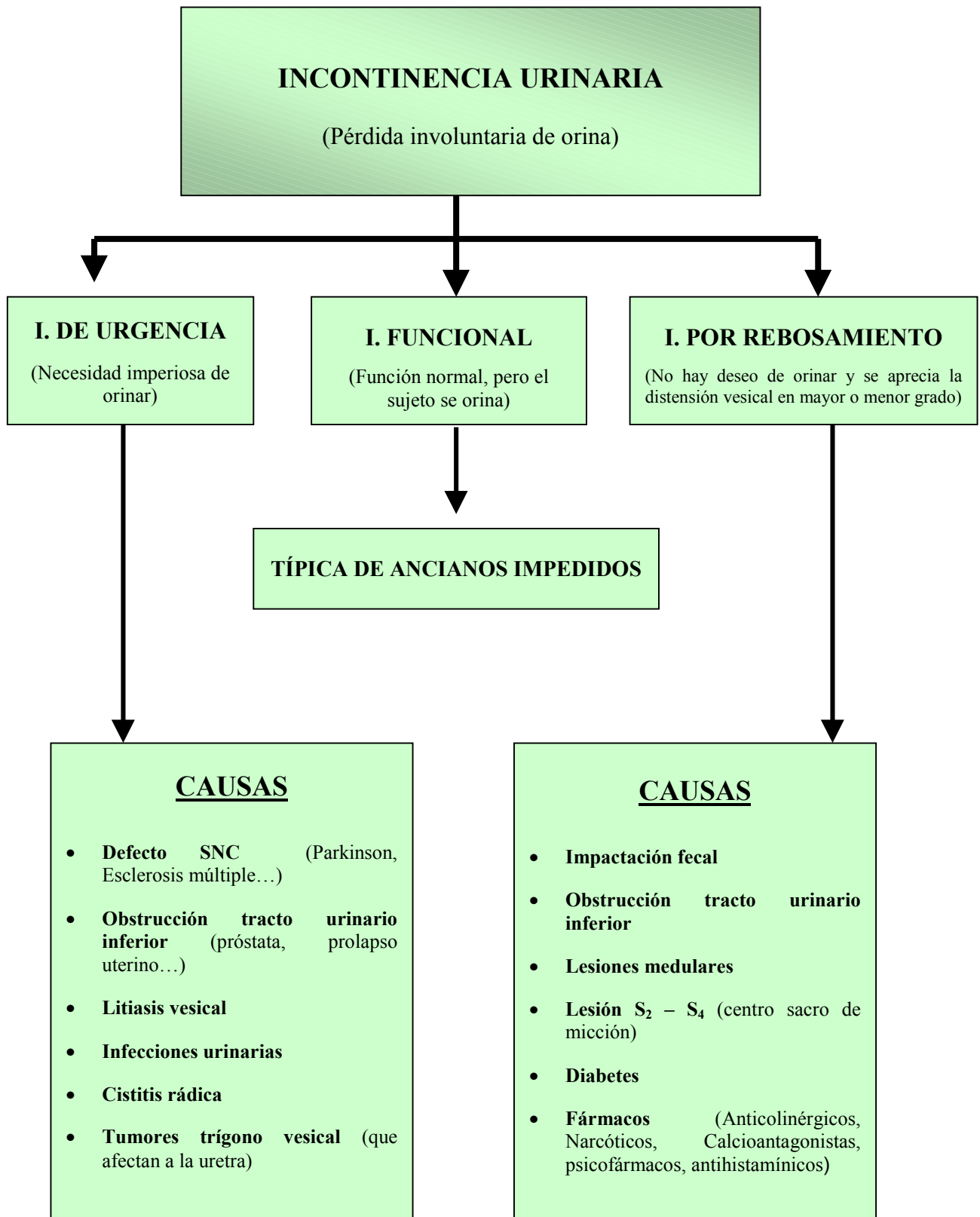
OROFARINGEA	ESOFAGICA	OTRAS
<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia • Infecciosa (candidiasis) 	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia • Infecciosa (candidiasis, herpes, CMV) • Mucositis (QT, RT) 	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia cerebral

TRATAMIENTO





SÍNTOMAS URINARIOS



TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA

MEDIDAS GENERALES

- **Facilitar la evacuación intestinal y evitar la impactación fecal**
- **Evitar la toma de estimulantes** (té, café, alcohol, etc.)
- **No dar líquidos a última hora de la tarde** (para evitar pérdidas nocturnas)
- **Controlar los fármacos** (anticolinérgicos, narcóticos...)
- **Intentar micciones frecuentes** (cada 1–2 hora en pacientes colaboradores)
- **Tratamiento adecuado si se sospecha infección** (por clínica o bacteriuria)
- **Utilizar ropa cómoda y fácil de quitar**
- **Dejar cerca del paciente el orinal**
- **Usar pañales, colectores en varones y sondajes en situaciones concretas**

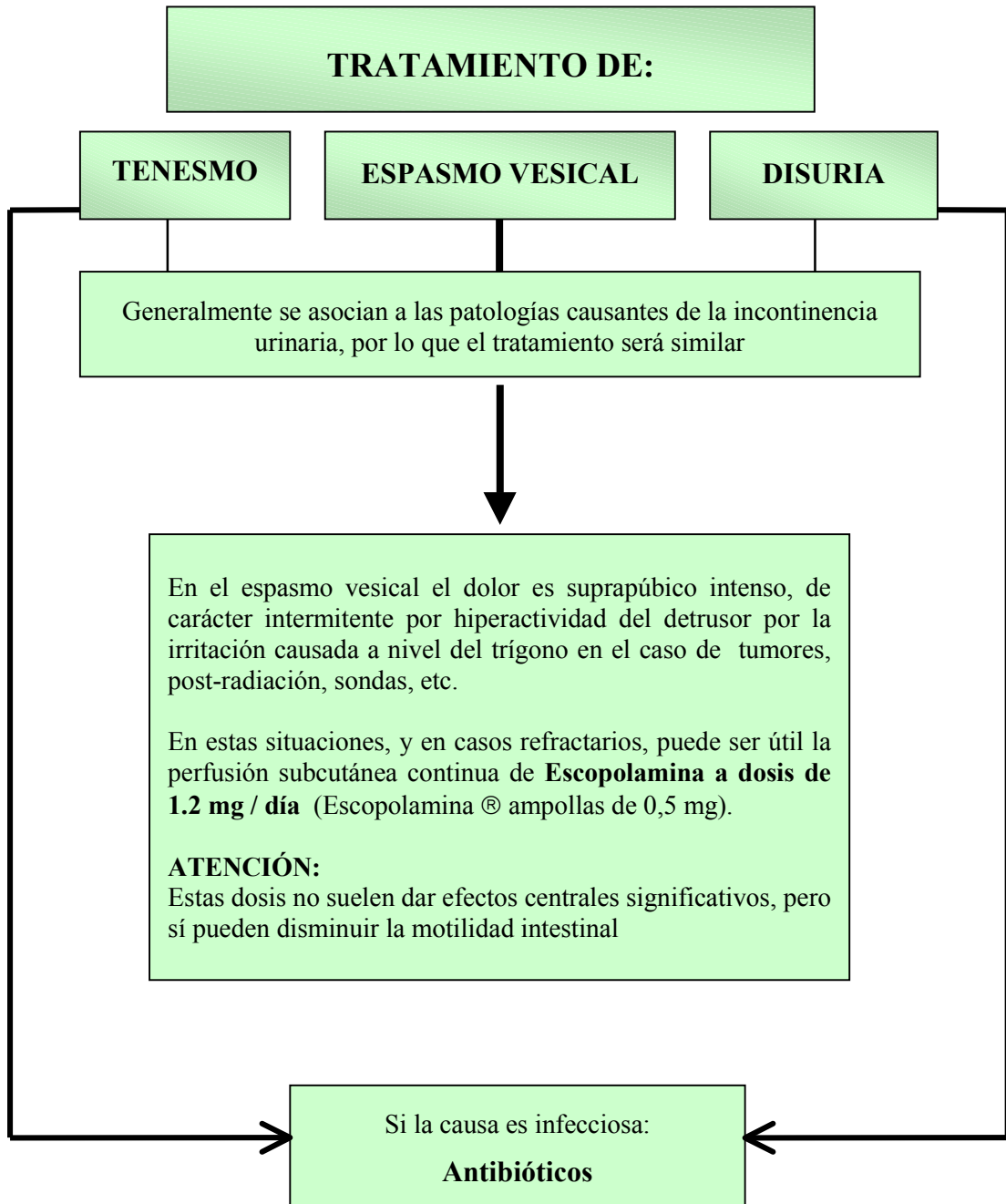
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA INCONTINENCIA DE URGENCIA

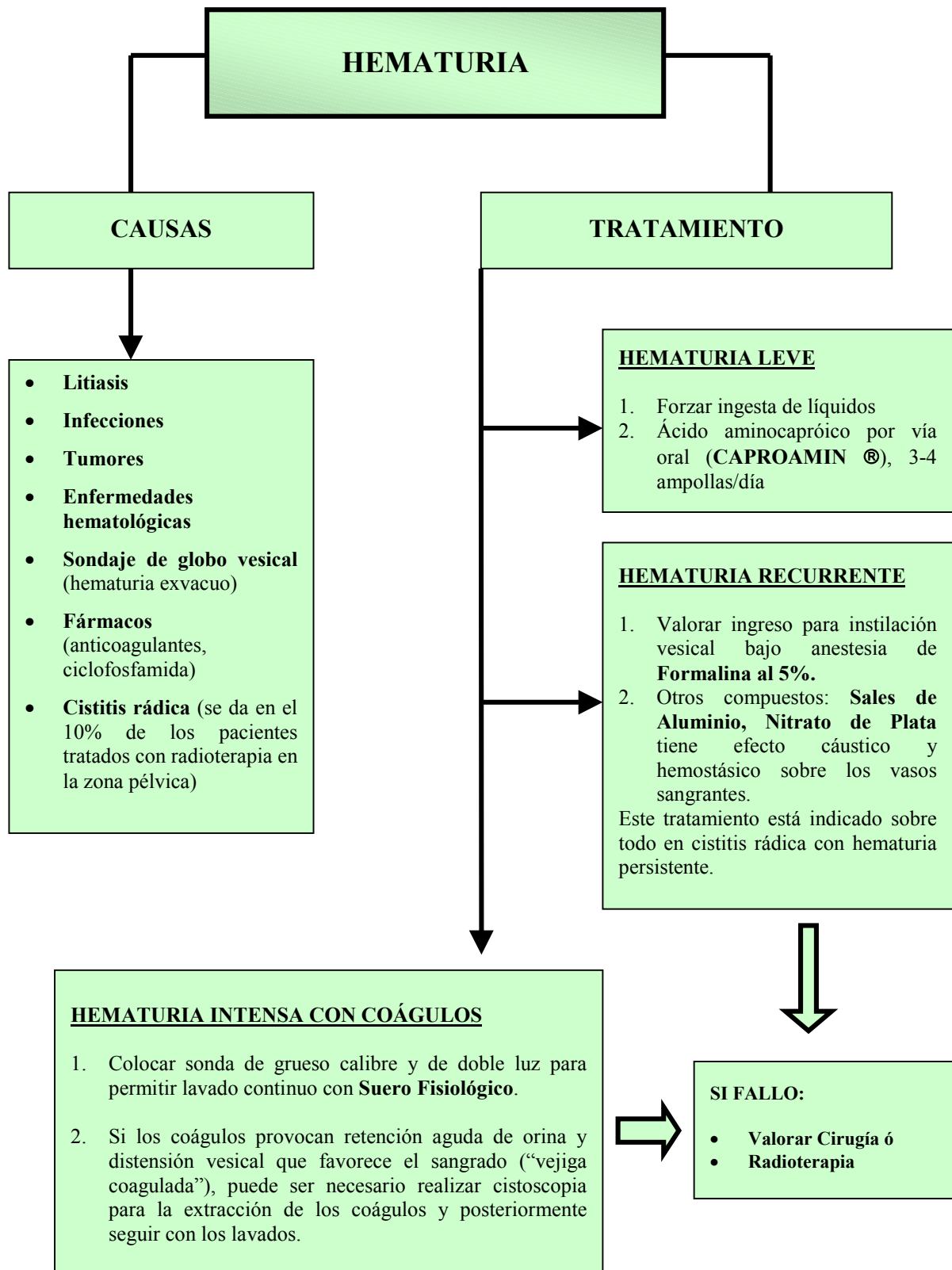
(Ver tabla 1)

IMPORTANTE: VALORAR SIEMPRE EL GRADO DE ACEPTACIÓN DEL PROBLEMA POR PARTE DEL PACIENTE, PUESTO QUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACIÓN PUEDEN SER MAYORES QUE LA TOLERANCIA DE LOS SÍNTOMAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- **Indicado en incontinencia por rebosamiento** (si la situación del paciente no permite cirugía, poner sondaje vesical permanente o intermitente)





OBSTRUCCIÓN TRACTO URINARIO INFERIOR

CLÍNICA

- Intranquilidad
- Dolor abdominal bajo
- Urgencia miccional
- Vejiga distendida palpable

CAUSAS

1. Medicamentos (los que tengan efecto anticolinérgico)
2. Obstrucciones benignas o malignas del cuello vesical

TRATAMIENTO

1. Valorar posible efecto de la medicación que tome el paciente
2. Sondaje temporal o permanente

OBSTRUCCIÓN URETERAL BILATERAL

CAUSAS

- En el 50% de los casos es por cáncer de vecindad (próstata, vejiga y cérvix)
- El 25% de los casos se debe a fibrosis retroperitoneal secundaria a tratamiento oncológico previo

INSUFICIENCIA RENAL

TRATAMIENTO

- Si se sospecha obstrucción por edema tumoral, dar dosis altas de **corticoides: 18-24 mg de Dexametasona** como dosis de ataque
- Sondaje vesical
- En casos muy seleccionados: cateterismo vesical o incluso nefrostomía

FUGAS POR Sonda VESICAL



- Por balón demasiado grande (reducir su tamaño a la mitad)
- Por sonda de calibre demasiado grueso (cambiar)

DOLOR URETRAL:

En casos de dolor continuo e incómodo:

- Instilación de 20 ml de bupivacaína al 0,25% en la vejiga, a través de sonda, durante 15 minutos (BUPIVACAÍNA BRAUN ® vial al 0,25% de 20 ml). Aporta alivio durante 8-12 horas.
- En caso de que esté asociado a sondaje permanente, reducir el volumen del balón.

TABLA 1

PRINCIPIO ACTIVO / DOSIS	
TOLTERODINA	1 – 2 mg / 12 h.
FLAVOXATO	100 – 200 mg / 12 h.
PROPANTELINA	15 mg / 8 h. ó 30 mg (dosis única nocturna)
OXIBUTINA	5 mg / 8 h. ó 10 mg / 12 h.
IMIPRAMINA DOXEPINA	25 – 50 mg (dosis nocturna)
BACLOFENO	Empezar con 5 mg/8 h y aumentar según tolerancia (Dosis superiores a 60 mg/día son mal toleradas)

SÍNTOMAS
NEUROPSIQUIÁTRICOS

METÁSTASIS CEREBRALES

- Es la causa más frecuente de tumores cerebrales (de 5 a 10 veces más frecuente que los tumores primarios)
- Son un fenómeno en general tardío en la evolución de las neoplasias y suelen aparecer cuando la enfermedad ya presenta extensión metastásica en otras localizaciones

CAUSAS: Los tumores que con mayor frecuencia las presentan son:

- Pulmón
- Mama
- Primario desconocido
- Melanoma
- Colon

SÍNTOMAS: Son debidos a hipertensión intracraneal o compresión-destrucción de estructuras:

- Cefaleas
- Náuseas
- Vómitos
- Trastornos motores
- Alteraciones en la ideación, el habla o el comportamiento
- Crisis comiciales
- Inestabilidad

Los síntomas suelen aparecer de forma gradual, salvo que se presenten con convulsiones o sangrado intratumoral.

DIAGNÓSTICO:

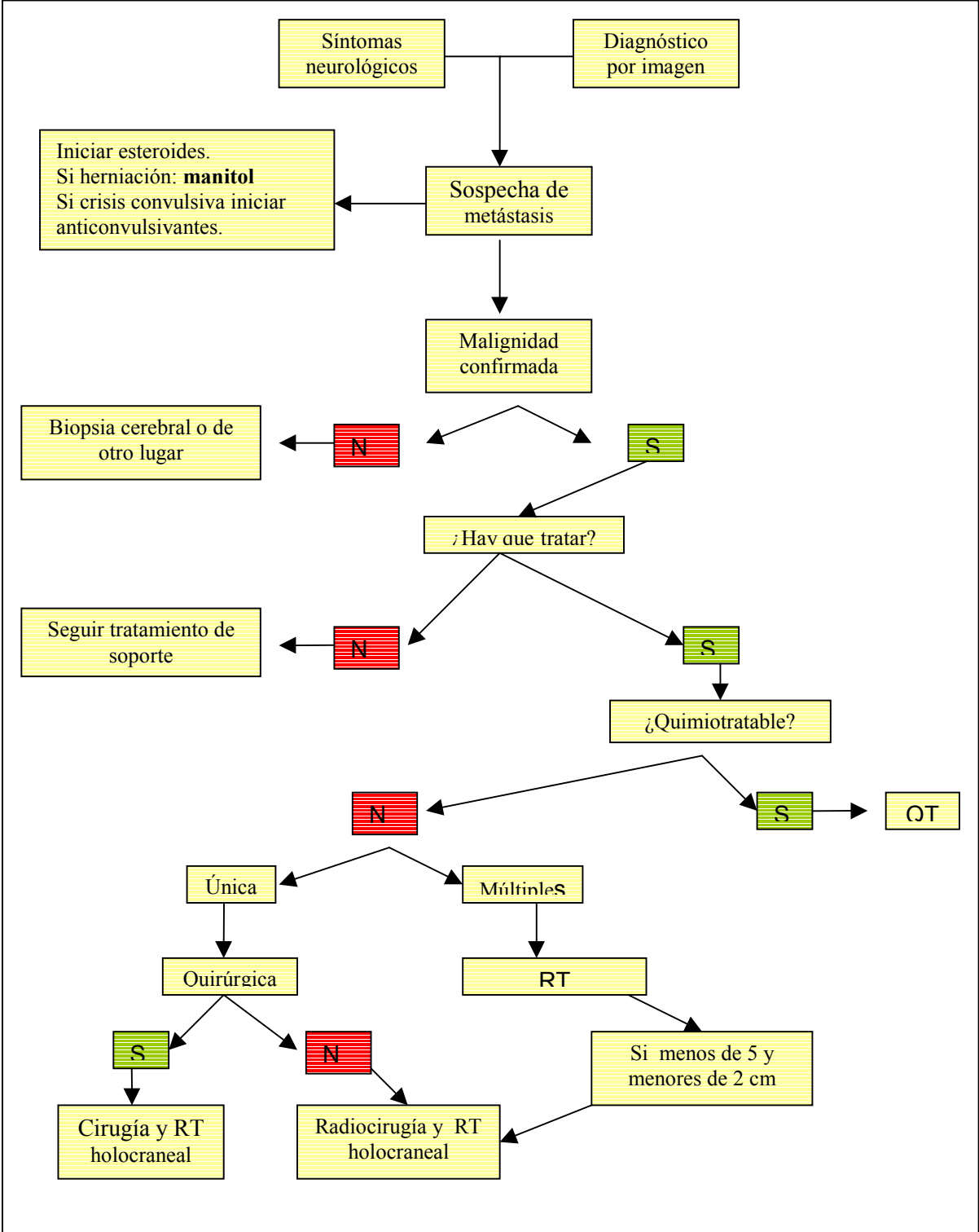
- Sospecha clínica (paciente neoplásico que desarrolla síntomas neurológicos)
- Imagen (TAC o, mejor, RMN)
- Evaluar número, extensión, edema asociado y desplazamiento de la línea media

PRONÓSTICO:

- Sin tratamiento la supervivencia es de un mes
- Con esteroides aumenta a unos 2 meses
- Con radioterapia de 3 a 6 meses

Aproximadamente el 50% presenta resolución de los síntomas con **Esteroides** y el 80% hace respuesta clínica a la **Radioterapia**

ALGORITMO DEL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS CEREBRALES



PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS CEREBRALES

CORTICOIDES:

- Disminuyen el edema peritumoral al reducir la permeabilidad capilar
- Es preferible la Dexametasona porque retiene menos líquidos
- Dosis de inicio: 10-100 mg
- Dosis de mantenimiento: 4 mg / 6 h.
- Tras finalizar la RT se reducirá la dosis de esteroides a la dosis mínima efectiva
- En tratamientos prolongados, se puede considerar la profilaxis anti-Pneumocystis

MANITOL:

- En caso de edema cerebral importante con posibilidad de herniación
- **Manitol** al 20% en infusión de 30 minutos/6 horas, durante las primeras 48 h.

ANTICONVULSIVANTES:

- Del 10 al 20% de los pacientes las presentan como síntoma de inicio.
- Un 10% adicional las desarrollará en el curso de la enfermedad
- Son poco probables en el caso de metástasis de fosa posterior
- No se deben emplear anticonvulsivantes de forma profiláctica
- Tras la primera crisis comicial se iniciará tratamiento con **FENITOINA** a dosis de 100 mg cada 8 horas.

CIRUGÍA:

- Determina el diagnóstico histológico en caso de que no existiera
- Disminuye el efecto masa y mejora el control local del tumor
- Su uso viene limitado por:
 - Cantidad de lesiones (una frente a múltiples)
 - Extensión extracerebral del tumor
 - Localización de la lesión
 - Condición neurológica del paciente

RADIOTERAPIA:

- Piedra angular en el tratamiento de las metástasis cerebrales
- Mejora los síntomas neurológicos y disminuye la posibilidad de muerte por causa neurológica
- Las limitaciones de uso vienen dadas por el estado general y neurológico del paciente.

QUIMIOTERAPIA:

En tumores quimiosensibles, el tratamiento con QT debe considerarse de entrada

CARCINOMATOSIS MENÍNGEA

- En tumores sólidos suele ser una manifestación tardía, con la enfermedad muy extendida
- Puede preceder a la presentación tumoral o constituir una recidiva aislada y tardía
- En neoplasias hematológicas su presentación desde el inicio es más frecuente
- Su incidencia es mayor de lo que se detecta clínicamente (hasta el 52% en autopsias)
- Los tumores primarios que con más frecuencia la presentan son: Mama, Pulmón, Tracto gastrointestinal y Melanoma

SÍNTOMAS: Son debidos a la afectación cerebral de pares craneales o espinal.

- Cefaleas (presentación más frecuente)
- Alteraciones mentales, de memoria e ideación
- Alteraciones de pares craneales: sobre todo óculo-motores
- Afectación espinal: No es típica como manifestación inicial. En la evolución aparecen debilidad y parestesias.

DIAGNÓSTICO:

- Sospecha clínica: Sintomatología neurológica no explicable por una sola localización
- Estudio por imagen: TAC o RMN
- Análisis de LCR (lo más importante)
- Citología del LCR: 50% positiva al diagnóstico; 90% de forma evolutiva

TRATAMIENTO:

1. **Quimioterapia intratecal:** - Metrotexate
- ARA-C

Su uso depende de:

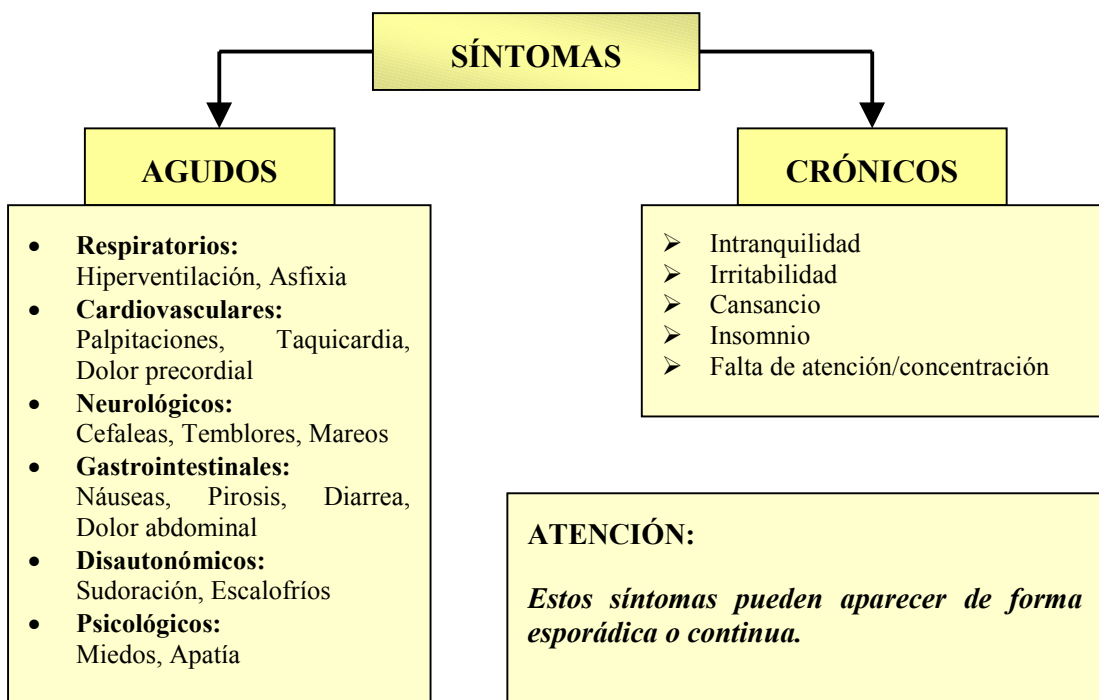
- Situación funcional
- Deterioro neurológico
- Enfermedad de base
- Circulación del LCR

El reservorio de Omayya para terapia intraventricular, facilita su administración

2. **Radioterapia al neuroeje:**
 - Indicada como profilaxis en alguna enfermedad hematológica y pediátrica: linfomas, leucemias y meduloblastoma
 - No se utiliza como tratamiento paliativo por su toxicidad
3. **Radioterapia localizada:** en las zonas de mayor carga tumoral:
 - Base de cráneo
 - Cola de caballo

ANSIEDAD

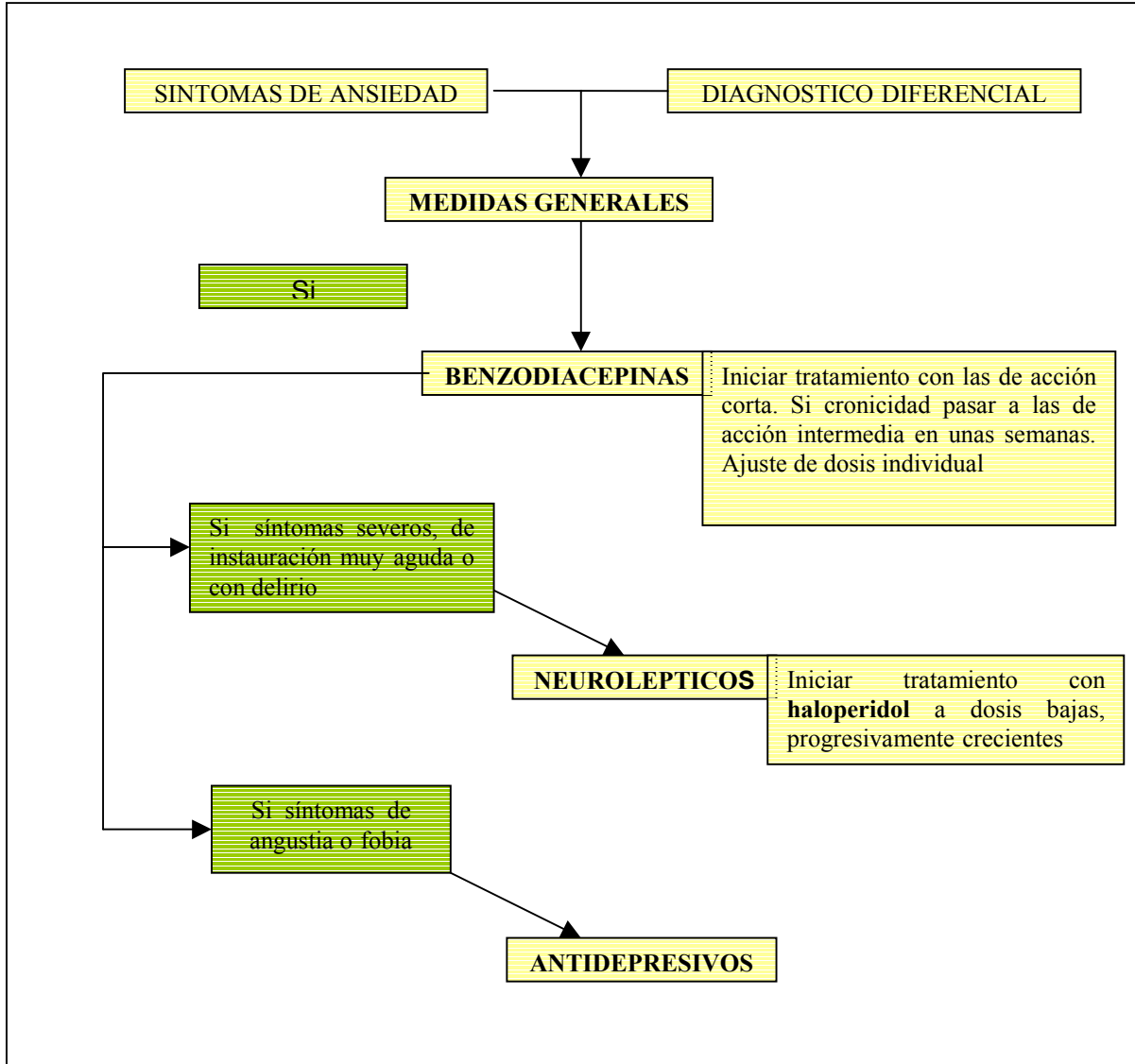
- Es una reacción habitual en el paciente con cáncer
- Más frecuente en los momentos de cambio en el curso de la enfermedad
- Se relaciona con el miedo a la muerte o su proceso, al dolor, al abandono o la dependencia, la pérdida de intimidad o de control, al tratamiento, la recidiva y la pérdida de la imagen corporal



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

1. Trastornos primarios de ansiedad
2. Reacciones ansiosas normales
3. Otros trastornos psiquiátricos: Depresión o Delirios
4. Causas médicas:
 - Disnea
 - Dolor mal controlado
 - Alteraciones metabólicas
 - Reacciones a fármacos: Esteroides, Antieméticos, Estimulantes

ALGORITMO DEL TRATAMIENTO



MEDIDAS GENERALES:

- Apoyo emocional
- Información suficiente a paciente/familia: Corregir ideas erróneas, Anticipar eventos futuros, Ofrecer una confianza razonable.
- Eliminar los elementos que aumentan la ansiedad: Síntomas mal controlados; Estimulantes.
- Técnicas de distracción o de relajación
- Tratamientos conductuales tanto individuales como en grupo.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

BENZODIACEPINAS:

- Son la base del tratamiento
- Según su duración de acción, se utilizan en las manifestaciones agudas o crónicas
- Se ajusta la dosis de forma individualizada, según edad, función hepática o renal
- En general, se recomienda empezar por las de acción corta

ANSIOLÍTICOS NO BENZODIACEPÍNICOS:

- Buspirona:** Útil en la ansiedad crónica. De acción suave, su efecto se inicia a la semana de empezar el tratamiento.
- Hidroxicina:** Antihistamínico con propiedades sedativas, ansiolíticas y analgésicas. *Puede inducir confusión o delirio*

NEUROLÉPTICOS:

- De elección en cuadros de Ansiedad con Delirio y de Ansiedad aguda severa
- Son útiles cuando fallan o no se pueden utilizar benzodiazepinas
- Los más utilizados son **Haloperidol** y **Toroidacina**
- Los neurolépticos más recientes, como **Olanzapina** o **Risperidona** producen menos efectos secundarios de tipo extrapiramidal

ANTIDEPRESIVOS:

- Tiene también actividad ansiolítica
- Se prefiere en la actualidad los **Inhibidores de la Recaptación de Serotonina** a los tricíclicos, por sus menores efectos secundarios

DEPRESIÓN

- *Es el trastorno psiquiátrico de mayor prevalencia en el paciente con cáncer*
- *El diagnóstico en la enfermedad avanzada, recae más en los aspectos psicológicos o cognitivos de depresión mayor, que en los síntomas somáticos a menudo presentes por la enfermedad de base*

DIAGNÓSTICO:

1. Disforia importante o pérdida de interés por la mayoría de las actividades por un período de al menos dos semanas.
2. Asociado con al menos cuatro de los siguientes síntomas:
 - Insomnio o Hipersomnia
 - Cambios significativos en el apetito
 - Astenia o falta de energía
 - Agitación psicomotora o lentitud
 - Sensación de culpa o inutilidad excesiva o inadecuada
 - Pensamientos de autolesión o suicidio, o preocupación por la muerte
 - Dificultades de memoria o concentración
3. Los síntomas críticos son: *Desesperanza, Excesiva culpabilidad, Inutilidad e ideación suicida*
4. La pregunta **¿Se siente deprimido?** Es útil y fiable para la detección de depresión

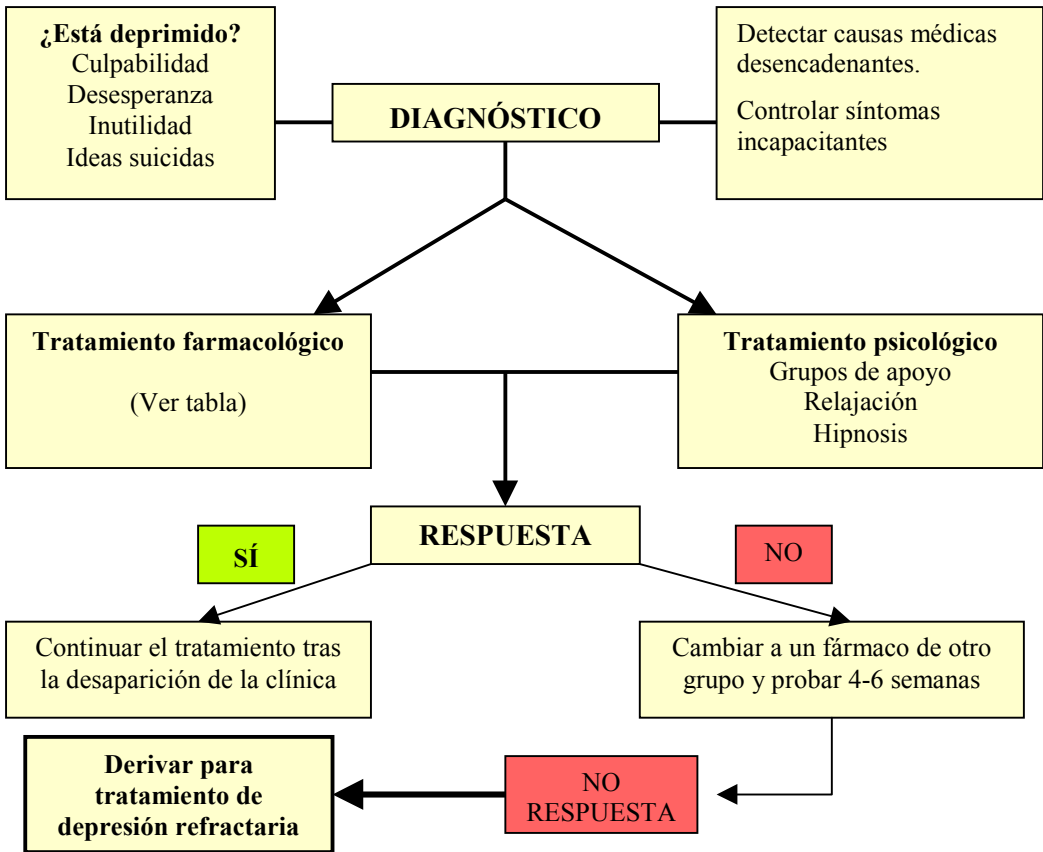
CAUSAS:

- Estrés del diagnóstico y tratamiento
- Algunos fármacos
- Problemas médicos subyacentes: Neurológicos, Metabólicos, Nutricionales, depresión previa al diagnóstico de cáncer.
- Dolor: Provoca y potencia la depresión, y a la inversa, la depresión intensifica la percepción del dolor.

TRATAMIENTO: MEDIDAS PSICOLÓGICAS:

1. **Objetivos:** - Aprender a enfrentar los problemas mediante apoyos
- Reestructuración de los pensamientos negativos o de fracaso
2. **Estrategia:** - Información completa
- Respuestas sinceras y tranquilizadoras
- Refuerzo de la idea de atención y apoyo constante durante la enfermedad
3. **Técnicas:** - Psicoterapia de apoyo
- Técnicas Cognitivo-conductuales
- Grupos de apoyo

DEPRESIÓN



- MEDIDAS FARMACOLÓGICAS:**
- Valorar posibles efectos adversos y la medicación concomitante
 - Volver a utilizar la medicación que ya funcionó previamente
 - Los fármacos más recientes suelen tener menores efectos secundarios

GRUPO / FÁRMACO / DOSIS

Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)	Fluoxetina	20 – 60 mg/d
	Paroxetina	10 – 60 mg/d
	Sertralina	25-200 mg/d
	Citalopram	20 – 60 mg/d
	Fluvoxamina	50-300 mg/d
Inhibidores de recaptación de serotonina norepinefrina (IRSN)	Venlafaxina	18,75-300 mg/d
Inhibidores de la recaptación de antagonistas de serotonina (IRAS)	Trazodona	200-600 mg/d
Moduladores de norepinefrina serotonina	Bupropion	150-300 mg/d
Inhibidores de monoamino oxidasa (IMAO)	Ya no se usan	
Inhibidores reversibles de monoamino oxidasa A (IRMA)	Moclobemida	300-600 mg/d
Antidepresivos tricíclicos	Amitriptilina	25-300 mg/d
	Clomipramina	20-300 mg/d
Psicoestimulantes	Metilfenidato	5-80 mg/d

INSOMNIO

Sensación subjetiva de sueño de escasa calidad, pudiendo referirse a cantidad escasa, dificultad en la conciliación o el mantenimiento del sueño, sueño "entrecortado" no reparativo, o ritmo alterado en el ciclo día-noche.

CAUSAS:

1. **Médicas:**
Dolor, Disnea, Delirium,
Vómitos, Nicturia
2. **Psicológicas:**
Depresión, Ansiedad, Miedo a la noche
3. **Farmacológicas:**
Broncodilatadores, Corticoides,
Diuréticos, Cafeína
4. **Mala higiene del sueño**

TRATAMIENTO:

- Tratar las causas desencadenantes
- Higiene del sueño
- Medidas de apoyo psicológico: Evitar el miedo a la noche
- Tratamiento farmacológico con **benzodiacepinas:**
 - De acción corta en caso de insomnio de conciliación
 - De acción intermedia si el problema ocurre a lo largo de la noche

Es importante recordar que los cuidadores deben tener una buena calidad de sueño para desarrollar su labor con eficacia

HIGIENE DEL SUEÑO:

- Mantener un esquema de sueño regular
- Respetar sobre todo la hora de despertar
- Evitar en lo posible la cama durante el día, sobre todo por la tarde
- Mantener actividad diaria programada: Contacto social; Ejercicio ligero
- Minimizar los estímulos nocturnos: Medicación; Ruido
- Evitar quedarse en la cama sin conciliar el sueño durante períodos prolongados, ya que provocan tensión: Dedicarse a alguna actividad relajante (lectura) hasta que empiece el sueño o incluso levantarse de la cama.
- Retirar estímulos molestos: Reloj, luces...
- Adecuar la cama
- Evitar estimulantes en las horas previas a dormir (cafeína, nicotina)
- Identificar los problemas y preocupaciones del día e intentar resolverlos antes de intentar dormir

DELIRIUM / SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

- *Disfunción cerebral global inespecífica*
- *Aparece hasta en el 85% de los pacientes terminales, sobre todo en las últimas semanas*
- *Hasta en un 50% de los casos no se identifica la causa*
- *Se han descrito tres tipos: Hiperactivo, Hipoactivo y Mixto*

CAUSAS:

1. DIRECTAS:
Tumores cerebrales primarios
Metástasis cerebrales
Convulsiones
2. INDIRECTAS:
Alteraciones metabólicas
Trastornos hidroelectrolíticos
Insuficiencia hepática o renal
Hipoxia
Infecciones
Déficit vitamínico o nutricional
Fármacos
Deprivación alcohólica

SÍNTOMAS:

- Trastornos del nivel de conciencia la atención, percepción o memoria
- Aspectos importantes:
Desorientación
Instauración brusca
Fluctuación en la intensidad clínica
- Agresividad: De difícil manejo por lo que interfiere en el control de otros síntomas y en la relación con la familia.

TRATAMIENTO

CONSIDERACIONES GENERALES:

- A menudo la causa es multifactorial o no se encuentra
- Si se encuentra puede ser irreversible
- Los procedimientos diagnósticos pueden ser incómodos y estériles
- La ubicación del paciente (domicilio) puede limitar el proceso diagnóstico

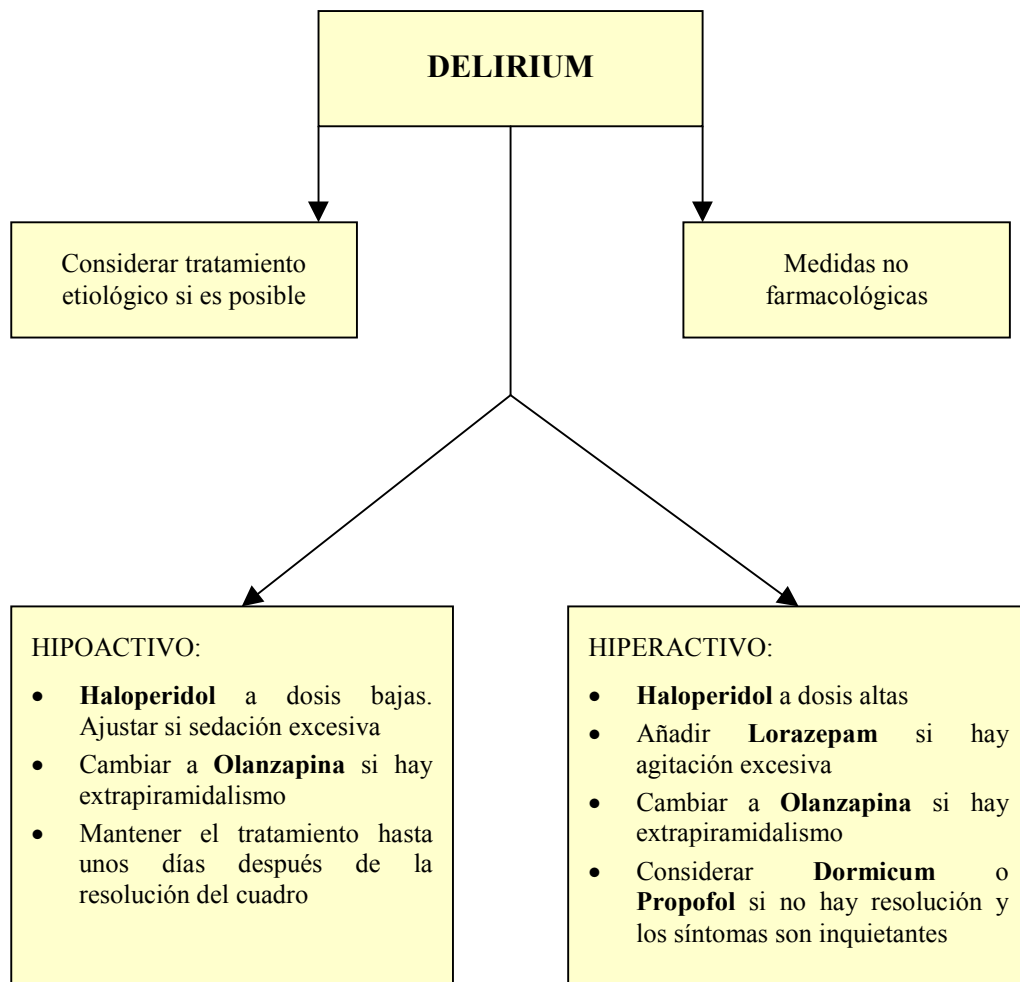
MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:

- Proporcionar ambiente adecuado:
 - * Habitación tranquila y luminosa
 - * Personas y objetos familiares
- Información a paciente y familia:
 - Objetivos del tratamiento
 - Explicaciones sobre alucinaciones
 - Carácter transitorio o final del delirium

TRATAMIENTO MÉDICO:

1. Etiológico: Hipoxia, Hipercalcemia, Hiperamoniemia, Hipoglucemia, Infección
2. Sintomático:
 - **Neurolépticos**
 - **Benzodiazepinas**
 - **Anestésicos**

DELIRIUM / SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO



MANIFESTACIONES
SISTÉMICAS

CAQUEXIA: DEFINICIÓN

Es un síndrome caracterizado por anorexia, astenia y una progresiva pérdida de peso y de masa muscular que conduce al deterioro de las funciones corporales. Su presencia implica una merma del bienestar y la calidad de vida. Las alteraciones metabólicas que subyacen en la caquexia se enmarcan en el contexto de una respuesta inflamatoria crónica y se relacionan con la presencia de diversos factores circulantes tanto de origen humoral como tumoral.

CAQUEXIA : OBJETIVOS

El mejor tratamiento es el de la enfermedad de base. Cuando esto no es posible, el tratamiento debe ir dirigido a paliar los principales síntomas que la definen: anorexia, pérdida de peso, náusea crónica y astenia. La información y la definición de objetivos realistas deben presidir cualquier maniobra.

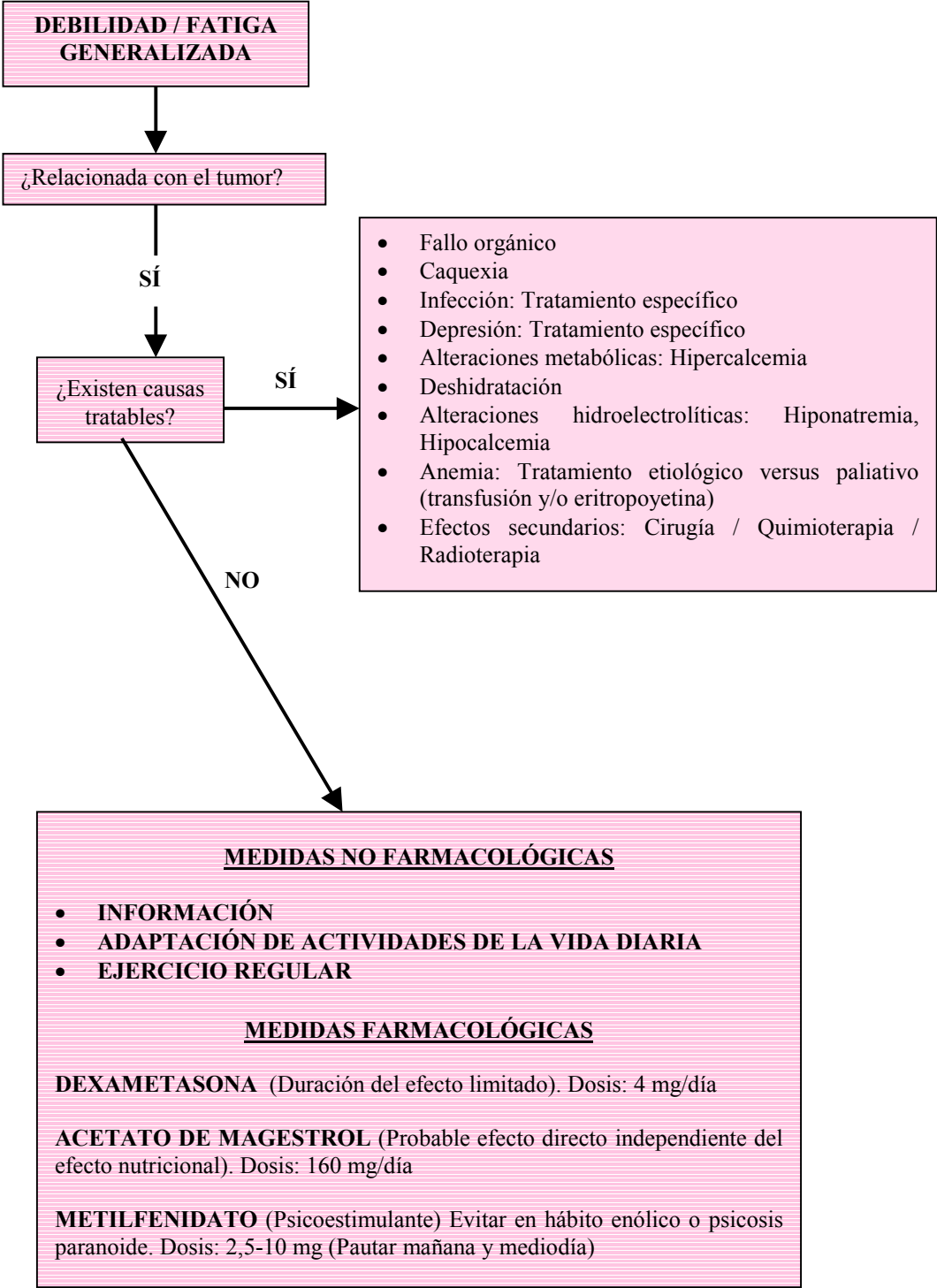
ASTENIA: DEFINICIÓN

Sensación molesta de debilidad generalizada y cansancio fácil que menoscaba la capacidad funcional del individuo. Es el síntoma que con mayor frecuencia se asocia a la enfermedad avanzada. Generalmente tiene un origen multifactorial y se cree que posee un mecanismo fisiopatológico propio.

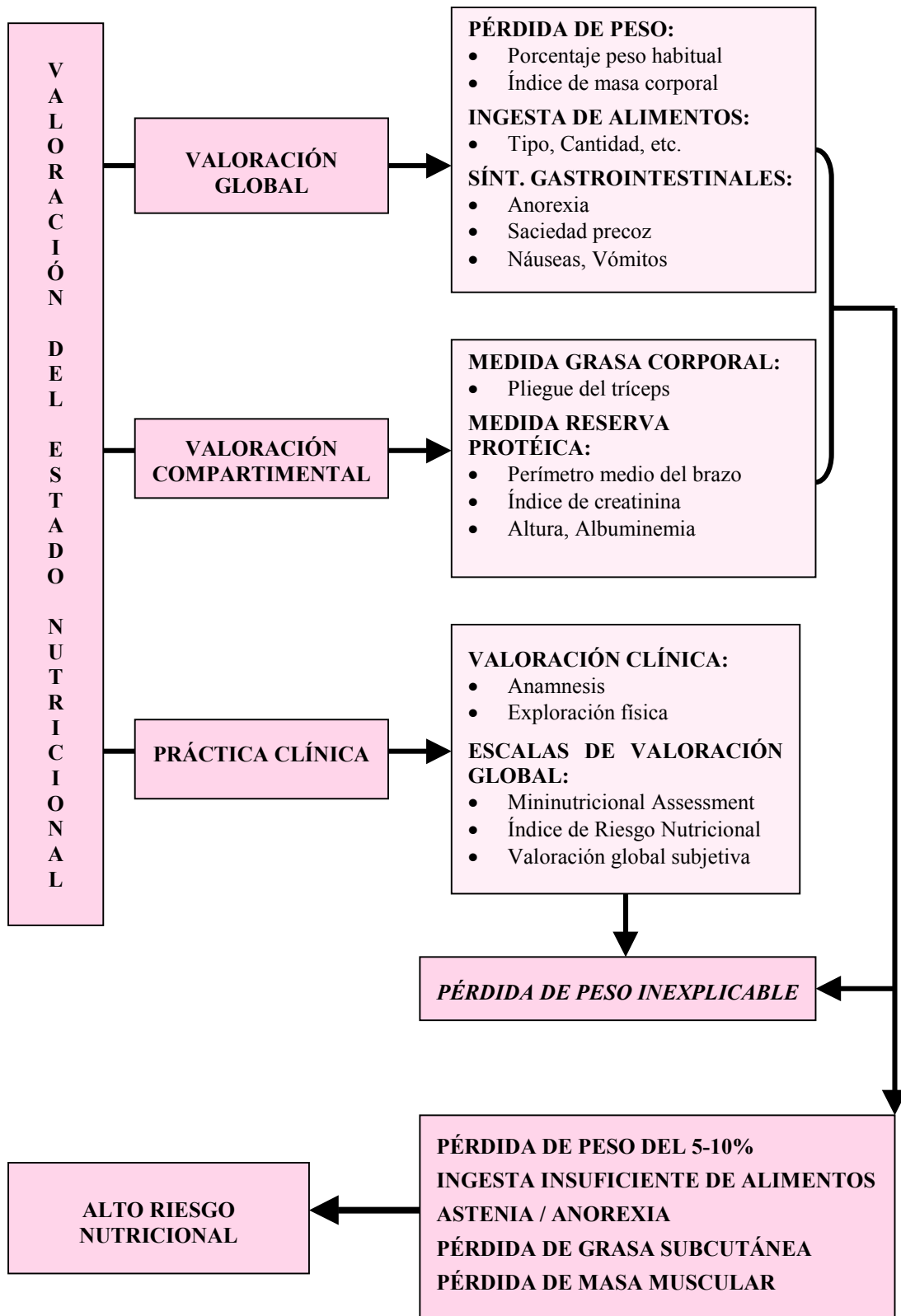
ASTENIA: OBJETIVOS

Aliviar la sensación de debilidad y facilitar el máximo nivel de actividad posible

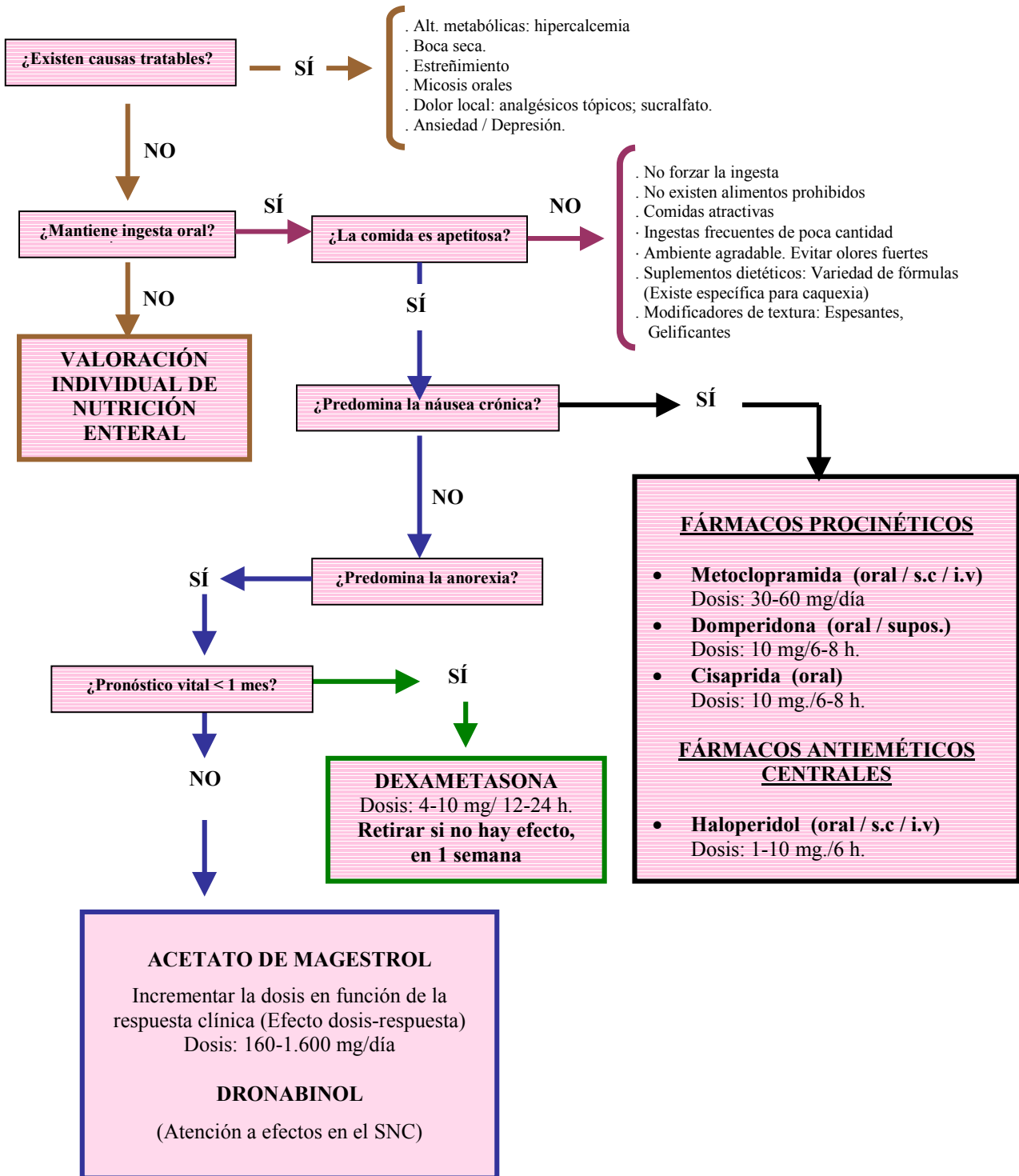
ASTENIA



ANOREXIA: ALGORITMO DIAGNÓSTICO



ANOREXIA: INTERVENCIÓN NUTRICIONAL



CUIDADOS DE LA BOCA

BOCA

Las alteraciones de la cavidad bucal tienen un gran impacto sobre la calidad de vida del paciente en fase terminal. Un buen control de síntomas conlleva **un examen rutinario de la cavidad bucal**.

Exámen:

- Higiene bucal (métodos, uso de producto)
- Dentaduras (tipos)
- Dolor, Hemorragias, Úlceras
- Xerostomía o boca seca
- Alteración del gusto
- Disfagia
- Tumor local
- Lesiones por: Quimio-Rradioterapia, Terapia de oxígeno, respiración bucal
- Infecciones (viral, micótica, bacteriana)

Factores sistémicos que influyen en el estado de la boca:

- Medicamentos (esteroides, quimioterapia, antibióticos)
- Deshidratación
- Síndrome caquético
- Enfermedades inmunológicas
- Estado nutricional

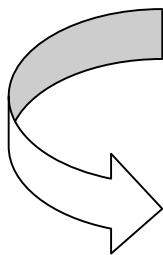
Higiene bucal: Objetivos

- Mantener labios y mucosas limpios
- Remover la placa y los restos alimenticios
- Aliviar el dolor y molestias e incrementar en lo posible la ingesta de líquidos
- Prevenir lesiones en la mucosa bucal en pacientes sometidos a tratamientos antineoplásicos y farmacológicos
- Minimizar la angustia psicológica y el aislamiento social e incrementar el compromiso familiar.

CUIDADOS DE LA BOCA EN EL DEBILITAMIENTO O INCOSCIENCIA

- Examen rutinario de la cavidad bucal.
- Higiene bucal (cepillo, enjuagues, tapones de algodón con colutorio etc.)
- Prevención de grietas labiales (glicerina, cacao)
- Habitación humidificada.
- Enseñar y adiestrar a la familia en los cuidados de la boca.

BOCA DOLOROSA



CAUSAS:

- Radioterapia, quimioterapia, produciendo: Estomatitis, mucositis, úlceras neutropénicas
- Infecciones: Fúngicas, bacterianas, virales
- Inflamación
- Cáncer oral
- Prótesis dental

TRATAMIENTO:

- **Lidocaina** viscosa al 1% - 5% ó lidocaina viscosa al 2% + esencia de anís, o en su defecto: agua templada + bicarbonato + sal
- **Hidróxido de aluminio + lignocaina** al 2% a partes iguales
- **Xilocaina** gel 30 minutos antes de cada comida
- **Xilocaina spray** 1% cada 4 horas
- **Benzocaina** 20% solución
- **Carbometil** celulosa
- **Miel rosada** (Milrosina ®)
- Enjuagues de manzanilla varias veces al día
- Sistemas analgésicos
- Evitar cítricos y alcohol
- Evitar comida picante o ácida o con exceso de sal
- Pasta dental salicílica 8% ó 7% 3 ó 4 veces al día

BOCA SECA O XEROSTOMÍA

Sensación subjetiva de sequedad de la boca (60-70% de los pacientes terminales)

CAUSAS

Deshidratación causada por:

- Anorexia.
- Diarrea.
- Fiebre.
- Terapia de oxígeno.
- Respiración bucal.
- Úlceras de decúbito.
- Vómitos.
- Poliuria.
- Hemorragia.
- Diabetes.
- Disfagia.
- Depresión
- Ansiedad.

Reducción de secreción salivar por:

- Radioterapia en zona de bucal y submandibular.
- Medicamentos.
- Obstrucción, infección, aplasia o destrucción maligna de las glándulas encefálicas, tumores cerebrales.
- Operaciones de neurocirugía.
- Hipotiroidismo.
- Enfermedades auto inmunes.
- Sarcoidosis.
- Erosión extendida en mucosa bucal causada por:
 - Cáncer.
 - Quimioterapia, radioterapia.
 - Inmunodeficiencia.
 - Estomatitis.
 - Infecciones virales, bacterianas y fúngicas

SÍNTOMAS

- Necesidad de levantarse y beber agua por la noche.
- Dificultad para hablar.
- Presencia de grietas o fisuras.
- Sensación de quemazón y hormigueo en la lengua
- Dificultad para tragar.
- Ansiedad producida por los propios síntomas.

QUÉ HACER

Cuando....

Hay reducción de la secreción salivar:

- Pilocarpine 2 o 3 gotas
- Solucion de ácido citrico 2%
- Anetholetithione
- Anetholetithione+Pilocarpina
- Acido nicotinic75 a 100mg más de una vez día
- Enjuagues de manzanilla + limón
- Enjuagues con Illantén
- Saliva artificial
- Sorbitol, Mentol
- Chupar chicles sin azúcar, caramelos de limón, sustancias ácidas, piña, chicles hidrófilos.
- Cubitos de hielo aromatizados
- Humidificar el aire
- Frecuentes buches de agua
- Toma de alimentos con alto contenido de agua
- Mezclar los alimentos con salsa y aderezos
- Bebidas como té, café con hielo o cerveza a pequeños sorbos
- Glicerina en hisopos

Cuando....

Los medicamentos son la causa:

- Reducir la dosificación y/o cambiar el medicamento si es posible
- Aplicación de gel fluorado para evitar daños dentales

Cuando....

Es por deterioro general:

- Higiene bucal (limpieza de boca 2 veces día)
- Cepillado suave incluido lengua
- Hacer gárgaras con sal , peróxido o soluciones de bicarbonato de soda
- Aplicación de gel fluorado
- Tratamiento dental
- Adiestramiento de la familia en examen de cavidad bucal
- Correcto uso de y preparación de colutorios
- Medidas dirigidas a crear bienestar en el paciente

CONSEJOS:

- Orientar a la familia para un buen examen rutinario de la cavidad bucal
- Adiestramiento en el uso y preparación de colutorios
- Enseñar el correcto uso de cepillos y gasas

BOCA INFECTADA

INFECCIONES FUNGICAS DE LA CAVIDAD BUCAL TIPO ASPERGILUS Y CÁNDIDA ÁLBICANS

SINTOMAS

- Aparecen lesiones dañinas en la mucosa bucal y depilaciones del dorso de la lengua (**candidiasis atrófica aguda o eritematosa**)
- Eritema y edema (**candidiasis atrófica crónica**)
- Dolor enrojecimiento y grietas en esquinas de la boca (candidiasis atrófica crónica)

CAUSAS

FACTORES LOCALES

- Llevar prótesis
- Xerostomía
- Alteración de la composición de la saliva
- Lesiones de la mucosa bucal (radioterapia, quimioterapia, cáncer y cirugía)
- Desbridamiento mecánico bajo (pacientes con alimentación parenteral y comatosos)
- Infecciones anteriores
- Mala higiene bucal

FACTORES SISTÉMICOS

- Diabetes Mellitus
- Inmunosupresión
- Terapias Medicas(esteroides)
- Alteración del estado nutricional

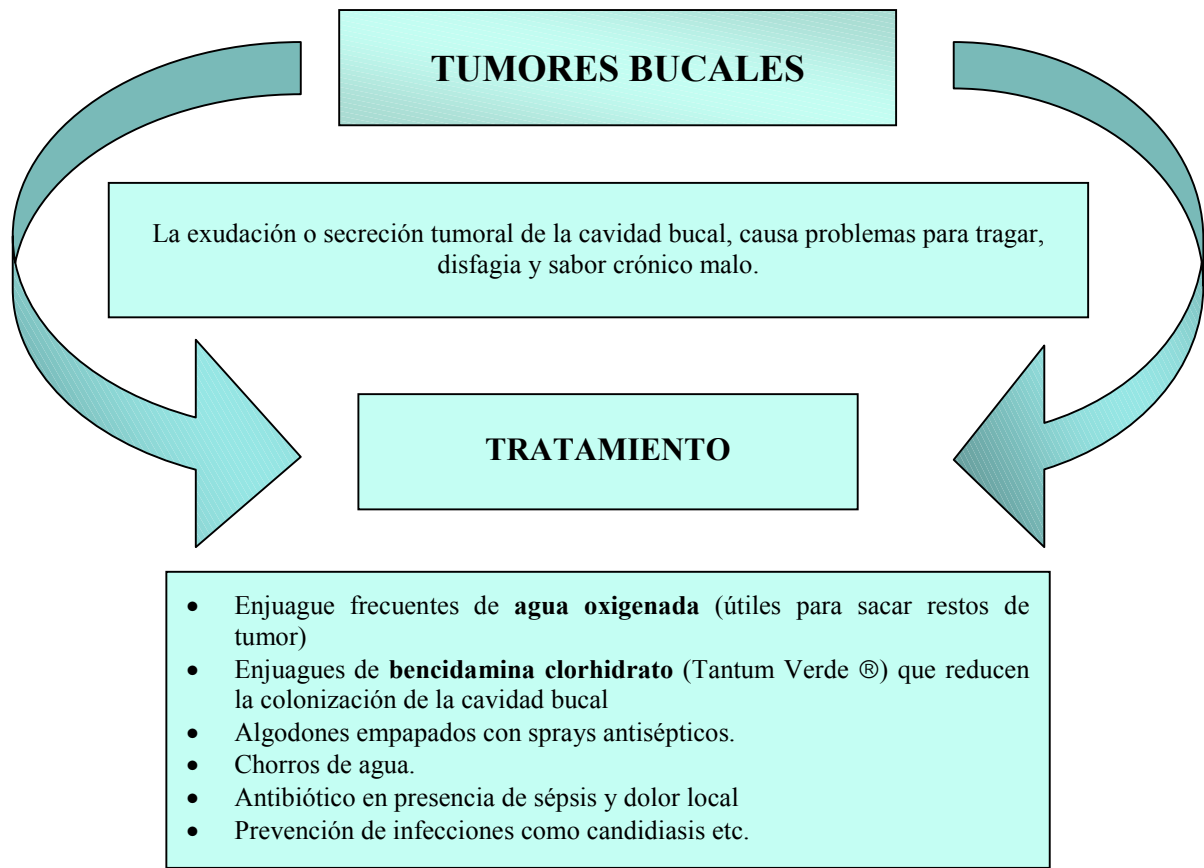
TRATAMIENTO

LOCAL:

- Si existe prótesis dental móvil: limpiar y sumergir en una solución de **Nistatina** toda la noche
- Higiene bucal con cepillado de placas micóticas
- Enjuagues desbridantes que no dañen mucosa:
 - a) 3/4 partes de **suero** + 1/4 parte de **H₂O₂**
 - b) 1/2 cucharadita de **bicarbonato** en un vaso grande de agua
 - c) 1/2 cucharadita de **sal** + 1/2 cucharadita de **bicarbonato** en un vaso grande de agua
- Enjuagues de **Nistatina** (tragando posteriormente) cada 6 horas
- **Nistatina** + agua en forma de **hielo**
- **Clotrimozol** pastillas 10 mg 5 veces día
- **Miconazol** tabletas 250 mg 4 veces día
- **Miconazol** gel 2 a 4 veces día
- **Povidona yodada** enjuagues en infección menor (no es agradable el sabor)
- **Violeta de genciana** 0,5 al 10% en infección menor
- Enjuagues de **illantén**

SISTÉMICO:

- **Fluconazole** 50 a 150 mg día (de 7 a 14 días)
- **Intraconazol** 100 a 200 mg día



Informar a los familiares de las posibles emergencias que pudieran surgir, tales como hemorragias etc.

- HEMORRAGIA BUCAL: ¿QUÉ HACER?**
- No cepillado.
 - Uso de soluciones salinas.
 - **Povidona yodada.**
 - **Perborato sódico.**
 - **Hexetidina** al 0,1%.
 - **Bicarbonato sódico.**
 - Medicamentos antihemorrágicos en gasas empapadas.

CUIDADOS DE LA PIEL

CUIDADOS DE LA PIEL

Cuidados dirigidos a garantizar una continuidad cutánea con un buen estado de hidratación

PREVENCIÓN

- Identificar los factores de riesgo
- Educar a la familia en la importancia de los cuidados
- Mantener un buen estado de nutrición.

CUIDADOS ESPECÍFICOS DE PREVENCIÓN

- Examen de piel rutinario.
- Utilización de jabones neutros.
- Lavar con agua tibia. Aclarar y secar. No friccionar.
- No utilizar alcoholes (colonia, romero etc.)
- Poner crema hidratante procurando su completa absorción.
- Lencería de algodón si es posible.
- No masajes sobre prominencias óseas.
- Cuidados del paciente incontinente (usar colectores, absorbentes, etc.)

SI LA ÚLCERA APARECE:

- Reducir o eliminar las complicaciones.
- Detectar los primeros síntomas.
- Prevenir la extensión de la úlcera.

CUIDADOS MOVILIZACIÓN

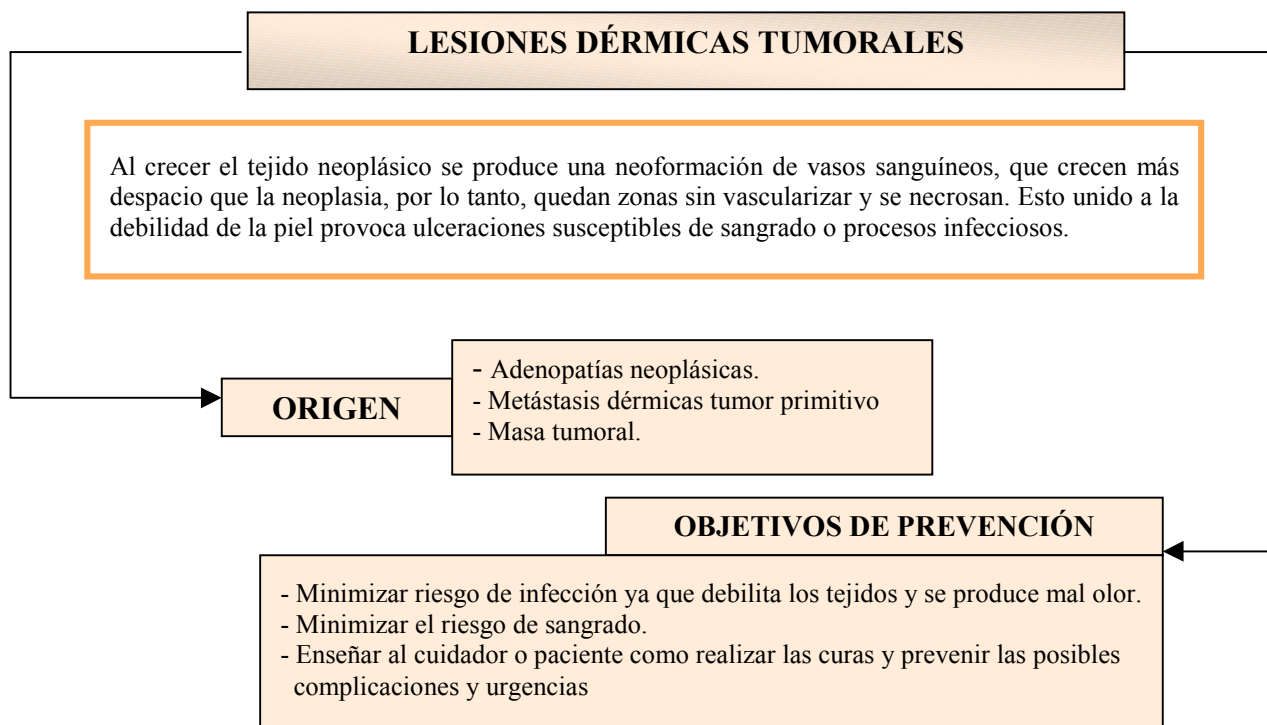
Objetivo: Evitar la aparición de úlceras

- Cambios posturales frecuentes.
- Cama sin arrugas y seca.
- Buena distribución del peso y equilibrio en la cama.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Evitar el arrastre del paciente
- Uso de dispositivos (cojines, almohadas, colchones, protectores locales etc.)

CONDICIONES QUE DEBE REUNIR EL TRATAMIENTO QUE SE APLIQUE A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN:

Se aplicarán los cuidados habituales según estadio de la úlcera, teniendo en cuenta que:

- Cree en la herida un ambiente fisiológico.
- No tenga efectos alergizantes.
- Al aplicarlo no dificulte la epitelización inicial, adhiriéndose y fijándose en la misma.
- Elimine secreciones y absorba exudados.
- Elimine el olor desagradable y que no produzca más.
- No sea doloroso.
- Sea de fácil aplicación.
- Al retirarlo no se produzcan molestias.
- Proporcione confort al paciente.



CURAS

¿QUE HACER?: Curas como mínimo cada 24 horas y siempre que sea necesario.

PROCEDIMIENTO DE CURA:

- Limpieza con **suero fisiológico**.
- Si presenta mal olor, es efectiva la limpieza con **agua oxigenada** diluida al 5% y **Metronidazol** al 1% + gel de **Carbopol** (existe ya el preparado comercial)
- Si existiera sangrado, aplicar hemostático local en puntos sangrantes (**Spongostan** apósitos, **Surgicel** apósitos, **Caproamin** ampollas)
- Siempre empapar la cura anterior para no arrancar coágulos ya formados.
- Colocar sobre la herida un tul para que no se pegue el apósito.
- Dejar siempre en el domicilio material suficiente para poder hacer una cura y, por si existiera un posible sangrado, hemostáticos locales.

**COMPLICACIÓN DE LAS LESIONES DÉRMICAS TUMORALES:
SANGRADO MASIVO**

- Problema muy alarmante para el paciente y la familia.
- La actuación debe ser rápida y tranquilizadora.

¿QUÉ HACER?:

- Presionar y no curar de inmediato.
- No alarmarse (para no preocupar a paciente y familia)

AGONÍA

AGONÍA

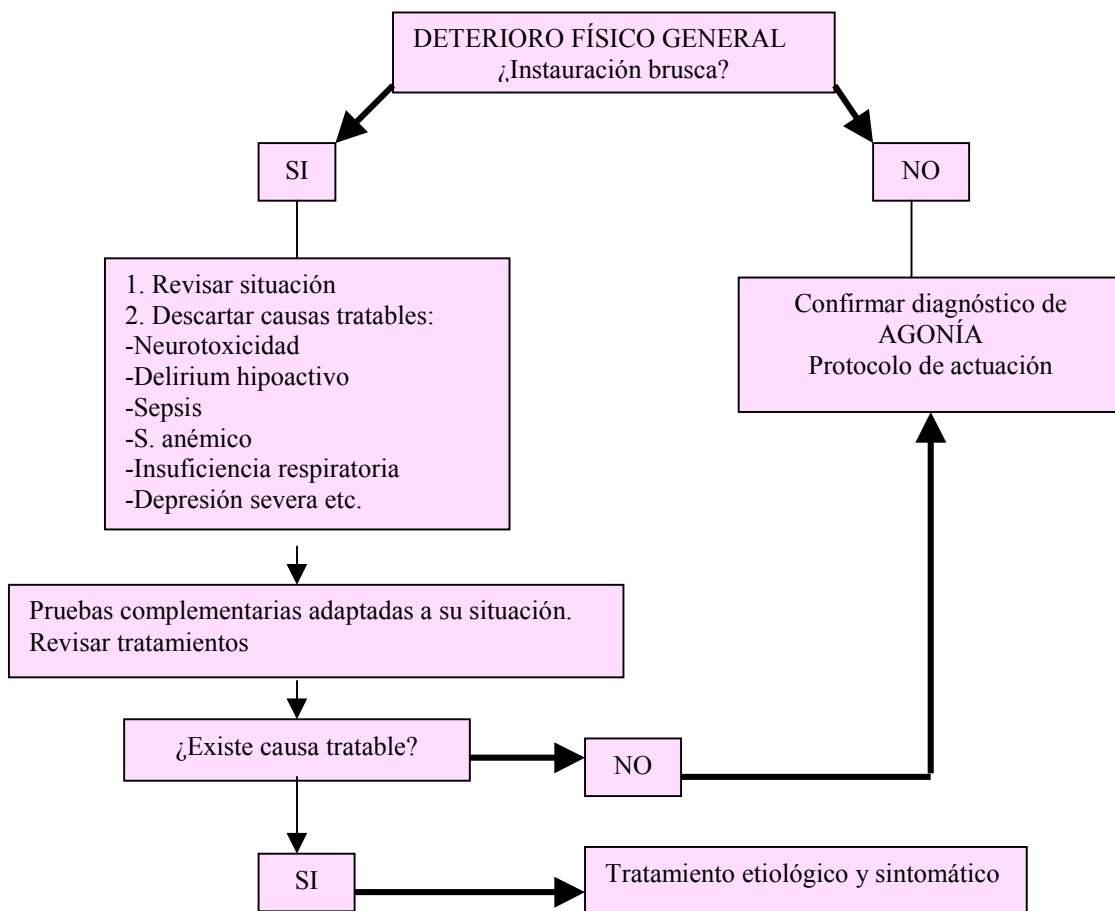
DEFINICIÓN:

Es el estado que precede a la muerte en las enfermedades en que la vida se extingue gradualmente.

Características:

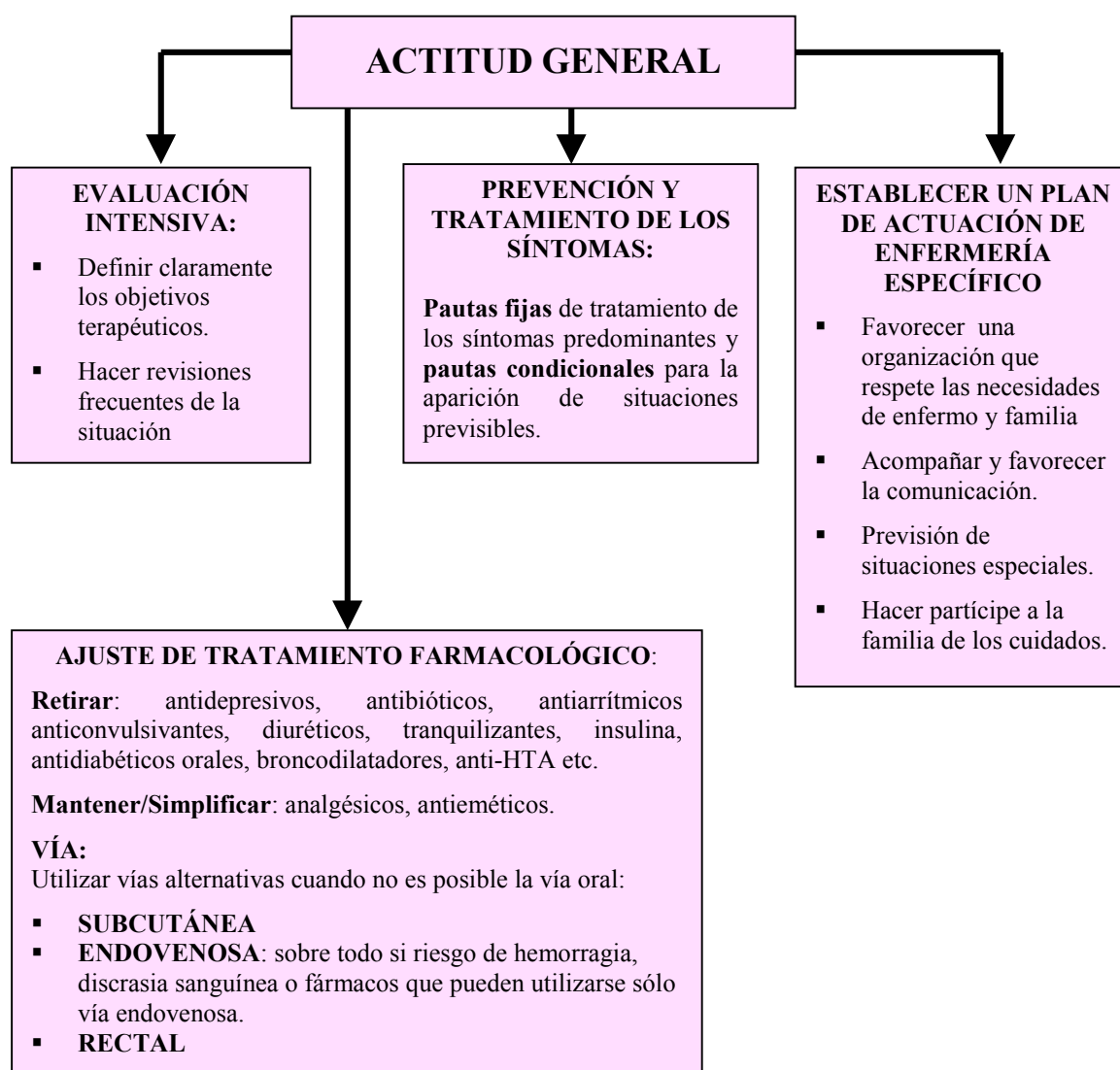
1. Deterioro físico general rápidamente progresivo
 - Debilidad (postración, encamamiento)
 - Alteración del nivel de alerta,/cognición (desorientación, agitación psicomotriz, trastornos de la comunicación hasta llegar al coma).
 - Disminución de la ingesta
 - Alteración de las constantes fisiológicas.
2. Percepción de muerte inminente por parte del paciente, familia y equipo.
3. Situación única e irrepetible para el paciente, la familia y el equipo.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO



Objetivos:

1. CONFORT: El concepto de confort es por definición subjetivo y cambiante. Será tarea de los profesionales definirlo conjuntamente con el enfermo (si es posible) y con su familia en el marco de una atención de calidad.
2. Prevención de las crisis en el paciente y la familia (claudicación familiar)
3. Prevención del recuerdo doloroso → duelo patológico



SÍNTOMAS / FÁRMACO / ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar la aparición de nuevos dolores ▪ No retirar opioides y ajustar dosis: aumentar en un 30-50% si el dolor no está controlado o disminuir dosis en función de necesidades. ▪ Valorar expresión facial ▪ Buscar signos de toxicidad opioide 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilar medidas no farmacológicas (físicas, ambientales, organizativas) ▪ Evaluar la respuesta al tratamiento.
DISNEA	<p>Explicar a la familia Considerar posibles causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si predomina broncoespasmo: ESCOPOLOAMINA CIH: 0.5-1 mg/6-8 h sc ▪ Si predomina utilización de musculatura abdominal (ansiedad): BENZODIACEPINAS : Midazolam/Diacepam ▪ Si predomina utilización de musculatura accesoria: MORFINA (aumentar un 25-50% de la dosis total). ▪ Si hipoxemia: OXÍGENO ▪ Si distrés respiratorio no reversible: hemorragia, obstrucción etc.: SEDACIÓN (Midazolam 5 mg/4-6 h.): considerar vía ev (es más rápido), si no es posible vía SC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar seguridad y confianza ▪ Compañía tranquilizadora (mostrar disponibilidad) ▪ Posición confortable, aire fresco sobre la cara etc. ▪ Implicar a la familia en el cuidado ▪ Valorar necesidad de oxígeno terapia.
ESTERTORES	<p>Intentar su detección precoz Informar a la familia Escopolamina CIH: 0.5-1 mg/4-6 h sc N-butil-Bromuro de Hioscina 20 mg/4-6h/sc Una vez iniciados no suspender bruscamente por efecto rebote.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acomodar correctamente: decúbito lateral ▪ Retirar dentadura ▪ Aspiración sólo en caso de secreciones en cavidad oral o antes de iniciar tto farmacológico ▪ Explicar a la familia que son más molestos para ellos que para el enfermo.
NAÚSEAS Y VÓMITOS	<p>Simplificar tratamiento: de elección Haloperidol y Levomepromazina Intentar evitar o preparar a la familia la visión de la regurgitación post-mortem.</p>	
CUIDADOS DE LA BOCA Y LABIOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incluir a la familia en el proceso de cuidados ▪ Hidratación frecuente de la boca. ▪ Mantener labios húmedos ▪ Limpieza de la boca ▪ Tratar el dolor ▪ Retirar prótesis 	

<p>MIOCLONIAS Y CONVULSIONES</p>	<p>Informar a la familia Descartar hipoxemia Tener vía venosa disponible Midazolam (15-30 mg ICSC y bolus previo de 5-10 mg) o Diacepam 5-10 mg en bolo ev o Fenobarbital 600 mg/24 h/ICSC</p>	
<p>DELIRIUM AGITACIÓN PSICOMOTRIZ</p>	<p>Descartar: - Dolor no controlado - Retención de orina - Impactación fecal - Deprivación de benzodiazepinas</p> <p>Fármacos: Haloperidol 1.25-2.5 mg /sc cada 30 min por 3 veces consecutivas o Levomepromazina. Si es necesaria la sedación Midazolam 5-15 mg en bolus y posteriormente 60-120 mg/24 h</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos síntomas provocan una gran angustia en la familia, que puede requerir mayor atención que el enfermo. ▪ El objetivo ha de ser instaurar medidas tranquilizadoras: <ol style="list-style-type: none"> 1. Estar al lado del enfermo y familia. Ofrecer disponibilidad. 2. Disminuir la estimulación sensorial: habitación tranquila, luz suave, evitar ruidos etc. 3. Descartar retención urinaria o fecaloma. 4. Evitar comentarios inapropiados en presencia del paciente.
<p>FIEBRE</p>	<p>Explicar a la familia Sólo tratar si provoca síntomas molestos para el enfermo Diclofenaco 37.5 mg sc o Paracetamol 500 mg rectal o Ketorolaco 90-120 mg/24 h/ICSC</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retirar mantas o colchas ▪ Medidas físicas ▪ Cambiar ropa de cama.
<p>HEMORRAGIA</p>	<p>Familia: Valorar su presencia Prevención: vía endovenosa y medicación preparada Utilizar ropa de color (verde, gris, azul) Fármaco: Midazolam 15 mg iv o sc y repetir hasta sedación.</p>	
<p>CUIDADOS DE LA PIEL</p>	<p>Prevenir la aparición de úlceras: - Si aparecen: cura fácil, cómoda y rápida - Si mal olor: metronidazol o carbón activado - Si dolor: cambio postural: Bupivacaína o morfina tópica. - Si sangrado: adrenalina tópica o sucralfato</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar movilizaciones dolorosas e inútiles. ▪ Utilizar colchones antiescaras y cojines. ▪ Programar cambios posturales para evitar presiones continuadas en tejidos delicados, dar confort al paciente o evitar acúmulo de secreciones.

ATENCIÓN A LA FAMILIA

La familia requiere en esta etapa dedicación de tiempo y espacio específicos, con actitud de escucha y comprensión.

Este momento:

- Produce gran impacto por la cercanía y la pérdida
- Aumenta la demanda de atención y soporte
- Aparecen a veces reivindicaciones terapéuticas poco realistas.
- Aumenta la demanda de atención y soporte
- Se detecta gran necesidad de información.

1. INTERVENCIÓN GENERAL:

- Aumentar la disponibilidad, mostrar seguridad, no tener prisa.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Revisar el proceso: aclarar dudas sobre la evolución de la enfermedad, el tratamiento y destacar los aspectos positivos.
- Revisar y compartir objetivos.
- Prevenir crisis.
- Promover la participación en la atención. Ayuda a disminuir el dolor y la impotencia y posteriormente en la elaboración del duelo.
- Ofrecer soporte espiritual. Para los creyentes es el momento de facilitar los ritos.

2. ASPECTOS PRÁCTICOS:

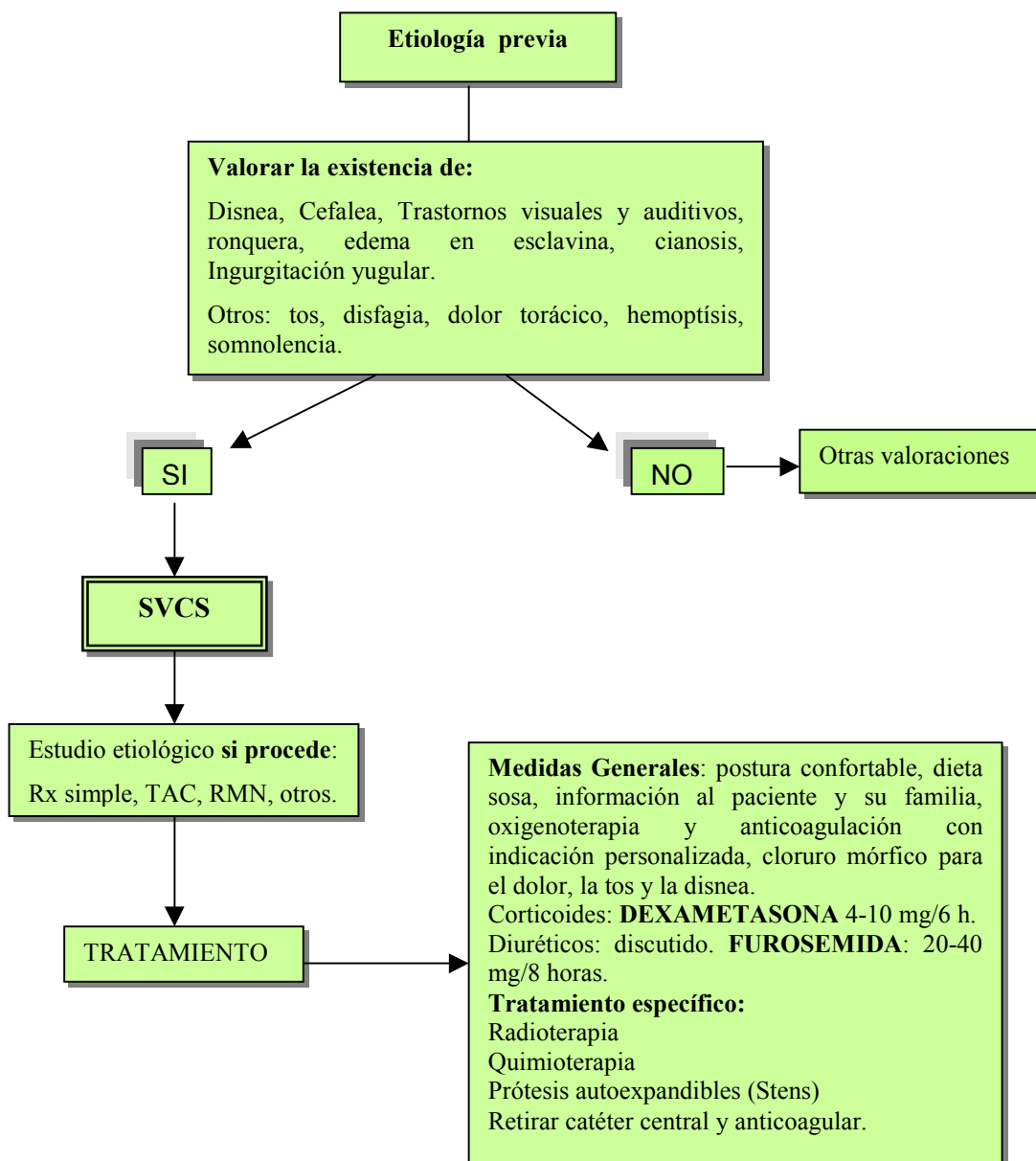
- Anunciar que la muerte está próxima.
- Insistir en la posibilidad de continuar el cuidado en esta última fase.
- Aclarar que la disminución de la ingesta es consecuencia de la enfermedad y no causa de la muerte.
- Explicar el proceso de muerte.
- Identificar el papel de la familia.
- Dejar el tratamiento escrito (si está en el domicilio).
- Indicaciones sobre qué hacer en el momento del fallecimiento (funeraria, certificados etc.).
- Ofrecer siempre apoyo y contacto posterior.

URGENCIAS EN CUIDADOS

PALIATIVOS

SINDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR (SVCS)

Es un conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando se instaura una oclusión total o parcial de la luz de la vena cava superior en su camino a la aurícula derecha y cuya etiología puede ser por carcinoma pulmonar de células pequeñas, linfomas, timomas, tumores de células germinales, metástasis mediastínicas de tumores sólidos como mama y esófago, trastornos paraneoplásicos de la coagulación, uso de catéteres centrales.



SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR

Concepto: Es la compresión de la medula y de la porción vertebral de la cola de caballo, fundamentalmente por metástasis intramedulares, leptomeníngicas y epidurales. Se localizan en región torácica (70%), lumbosacra (20%) y cervical (10%).

Etiología: Más del 85% de las compresiones están en el espacio extradural y son secundarias a metástasis de carcinomas de mama, próstata, pulmón, seguidas en frecuencia por los linfomas, mieloma múltiple y sarcomas.

Clínica: Dolor localizado (90%), que aumenta con la percusión de la apófisis espinosa correspondiente. *Empeora con el decúbito y mejora al sentarse.* Precede a los demás síntomas en horas o días.

SI

Irradiación metamérica del dolor
Pérdida de fuerza de progresión rápida y déficit motor en pocos días

Afectación **cervical:**
Tetraplejía

Afectación **dorsal:**
Paraplejía

Afectación **lumbosacra:**
Espasticidad e hiporreflexia

Alteración esfinteriana con incontinencia fecal, retención urinaria y alteraciones sensitivas: *Afectación tardía y de mal pronóstico*

SI

Alta sospecha de compresión medular: **INGRESO Y REALIZACIÓN DE RMN**

TRATAMIENTO

Radioterapia: Precocemente.

Corticoides: Dexametasona dosis de choque 10-20 mg seguida de 4-6 mg / 6 horas, antes de la radioterapia.

Quimioterapia: en linfomas y tumores germinales.

Cirugía: con supervivencia razonable, laminectomía.

FRACTURAS PATOLÓGICAS:

Concepto: son las que se producen en un hueso previamente dañado por el tumor, primariamente o por metástasis.

Etiología: cáncer de mama, tiroides, pulmón, próstata, riñón y mieloma.

Clínica: dolor, deformidad e impotencia funcional.

TRATAMIENTO

- Inmovilizar / Estabilizar
- Tratamiento del dolor
- Valoración quirúrgica
- Radioterapia

HEMORRAGIA MASIVA:

Concepto: Pérdida masiva de sangre, debido habitualmente por invasión e infiltración de grandes vasos o estructuras vasculares por el tumor.

Las de mayor frecuencia e impacto son las producidas por tumores de cabeza y cuello.

Clínica:

**Shock agudo hipovolémico.
Muerte inminente**

Manejo:

Medidas Generales:

Tranquilizar y advertir a la familia de una muerte inminente y consensuar la sedación.

Usar toallas y sábanas de color para disminuir el impacto visual.

No realizar reanimación

Medidas Farmacológicas:

Midazolam: 20-30 mg IV ó SC
Cloruro mórfico: 10 mg IV ó SC

Diazepam rectal 10 mg, si no se dispone de los fármacos anteriores. Repetir las dosis si es necesario.

CONVULSIONES:

Concepto: Es una manifestación clínica paroxística, generalmente breve, originada por la excesiva excitación de un grupo de neuronas originando una respuesta exagerada, paroxística e hipsincrónica. Según la zona afectada será la manifestación clínica.

Etiología:

Tumorales:

Tumores cerebrales
Metástasis

No tumorales:

Metabólicas
Infecciones
Toxicidad farmacológica
Accidentes vasculares

Clínica:

- Fase tónica: contracción tónica en flexión o en extensión. Durante esta fase aparece cianosis.
- Fase clónica: sacudidas en principio pequeñas, que se continúan con movimientos amplios, violentos y espaciados.
- Fase poscrítica: predomina el estupor.

Tratamiento:

Medidas generales:

Evitar traumatismos
Decúbito lateral para evitar broncoaspirado.
Tratamiento etiológico si fuera posible

Medidas farmacológicas:

DIAZEPAM 10 mg Vía rectal o IV
LORAZEPAM 2 mg SC
MIDAZOLAN 5-10 mg lento IV, IM ó SC
CORTICOIDES: se pueden emplear posteriormente de 16-24 mg/día dexametasona

Si se repiten las crisis: anticonvulsivantes profilácticos:

FENITOÍNA 100 mg/8 horas oral.
CLONAZEPAM 1-5 mg/ día infusión lenta SC
FENOBARBITAL 30-120 mg /8 horas SC
GABAPENTINA comenzar con 300 mg/24 horas/oral y después hasta 600-1800 mg / 24 horas

Status convulsivo:

FENITOÍNA IV, 15-18 mg/kg diluido en suero salino lentamente en 30'. Monitorizar ECG por riesgo de arritmias.

HIPERCALCEMIA:

Concepto: Niveles de calcio sérico superiores a 10,8 mg/dl.

Corrección en función de los niveles de proteínas plasmáticas:

Ca sérico corregido en mg/dl = calcio sérico mg/dl – albúmina gr/dl + 4.0

Ca sérico corregido en mg/dl = calcio sérico mg/dl + (4 - albúmina sérica x 0,8)

Etiología:

Tumoral: Mieloma múltiple (20-40%), Carcinoma de pulmón (15%), Cáncer de mama (50%), Cáncer de ovario, Cáncer de riñón, Cáncer de tiroides

No tumoral: Hiperparatiroidismo primario asociado a cáncer de mama; Enfermedad granulomatosa; Intoxicación por vitamina D

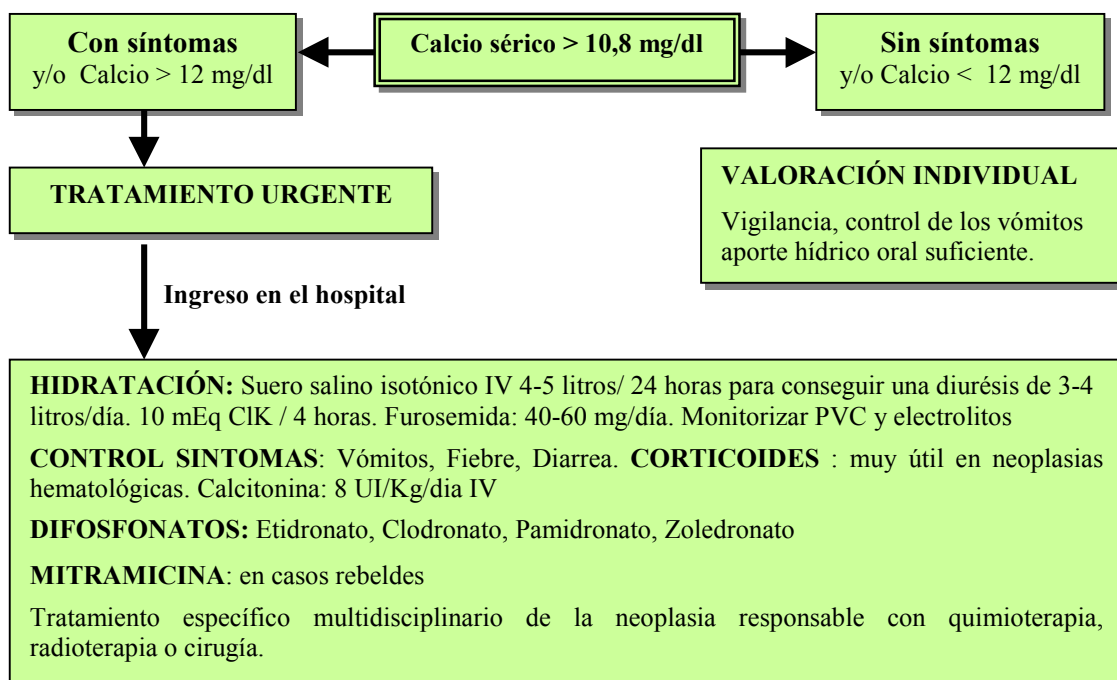
Clínica:

Síntomas generales: Astenia, Apatía, Depresión, Confusión mental, Convulsiones, Disminución del nivel de conciencia, Letargo y coma.

Síntomas digestivos: Anorexia, Vómitos, Dolor abdominal, Estreñimiento, Íleo paralítico

Síntomas renales: Poliuria, Polidipsia, Fallo renal 2°.

Síntomas cardiovasculares: Bradicardia, Arritmias, Acortamiento del QT, Aumento del PR
Alteraciones onda T, Hipertensión, Intolerancia a la digital.



NEUTROPENIA FEBRIL

Concepto: descenso de los neutrófilos por debajo de 500/mm acompañado de fiebre de mas de 38° C en tres ocasiones en 24 horas o una sola elevación mayor de 38,5° C

Clínica: Afectación del estado general y síntomas del foco infeccioso: respiratorio, digestivo, urinario.

Evolución corta →

No hay focalidad. Difícil encontrar el germen. La fiebre desaparece con la recuperación hematológica.

↓
Evolución larga

Sólo en la mitad se identifica el foco.
Pseudomonas, E.Coli, Klebsiella, S. Aureus, Serratia, Enterobacter, Hongos, multirresistentes.
Mortalidad cercana al 20% a pesar de los nuevos antibióticos y medidas de soporte.

Manejo:

Toma precoz de muestras de material sospechoso.
Cultivo sistemático de sangre y orina.
Radiografía de tórax. Ecografía abdominal.

Cuidados higiénicos de cavidad oral.
Asepsia del tubo digestivo.
Hidratación y control electrolítico.

ANTIBIOTERAPIA EMPIRICA:

Ceftazidima + Amikacina: en poco comprometidos, neutropenias cortas y por Gram –.
Cloxacilina o Vancomicina: si se asocian estafilococos o gérmenes coagulasa –, o meticilín resistente.
Amfotericina: si existen hongos.
G-SGF o factores estimulantes de colonias de granulocitos: uso controvertido en reducir la morbimortalidad. Alto coste.



ASPECTOS PSICOSOCIALES

COMUNICACIÓN

En la interacción humana, las palabras y el lenguaje corporal valen como mensaje. No existe la no comunicación.

Dimensiones de la comunicación:

- ***Informativa:*** Aspecto informativo (frase, dato). Un mensaje tiene valor informativo, permite reconocer algo (una situación, un objeto del mundo, algo predecible). *La función de la información es reducir la incertidumbre.*
- ***Relacional:*** Transmite información sobre cómo debe entenderse el mensaje: el tipo de relación entre los que interactúan:
 - No verbales (tono, postura, roles, apariencias).
 - Verbales “*lo dije en serio*”, “*bromeaba*”.

El ser humano realiza esta traducción entre “dimensiones comunicacionales”, de manera continua y simultánea.

Objetivos de la comunicación en cuidados paliativos:

1. ***Informar:*** Los datos concretos que aportamos
2. ***Orientar:*** Educar en la enfermedad. Derivar a otros profesionales socio-sanitarios
3. ***Apoyar:*** Dar siempre soporte. Mostrar disposición a aclarar dudas. Destacar aspectos del ajuste del enfermo a la situación

Habilidades de comunicación:

- Contexto físico (dé la información en lugar tranquilo, sin interrupciones).
- Escuchar significa prestar atención: no piense en lo que usted va a responder luego y no se deje influir por sus juicios sobre la otra persona.
- Compruebe que la otra persona comprende lo que usted dice. *¿Me sigue?, ¿Ve lo que quiero decir?*
- Escuche el estilo de las frases del paciente (aspectos emocionales, nivel educativo, articulación verbal).
- Exprésese con delicadeza, prepare el terreno.
- Procure dar la información poco a poco.
- Respete la iniciativa y ritmo del paciente. La comunicación de información requiere revisar temas ya tratados.
- Refuerce la información, haciendo que el paciente repita o repitiendo uno mismo. Es frecuente tener que repetir o aclarar conceptos.

TRANSMITIR LA INFORMACIÓN MÉDICA

Anamnesis de la información: Explorar cuánto sabe o sospecha el paciente. *Cuénteme qué ha sido de su enfermedad hasta hora. ¿Qué le dijo al Dr. cuando le envió aquí? ¿Qué idea tiene usted de su enfermedad? ¿Ha pensado alguna vez que era algo serio?*

Anamnesis del impacto: Conocer la reacción del paciente ante la enfermedad. *¿Cómo reaccionó al saber que se trataba de algo serio?*

Consideraciones:

1. ¿Hay una brecha grande entre las expectativas del paciente y la realidad de la situación?
2. Ordene la información a partir del conocimiento actual del paciente
3. Considere si hace falta hablar de cáncer para transmitir una información correcta

Aplicación práctica:

1. Avise que el asunto es más serio de lo que parece e indique los puntos más importantes del diagnóstico. Esté atento a su reacción.
2. Refuerce las parte correctas. Use el lenguaje del paciente y proceda desde ahí.
3. Use un lenguaje sencillo y adaptado a la capacidad de comprensión del enfermo.

DESGLOSAR MALAS NOTICIAS

Consideraciones:

A) Ante una cuestión difícil, refléjela. Es aconsejable en principio no responder a demandas imperiosas o bruscas de información. Hable de síntomas en vez de diagnósticos.

B) Si un paciente no pregunta o no muestra interés en saber, acéptelo en principio como una señal de negación.

C) Bloqueo post-información: La persona puede no recordar nada después de una información importante. (P.e.: después de pronunciar palabras como cáncer, muerte, no hay tratamiento o no hay nada que hacer).

D) Si la enfermedad está muy avanzada y la expectativa de supervivencia es corta: ¿Podemos garantizar al enfermo una cierta calidad de vida? ¿El enfermo tendrá tiempo para asimilar la situación?

E) Organizar y planificar: El profesional asume la situación y hace un plan operativo para el futuro. Haga una lista enumerando problemas y preocupaciones principales.

Aplicación práctica:

A) ¿Por qué lo pregunta? ¿Qué piensa de ello? ¿Ud cómo lo ve?. Proponga aplazamientos.

B) Transmita la gravedad o seriedad de la situación y proponga encuentros posteriores. No diga nada que no sea verdad.

C) Dé la información poco a poco. Evite decir "no hay nada que hacer", puede quedar mucho por aliviar hasta el final.

D) Probablemente haya que ser más cauto. Habría que plantearse la comunicación del diagnóstico en etapas más precoces.

E) Indique qué es lo que se puede arreglar y qué no. Enumere qué problemas de la lista abordar y cuál será el primero.

EVALUAR LO QUE EL PACIENTE QUIERE SABER

Objetivo:

Verdad soportable: Aquella información cierta que puede asumir y acepta el paciente.

Consideraciones:

A pesar de que el derecho a la verdad y a la información es reconocido, es imposible predecir qué pacientes prefieren no saber el alcance de la enfermedad.

Aplicación práctica:

Conocimiento gradual, no de una sola vez. A veces basta con no desengañar al enfermo. No diga nada que no sea verdad. No establezca límites ni plazos.

COMPROMISO DEL EQUIPO

Esto requiere asumir la situación que se avecina. Hacer comprender al paciente que el equipo asistencial no le abandonará pase lo que pase. Mucho de este compromiso debe hacerse explícito.

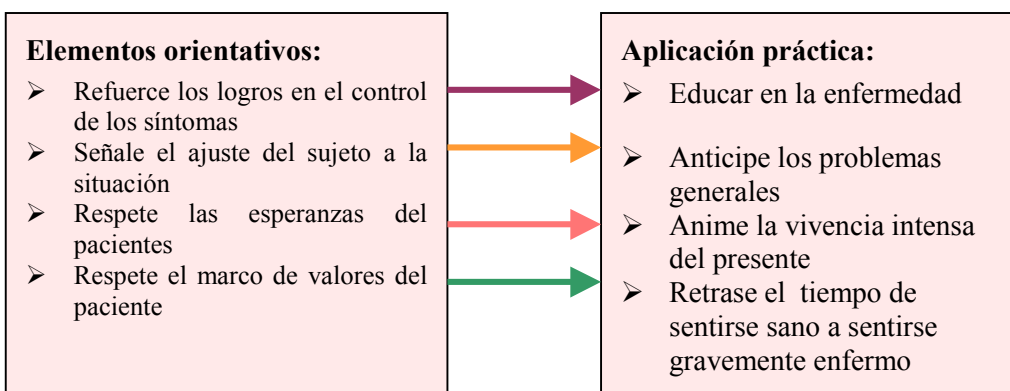
Elementos orientativos:

- Es un paciente joven que tiene asuntos por resolver
- Cómo ha reaccionado el enfermo en otras situaciones difíciles de su vida
- El enfermo rechaza tácita o manifiestamente saber más
- Existencia de seria patología psiquiátrica previa

Aplicación práctica:

- Continuaremos cuidándole bien y no se le va a dejar sólo. Lo veremos con regularidad
- Trataremos cualquier problema que se presente
- Podremos aliviar el dolor y controlar la mayoría de los síntomas
- Uno de los miembros del equipo estará siempre disponible para él
- Ayudaremos también a la familia

Añadir siempre soporte



FAMILIA

Objetivos

Independientemente de la fase de la enfermedad, las necesidades de información son las más importantes para la familia. Una información clara y delicada ofrece las siguientes ventajas:

- Prepara a los cuidadores para apoyar al paciente.
- Refuerza los objetivos de tratamiento.
- Ayuda a manejar los efectos colaterales de la enfermedad y del tratamiento.

INDICADORES DE RIESGO FAMILIAR (Evaluar al cuidador principal)

(Tomado de la Hoja de evaluación psicosocial del Hospital de la Santa Creu de Vic)

- 1** *No hay un cuidador claro*
 - El cuidador principal no muestra predisposición en el cuidado del enfermo.
- 2** *Respuesta emocional alterada:*
 - Predominio de depresión (Lloros, aflicción, ensimismamiento, incapacidad).
 - Predominio de ansiedad (No contención, reivindica atención, irritabilidad).
- 3** *Existencia de pérdidas recientes* (Muertes cercanas, cambios en el trabajo, vive solo).
Existencia de trastornos emocionales previos o actuales con necesidad de tratamiento.
- 4** *Hay necesidad de soporte afectivo para el cuidador principal.*
Hay temas pendientes por resolver (Cumplimiento de la voluntad del paciente, asuntos prácticos).

COMUNICACIÓN FAMILIAR Y EL CÁNCER

Orientaciones prácticas generales

- Aprobar las actitudes de la familia, necesitan la confirmación y aprobación de que lo están haciendo bien. Es mejor reforzar lo que es en sí positivo que lamentar lo que hacen mal o no hacen.
- Respeto de sus creencias y valores, tanto del enfermo como de su familia. (Tipo de relación, hábitos sociales, valores), tener en cuenta lo que para ellos es importante.
- Mostrarles aceptación, apoyo y consuelo.

REACCIONES DE LOS FAMILIARES

1. **Conspiración de silencio:** El autocontrol se ve afectado por temor a herir a la persona enferma. Se evita la comunicación entre enfermo y familia e incluso entre los miembros de ésta se excluye la posibilidad de manifestar el grado de labilidad en la que cada uno se puede encontrar. Aumenta la soledad del paciente.
Actitud: No es necesario que el enfermo sepa exactamente qué es lo que padece, pero sí que su situación es grave y que la posibilidad de morir es real.
2. **Sobreprotección:** La ansiedad y la impotencia les obliga a actuar constantemente ofreciéndose para hacer cualquier cosa. Se desestiman las propias capacidades del enfermo.
Actitud: El equipo puede animar al enfermo, en presencia de los familiares, a hacer aquellas cosas que todavía puede hacer.
3. **Infantilización:** Se subestima la importancia que tienen los hechos, se minimizan los problemas. Se trata al paciente como a un niño. El cuidador obtiene más seguridad en sí mismo, pero el paciente puede sentirse anulado en la expresión de opiniones, deseos y preocupaciones.
Actitud: Es conveniente en estos casos mostrar a la familia manifiestamente cómo el equipo toma en consideración las opiniones, deseos y preocupaciones del paciente
4. **Exceso de realismo:** La familia no da importancia a nada de lo que haga; "para qué", "ya nada vale la pena". La familia puede estar dominada por el cansancio, la derrota o el sentimiento de incapacidad o de impotencia.
Actitud: Aprobar las cosas que hacen bien. Valorar la importancia del acompañamiento y la asistencia familiar. Dar soporte al familiar.

CLAUDICACIÓN FAMILIAR

La mayor parte de los familiares cuidadores de personas con cáncer avanzado sufren estrés en el papel de cuidador y más aún al observar el sufrimiento del paciente

Causas:

- Mal control de síntomas preexistentes o aparición de otros nuevos (crisis de dolor, hemorragias, disnea o vómitos incoercibles)
- Depresión o sentimientos de pérdida, miedo o incertidumbre
- Dudas sobre el tratamiento previo o la evolución
- Excesiva dedicación del tiempo personal exclusivamente al enfermo, lo que conlleva agotamiento físico y psicológico del cuidador principal
- Carecer de ayuda de otros miembros familiares o amistades
- Falta de atención continuada



Actuación encaminada al soporte:

1. Explicar a la familia la evolución probable de los síntomas para evitar que su aparición o exacerbación suscite la angustia familiar. Es frecuente tener que volver a explicar las mismas cosas.
2. Ofrecer disponibilidad, a veces compartida entre dos o más áreas asistenciales, para fomentar en el binomio paciente-familia la confianza en que cualquier situación aguda se podrá controlar con prontitud.
3. Reevaluar a menudo y con el enfermo-familia el plan terapéutico y revisar los síntomas.
4. Ofrecer medicación a demanda por si aparece el síntoma previsto. Conviene dejar en el domicilio familiar instrucciones para el médico de guardia o bien medicación

NECESIDADES DE LA FAMILIA

Actuación de información y educación:

- Enseñanza de habilidades relacionadas con la deambulaci3n, cuidados de confort y manejo de dolor para aplicar cuidados efectivos en el hogar.
- Informar sobre los recursos sociales disponibles.
- Proporcionar ayudas para el cuidado de enfermería.
- Consejos dietéticos.
- Ayudas para la comunicaci3n.
- *Informar de la posibilidad de ingresos de respiro.*

Actuaci3n encaminada al soporte:

- Asegurar la comodidad de la persona que se est3 muriendo.
- Estar informado del estado del paciente.
- Informarles de si la muerte es inminente
- Comunicarnos con la familia en un lenguaje comprensible para ellos, de modo que puedan mejorar sus conocimientos y disipar sus dudas.
- *La familia necesita saber que su participaci3n es muy valiosa y que sus deseos, temores o iniciativas son escuchadas y compartidas.*

DUELO

Duelo: La situaci3n de cualquiera que haya perdido una persona a la cual se sentía vinculado y que provoca unas reacciones emocionales y conductuales.

Aflicci3n: Las reacciones psicol3gicas y emocionales al duelo.

Luto: El aspecto social de la aflicci3n.



Fases del duelo:

1. **Embotamiento:** Dura desde algunas horas a una semana después del fallecimiento, ocurren episodios intensos de aflicción y/o cólera. Hay largos momentos de aturdimiento, incluso el funcionamiento parece el de un autómata. Hay que respetar lo que suceda en estos momentos.
2. **Anhelo y búsqueda de la persona perdida:** Suele aparecer al cabo de unos días. Se ve la necesidad de encontrar a la persona perdida, acudir a lugares a los que asistía asiduamente, necesidad de contacto con ciertos objetos, llanto incontrolable, alteraciones del sueño. Episodios de cólera hacia quienes se considera responsables de la pérdida.
3. **Fase de desorganización y desesperanza:** Hay un reconocimiento intelectual de la pérdida, ya no hay tanto esfuerzo por mantener presente a la persona fallecida. La derrota después de tal lucha provoca menor energía y sensación de abatimiento. Soledad más patente. La ayuda de los demás disminuye o no es tan efectiva. En esta fase la salud puede ser más frágil, pueden haber cefaleas, ansiedad, tensión y fatiga.
4. **Reorganización:** Se intenta reanudar la vida social. Puede resultar difícil y no solo depende de la persona, de sus capacidades y predisposición, sino que estará condicionado por la situación social y laboral previa, las posibilidades económicas y laborales y la predisposición del entorno.



Condicionantes de un duelo:

- La pérdida de alguien con quien se ha tenido una estrecha relación generará más aflicción que la de un ser querido que ha permanecido ausente largos periodos.
- Si las creencias o prácticas del sujeto o de sus parientes y amigos impiden o obstaculizan el duelo sano.
- Si se depositaban muchas expectativas en la persona fallecida.
- Será más difícil evolucionar de un duelo si una muerte ha sido repentina que si ha habido tiempo para cuidar, reparar, comunicarse.
- Condicionantes económicos que hagan la vida más difícil.
- La persona vive sola o con otros parientes adultos.
- Aspecto físico de la persona durante o al final de su enfermedad. Mutilaciones horribles.
- Exceso o falta de información previas que la persona tenía de la muerte.
- La relación o comunicación durante el periodo anterior a la muerte.
- Un patrón de luto que intenta reprimir y retrasar.

DUELO PATOLÓGICO

- No hay un momento preciso en que se pueda hacer esta clasificación. Si vemos algunos signos que nos indiquen que nos encontramos ante un duelo crónico o de difícil evolución lo correcto es ponerse en contacto con el especialista.
- Accesos de cólera y autorreproches en ausencia de culpa.
- Sensación de haber sido abandonados.
- Conservar la creencia de que la ausencia no es definitiva.
- Anhelos intensos y continuos.
- Desesperación profunda.
- Prolongada ausencia de aflicción.
- Negación consciente a la aflicción ante el temor de una crisis emocional. No hacer referencia a la pérdida.
- Insomnio y pesadillas relacionadas con la muerte.
- Síntomas físicos: dolores de cabeza, palpitaciones, dolores en general.

ASPECTOS TERAPÉUTICOS PARA UNA EVOLUCIÓN SALUDABLE DEL DUELO

- Ofrecer tiempo y espacio para ayudar a recomponer los pensamientos.
- Permitir la expresión de dolor y aflicción
- Señalar a la familia que las vivencias depresivas en esta época son normales
- Ayudarles a reconocer los propios recursos y los límites de sus capacidades, entendiendo que durante un periodo prolongado puede haber mucha vulnerabilidad
- Aprobar los ritos que la familia proponga en memoria del fallecido
- Recomendar no precipitarse en la toma de decisiones
- Ayudar a estructurar su tiempo, actividades, descanso
- Ofrecer los recursos comunitarios que estén disponibles y beneficien al sujeto (grupos de autoayuda, asociaciones de voluntariado, centros de día),
- Recomendar la aceptación de soporte y la oportunidad de crear nuevos lazos

ANEXOS

VÍA SUBCUTÁNEA

La utilización de la vía subcutánea, por su versatilidad, es la más adecuada para la administración de fármacos a pacientes terminales, permitiendo controlar una amplia sintomatología en el domicilio.

¿POR QUÉ?

- Fácil instauración y utilización
- Técnica poco agresiva y no dolorosa
- Fácil acceso
- Facilita la autonomía del paciente
- Eficaz
- Evita inyecciones frecuentes
- Multifuncional
- Mínimas complicaciones
- Ritmo de administración diverso

CÓMO?

1. Administración en bolus:
 - Palomillas 21-23 G.
 - Tapón de silicona.
 - Apósito oclusivo transparente
2. Infusión continua:
 - * Bombas de infusión:
 - Elastoméricas
 - Mecánicas de resorte
 - Electrónicas
3. Hipodermocclisis:
 - Sueros isotónicos de 20 a 120ml/h.

¿CUÁNDO?

- Vómitos
- Alteración de la deglución
- ↓ del estado de conciencia
- Intolerancia oral a dosis altas de opiáceos
- Oclusión intestinal
- Agitación terminal
- Agonía

¿QUÉ?

- Cloruro Mórfico
- Midazolán
- Haloperidol
- Dexametasona
- Metoclopramina
- Levomepromacina
- Hioscina
- Clonacepam
- Escopolamina
- Ketoralaco
- Cloruro sódico
- Glucosalino

¿DÓNDE?

- Abdomen.
- Deltoides.
- Pared torácica anterior.
- Muslos.

CUIDADOS

Cambiar la palomilla cada 5-7 días y siempre que se detecte algún problema o complicación.

COMPLICACIONES

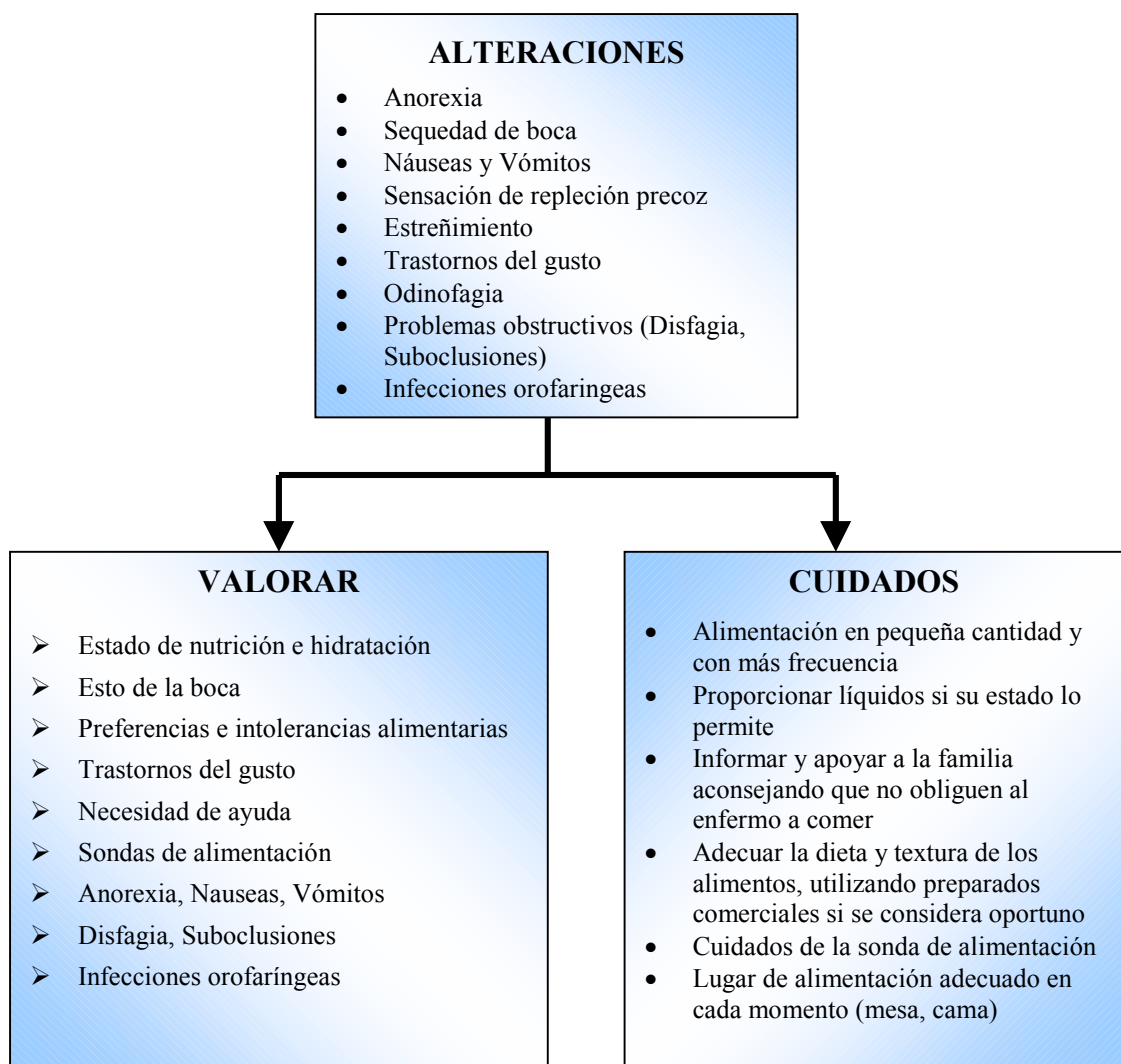
- Infección local.
- Enrojecimiento en punto de punción.
- Hematoma.
- Salida de líquido.
- Sangrado por punto de punción.
- Reacción adversa a la medicación.

CONTRAINDICACIONES : Edema generalizado (anasarca), Circulación periférica ↓ (shock), Infecciones de repetición en el punto de inserción, Coagulopatías

EVITAR: Zonas radiadas y donde existan cicatrices y edemas

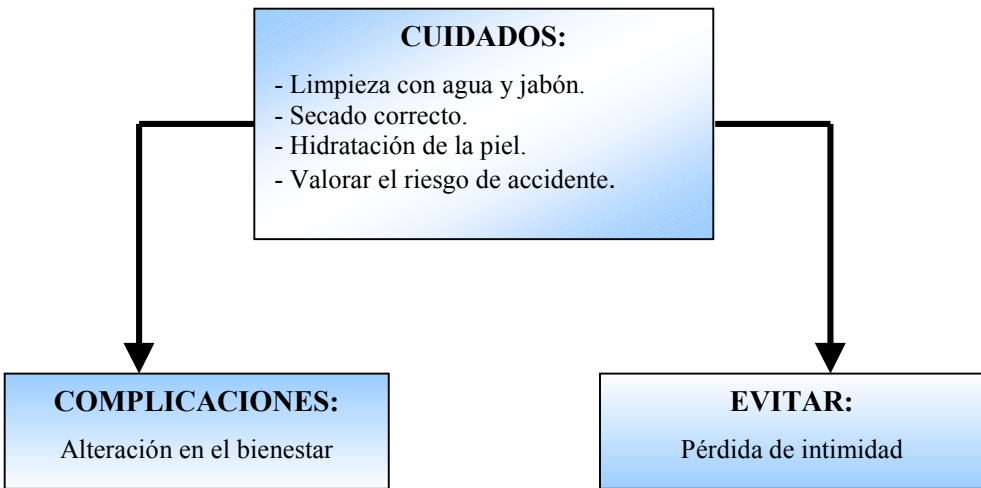
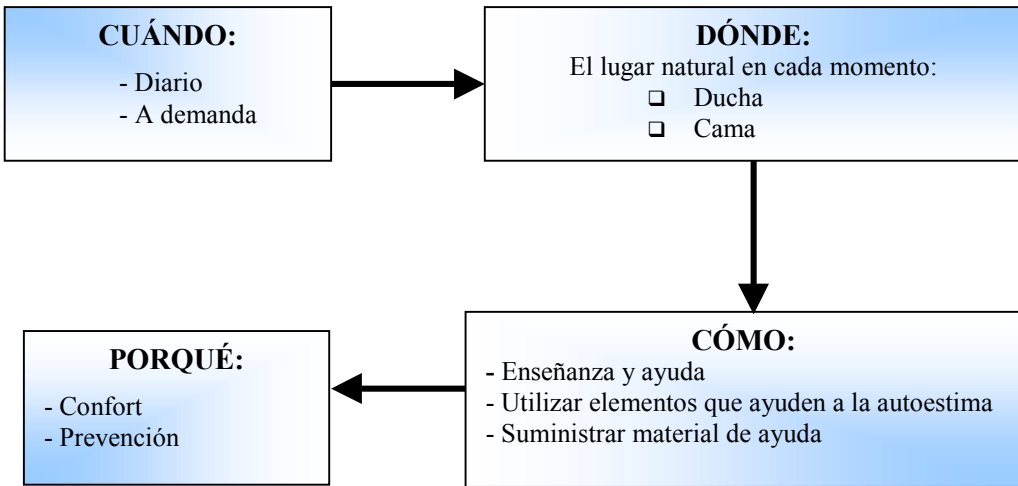
ALIMENTACIÓN

Aunque la nutrición no es un objetivo prioritario en el paciente terminal, es una de las necesidades básicas del enfermo, se pueden producir diversas alteraciones que nos impidan una alimentación dentro de unos parámetros normales, por lo que nuestro objetivo ira dirigido a paliar la alteración en el bienestar que les produce, tanto del enfermo terminal como de sus cuidadores informales, es decir buscar el confort..



HIGIENE

Es una necesidad básica del enfermo, que no se pueda cubrir nos puede llevar a una serie de alteraciones que pueden producir la falta de bienestar en el paciente. Nuestro objetivo ira dirigido a que se cubra esta necesidad lo mas correctamente posible.





VADEMECUM

PREPARADO	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIONES
ACETATO DE MEGESTROL	MAYGACE BOREA MEGEFREN	Comp. 160 mg (envase de 30) Comp. 40 mg (envase de 100) Sol oral 200 mg/5ml (fras. 120 y 240 ml) Comp.160 mg (envase de 30) Sobres 160 mg (envase de 30) Comp. y Sobres de 160 mg (env de 30)
AMITRIPTILINA	TRYPTIZOL	Comp.10 y 25 mg (env. 24) Comp. de 25 mg (envase de 60) Comp. de 50 y 75 mg (env.30)
AMOXI-CLAVULÁNICO	AMOXI-CLAVULÁNICO	24 grageas o sobres 500/125 mg 24 cáp. o sobres 875/125 mg
ACETIL SALICILATO DE LISINA	INYESPRIN ORAL INYESPRIN	Forte sobres 1.8 g (envase de 20 y 40) Normal sobres de 900 mg (envase de 20) Normal vial 900 mg (envase de 6 y 12)
BACLOFENO	LIORESAL	Comp. de 10 y 25 mg (env de 30)
BROMURO DE IPRATROPIO	ATROVENT ATROVENT MONODOSIS	Aerosol 20 mcg./puls. (env. 300 dosis) Cápsulas inhaladas 40 mcg. (env.60) Sol inhal. 250 y 500 mcg. (env. 20 dosis)
BROMURO DE TIOTROPIO	SPIRIVA	30 Cáps inhalatorias 22.5 mcg. Cohandihaler
BUPRENORFINA	BUPREX	Amp. 0,3 mg./1ml (env 6) Comp.subling.0,2 mg (env de 10 y 20)
BUPROPION	ZYNTABAC	Comprimidos de 150 mg
BUTILBROMURO DE HIOSCINA	BUSCAPINA	Ampollas de 20 mg (envase de 6 amp.)
CARBAMACEPINA	TEGRETOL	Comp. de 200 mg (env 50 y 100) Comp. de 400 mg (env 30y 100)

CISAPRIDA	PREPULSID	Solución oral 1 mg/ml. Comprimidos 5 mg
CITALOPRAM	SEROPRAM	Comprimidos 20 mg Comprimidos de 30 mg
CLARITROMICINA	CLARITROMICINA KLACID	12 comp. 250 mg 14 y 21 comp. 500 mg 12 sobres 250 mg 14 y 21 sobres 500 mg 100 ml. sol. 250 mg./5 ml.
CLODRONATO	MEBONAT HEMOCALCIN	Ampollas 300 mg./10ml. (env.5) Caps. de 400 mg
CLOMIPRAMINA	ANAFRANIL	Grageas 10 y 25 mg Comp. de 75 mg
CLORPROMACIANA	LARGACTIL	Comp. 25 y 100 mg Gotas : 1 gota = 1 mg Ampollas de 25 mg
COLESTERAMINA	EFENSOL	40 sobres unidosis
CODEÍNA	BISOLTUS CODEISAN COD- EFFERALGAN	200 ml. soluc. 10 mg/5 ml. 10 y 20 comp. 28,7 mg 500 mg.paracetamol+30 mg de codeína
DEFLAZACORT	DEZACORT ZAMENE	comp. de 6 y 30 mg gotas (1 gota = 1 mg)
DEXAMETASONA	FORTECORTÍN	3 ampollas 4 mg/ ml. 1 ampolla 40 mg/5ml. 30 comp. 1 mg.
DEXTROMETORFANO	ROMILAR	20 comp. de 15 mg 20 ml gotas 15 mg /ml. 200 ml jarabe 15 mg/5ml.

DIACEPAM	DIACEPAM VALIUM	30 y 100 comp. de 2 mg 30 y 100 comp. de 5 mg 30 comp. de 10 mg 20 comp. de 25 mg 30 comp. de 5 mg 25 comp. de 10 mg 6 amp. 10 mg/2ml.
DICLOFENACO	DICLOFENACO VOLTAREN	Comp. de 50 mg (env 40) Supos. 100 mg (env 12) Retard comp. recub 100 mg (env 20) Amp. 75 mg/3 ml. (env 6) Retard cáps. 100 mg (env 4, 28) Retard comp. 75 mg (env 20) Retard comp. recub 75 mg (env 20)
DIGOXINA	DIGOXINA	50 comp. 0,25 mg
CONTUGESIC	DIHIDROCODEÍNA	Retard comp. de 60 mg (env 20 y 60) Retard comp. de 90 mg (env 60) Retard comp. de 120 mg (env 60)
DOXEPINA	SINEQUAN	Cáps. de 25 mg (env 30 y 100)
ESCOPOLAMINA CLH	ESCOPOLAMINA	Amp. de 0,5 mg (uso Hospitalario)
ETIDRONATO	OSTEUM	Comp. de 200 mg. (env de 30y60)
FENITOÍNA	FENITOÍNA EPANUTÍN	Ampollas 250 mg./5 ml (env 1) Cáps 100 mg (env 100) Susp 125 mg/5 ml (fras 120 ml.)
FENOBARBITAL	LUMINAL	Amp. 200 mg/1 ml (env 10) Comp. de 10 mg (env 50)
FENTANILO parches Transdérmicos FENTANILO CITRATO Oral transmucosa	DUROGESIC ACTIQ	“100” parch. 10 mg (env 5) “25” parch. 2,5 mg (env5) “50” parch. 5 mg (env 5) “75” parch. 7,5 mg (env 5) Chupa-chups

FLAVOXATO	URONID	Comp. de 200 mg (env 60)
FLUCONAZOL	DIFLUCAN	Cáps.50 mg (7), 100 y 200 mg (7), 150 mg (1) Susp 50 y 200 mg/5 ml (fras 35 ml)
FLUOXETINA	PROZAC	Cáps 20 mg (env 14 y 28) Comp.dispers 20 mg (env 14 y 28) Sobres 20 mg (env14 y 28) Sol 20 mg/5 ml (fras 70 y 140)
FLUVOXAMINA	DUMIROX	Comp. de 50 y 100 mg (env de 30)
FUROSEMIDA	FUROSEMIDA SEGURIL	10 y 30 comp. de 40 mg 5 ampollas 20 mg/2 ml.
GABAPENTINA	NEURONTÍN	Cáps 300 mg y 400 mg (env 90) Comp. recub 600 y 800 mg. (env 90)
HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	Gotas 2mg/ml (env 15 y 30 ml) Comp. 10 mg (env 30) Amp. 5mg/ml (env 5)
IBUPROFENO	IBUPROFENO NEOBRUFEN	Comp. recub.600 mg (env 30) Retar comp.800 mg (env 40) Grageas 400 mg (env 30) Sobres eferv.600 mg (env 40) Supo 500 mg (env 12)
IMIPRAMINA	TOFRANIL TOFRANIL PAMOATO	Grageas 10 mg (env 60) Grageas 25 mg (env 50) Grageas 50 mg (env 30) Cáps 75 y 150 mg (env 28)
INDOMETACINA	INACID	Retard cáps 75 mg (env 20) Cáps 25 mg (env 20 y 50) Supo 50 y 100 mg (env 12)
KETOKONAZOL	KETOISDÍN	Comp. de 200 mg (env 1)

KETOROLACO	TORADOL DROAL	Comp. 10 mg (env 10 y 20) Ampollas 30 mg./ml (6 amp.)
LEVOFLOXACINO	TAVANIC	5 y 10 comp. 500 mg
LEVOMEPRMACINA	SINOGÁN	Gotas 40 mg/ml (fras.10 ml) Comp. 25 y 100 mg (env 20) Amp. de 25 mg (env 10)
LORAZEPAM	LORACEPAM ORFIDAL	30 comp. de 1 mg 20 comp. de 5 mg 20 y 50 comp. de 1mg
MEPERIDINA	DOLANTINA	Amp.100 mg/2ml (env 1 y 10)
METAMIZOL	LASAIN NOLOTIL	Cáps 575 mg (env 12) Amp. 2,5 g/5 ml (env 5) Supo 1g (env 6) Cáp. 575 mg (env 10, 20) Vial 2g. 10 ml (env 5) Sup. 1g y 500 mg (env 6)
METILFENIDATO	RUBIFÉN	Comp. de 10 mg (env 30)
METILPREDNISOLONA	SOLU- MODERÍN URBASON	Ampo. de 40, 125 mg y 1,2 g Comp. de 40, 16 mg Comp. retard de 8 mg Ampo. 20, 40 y 250 mg
METOCLOPRAMIDA	PRIMPERAN	Comp. de 10mg (30 y 60) Gotas 0.260 mg/100 ml (60ml) Solución 5 mg./5 ml. (250ml) Ampollas de 10 mg/2 ml (12) y 100 mg/ 20 ml (env 6)
MIDAZOLAM	DORMICUN	Ampollas 5 mg./5 ml (env 10) Ampollas 15 mg/3 ml (env 5)
MOCLOBEMIDA	MANERIX	Comp. de 150 mg (env 100 y 30) Comp. de 300 mg (env 30 y 60)

MORFINA	MORFINA (FORMULACIÓN MAGISTRAL) SEVREDOL MST CONTINUS CLORURO MÓRFICO	Morfina en solución acuosa 5mg./cc csp 200cc Compr.10 y 20 mg (12 env) Compr.10 mg y 30 mg (60) Compr.60 mg (30 y 60) Compr.100mg (30 y 60) Compr.200mg (30) Amp.1% 1ml (env 1 y 10) Amp.2% 2 ml (env 1 y 10)
MOXIFLOXACINO	ACTIRA OCTEGRA PROFLOX	Comp.de 400 mg (5 y 10)
NAPROXENO	NAPROXENO NAPROSYN	Cáps. 250 mg (env 30) Comp. recub.500 mg (env 40) Supo.500 mg (env 12) Comp.500 mg (env 40) Sobres 500 mg (env 40)
NISTATINA	MYCOSTATÍN	solución 1cuch. = 10ml
ONDANSETRON	YATROX ZOFRÁN	amp.4 mg./2 ml y 8mg/4ml (env 5) comp.4 y 8 mg (env 6 y 15) zydis liof 4 y 8 mg (env 10)
OXIBUTINA	DITROPAN	comp. de 5 mg (env 60)
PARACETAMOL	GELOCATIL PARACETAMOL EFFERALGAN	comp.500 y 650 mg (env 10 y 20) comp. eferv.1g (env 8 y 20) comp. eferv 500 mg (env 20) cáps..500 mg (env 24) supo.150 ,300 mg (env 6) y 600 mg (env 10) odis comp.dis 500 mg (16)
PAROXETINA	SEROXAT	comp. 20 mg (env de 14, 28, 56)

PREDNISONA	DACORTÍN PREDNISONA ALONGA	30 comp. de 2.5 mg y 30 mg 30 y 60 comp.de5 mg 30 comp. 10 y 50 mg
PROPANTELINA	PRO-BANTINE	grageas 7,5 y 15 mg
PROPOXIFENO	DEPRANCOL	Cáp. Lib. sostenida 150 mg (envase 10)
RISPERIDONA	RISPERDAL	Soluc. oral 1 mg =1 ml. Env (30 ml.) Comp. 1 mg (env 60)
SALBUTAMOL	VENTOLÍN INHALADOR VENTOLÍN RESPIRADOR	200 dosis 100 mcg./puff Sol inhal 0.5% (env 10ml)
SERTRALINA	BESITRÁN	Comp. de 50 y 100 mg (env 30) Gotas 20 mg./ml (env 60 ml)
TERBUTALINA	TERBASMÍN TURBUHALER	200 dosis 500 mcg /puff
TOLTERODINA	DETRUSITOL UROTROL	comp. de 2 mg (env 56) comp. recubiertos de 2 mg (env 56)
TRAMADOL	TRAMADOL ADOLONTA TRADONAL	cáps.50 mg (env 20 y 60) sup. 100 mg (env 6) amp 100 mg/2ml (env 5) got.100 mg/ml.(fras10y30ml) sup.100 mg.(env 6 y 12) comp.Retard 100, 150, 200 mg (env de 20 y 60) cáps. retard 50, 100, 150, 200 mg (env 60)
TRAZADONA	DEPRAX	Comp. 100 mg (env 30 y 60) Comp. 25 y 50 mg (env 30) Amp 50 mg /5 ml (env 10)
VENLAFAXINA	VANDRAL	Comp. 37,5 (env 60), 50 mg (env 30), 75mg (env 60) Caps. Retard 75 y 150 mg

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aguiar Bufanda D.; Navarro Marero MA.; García Cabrera E. "Síndromes neoplásicos. Urgencias Oncológicas". Avances en Cuidados Paliativos Tomo II 2.003, 62; 589-599
- 2.- Asociación Española Contra el Cáncer. "Manual de Enfermería" Cap. Atención Domiciliaria
- 3.- Blaney SM.; Poplack DG. "Neoplastic meningitis: Diagnosis and treatment considerations". Med. Oncol 17: 151-62. 2.000
- 4.- Bottomley A. "Anxiety and the adult cancer patients". Eur J. Cancer Care 7:217-24. 1.998
- 5.- Coia LR.; Aaronson N.; Linggood R. et al. "A report of the consensus workshop panel on the treatment of brain metastasis". Int. J. Oncol Biol Phys 23: 223-27. 1.998
- 6.- "Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal". Unidad de medicina Paliativa El Sabinal. 2ª Edición.
- 7.- Davis CL. "ABC of paliative care: Breathlessness, cough and other respiratory problems" BMJ 1.997; 315: 931-934
- 8.- De Vita.; Ojeda M.; Gómez Sanco M. "Cuidados Paliativos. Control de Síntomas". Hospital El Sabinal.
- 9.- Derek Doyle; Geoffrey WC Hanks; Went Macdonald. "Oxford textbook of Paliative Medicine". Oxford University Press 1.993 y 1.999
- 10.- Doyle D. et al.. "Oxford Textbook of Paliative Medicine". Offord Medical Publications. Oxford 1.998
- 11.- Hanks GW.; De Cono F.; Cherny et al. "Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations". BJ Cancer 2.001; 84: 587-93
- 12.- Hospital de la Santa Creu e Vic. "Hoja de Evaluación Psicosocial"
- 13.- García MV y cols. "La vía subcutánea en hospitalización a domicilio". Rev. Enfermería Científica. 244-245. 2.002: 67-70
- 14.- Gómez C.; Sastre A. "Soporte nutricional en el paciente oncológico". 2.002
- 15.-Gómez Batiste X.; Planas Domingo J.; Rocas casas J.; Viladiu Quemada P. "Cuidados Paliativos en Oncología". Editorial JIMS. Barcelona 1.996

- 16.- Gómez Rdguez-Mendarozqueta M.; García Domínguez M^aV. "Utilización de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos". Curso organizado por la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y el Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia. Bilbao. Abril. 2.002
- 17.- Gómez Sancho M. y cols. "Cuidados Paliativos en la cultura latina". Ediciones Arán. Madrid 1.999
- 18.- Gómez Sancho M. "Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales" ICEPSS Vol.1, 1.998. 43: 627-638
- 19.- Gómez Sancho, Marcos. "Cómo dar las malas noticias en medicina". Ed. Aula Médica. Madrid 1.996
- 20.- González Barón M. "Tratado de medicina Paliativa". 1.996. 22: 303-314; 41: 561-569; 49: 677-684; 55: 747-752; 65: 895-915
- 21.- Grifo M^aJ.; Ponce J.; López MJ. "Cuidados Paliativos en Atención Primaria"
- 22.- Guía de Enfermería en Cuidados Paliativos. Hospital Donostia-Gipuzkoa
- 23.- Institut Catalá de la Salut. "Protocol d'agonía". Hospital de Bellvitge. Julio 1.998
- 24.- Internet: <http://www.divisait.com/paliativa/contenidos/sistemas.asp>
www.secpal.com Guía de cuidados
www.palliative.org Programa de C. Paliativos de Edmonton
www.anderson.org Programa de C. Paliativos del MD Anderson Center
- 25.- Lassaunière, Jean-Michel. "Guía práctica de Cuidados Paliativos". 2.000
- 26.- Lizán L.; Benítez MA.; Cabedo V. "Protocolo de Cuidados Paliativos". FMC vol. 4 Supl e. Nov. 97:28
- 27.- Llimós A.; Sibina M.; Port J.; Ylla-Catalá E.; Ferrer C. "Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos". Med. Pal 1.999; 6: 121-127
- 28.- López E. "Enfermería en Cuidados Paliativos". 1198; 149-154
- 29.- Lorza J.; Bustamante V.; Tirapu JM.; Crespo JA. "Manual de Neumología y Cirugía torácica". 1998 SEPAR. Edit. Médicos pág. 467-484.
- 30.- Mather LE. "Trends in the pharmacology of opioids: implications for the pharmacotherapy of pain". European Journal of Pain 2.001,5 (Suppl A): 49-57
- 31.- Ojeda M.; Navarro M. "Síntomas respiratorios en cuidados paliativos". Medicina paliativa en la cultura latina. Ed. Arán 1.999, pág. 723-726
- 32.- Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press. 1.999

- 33.- Porta J.; Palomar C.; Ramírez M. y cols. "La situación agónica: consideraciones sobre su manejo". Med. Pal. 1.994; 4: 15-24
- 34.- Portilla Fabregat I.; "Tratamiento de la cistitis radiógena hemorrágica con formalina". Rev. Cubana de Oncol. 1.998; 14(1): 39-41
- 35.- Programa Educativo de ASCO. "Optimización del cuidado del paciente con cáncer: La importancia del manejo de los síntomas"
- 36.- Rexach Cano; Verdejo Bravo. "Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud". Vol 23-nº 6. 1.999
- 37.- Roca J.; Ledesma A. "Cuidados Paliativos en Atención Primaria de Salud". FMC vol 1. Feb 94: 88-102
- 38.- Sanz Ortiz J. y cols. "Cuidados Paliativos". Recomendaciones de la Sociedad española de Cuidados Paliativos.
- 39.- Saunders C. "Cuidados de la enfermedad maligna terminal". Salvat Ed. 1980, pág. 143-148
- 40.- Twycross R. "Symptom management in advanced cancer". Radcliff Medical Press. Oxford and New York 1.995
- 41.- Twycross R & Lichter I. "The terminal phase". Oxford Textbook of Palliative Medicine". Cap 17. 1.999
- 42.- "Urgencias en urología". Urología práctica. Asociación Española de Urología. 1.991
- 43.-Vecht CJ. "Clinical management of brain metastasis". J. Neurol 245: 127-31. 1.998
- 44.- Wasserstrom WR; Glass JP; Posner JB. "Diagnosis and treatment of leptomeningeal metastasis from solid tumors: experience with 90 patients". Cancer 49: 759-72. 1.982