

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 11:
ONCOLOGÍA

Tema 11.5:
CUIDADOS PALIATIVOS

Dra. Marcela Berrios



Cuidados Paliativos. Dra. Marcela Berrios

Los avances en oncología han hecho posible que existan terapias con gran potencial curativo, por lo que en muchos casos el cáncer puede tratarse de una enfermedad de larga evolución. Para valorar la efectividad de los tratamientos, se utilizan parámetros como: morbilidad, intervalo libre de enfermedad, supervivencia, pero hay que tener en cuenta los problemas funcionales y psicosociales a los que se enfrentan los pacientes en sus diversas etapas de enfermedad. Así nace el concepto de calidad de vida.

Los “cuidados paliativos” son un sistema de cuidados continuos de pacientes con enfermedades crónicas, debilitantes o terminales y de sus familias, independiente del tiempo de duración de la enfermedad y la edad del paciente cuyo **objetivo principal es alcanzar la mejor calidad de vida.**

Todo lo anterior implica acciones médicas ACTIVAS para lograr objetivos terapéuticos BIEN definidos. El alivio del dolor constituye uno de los objetivos fundamentales de estos tratamientos así como mantener las funciones básicas y la autonomía de los pacientes.

El tratamiento paliativo idealmente debe implementarse en forma precoz en el curso de la enfermedad y no en etapas demasiado avanzadas y mantenerse hasta la muerte del paciente. Esta asistencia en todo el proceso es un continuo a cargo del equipo de salud especializado.

Definiciones – Generalidades.

Un enfermo al final de la vida es toda persona que ha sido diagnosticada con certeza de un padecimiento avanzado, incurable, progresivo, que no responde a tratamientos específicos y que tiene una expectativa de vida reducida, por lo general, menor a los 6 meses. Su tratamiento pasa a ser de tipo paliativo.

- La OMS define los cuidados paliativos :

«Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales»

La misma OMS ha incluido otros principios en esta definición:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.

- Integran los aspectos espirituales y psicológicos.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad y en el duelo.

- Planificación Terapéutica.
El plan terapéutico estará determinado por: tipo de enfermedad, comorbilidades, PS, síntomas presentes al momento de la evaluación, expectativa de vida, emergencias que puedan surgir y también las preferencias del paciente y su familia.

- “oportuno” > Inicio de las intervenciones al momento del diagnóstico de una enfermedad con riesgo vital o una enfermedad incurable.

- “efectivo” > Tratamiento de los síntomas específicos y conseguir el máximo alivio de ellos.

- “individualizado” > centrado en cada paciente

- “aliviar el sufrimiento” > prevenir sufrimiento físico, psicológico y espiritual que significa la enfermedad y sus tratamientos.

- “multidisciplinario” > Los pacientes deben tener una evaluación por diferentes especialistas (médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, nutricionista, inclusive otros profesionales que no son del área de la salud) según las necesidades.

- “Integrar” a los estamentos que participan en la atención del paciente: servicio de emergencia, unidades de hospitalización, enfermería, atención ambulatoria, hospitalización domiciliaria, para asegurar la coordinación y continuidad en los cuidados paliativos.

- “Anticiparse” a las crisis o emergencias y evitar traslados innecesarios del paciente.

- Performance Status (PS)
El PS se refiere al nivel de actividades que un paciente es capaz de realizar. Traduce la magnitud en que el cáncer ha afectado las actividades del paciente. Es una variable independiente del tiempo de evolución de la enfermedad, el tipo de cáncer o la cantidad de sitios anatómicos involucrados.

Uso de PS para definir el tratamiento:

El PS es un parámetro utilizado para determinar cuando un tratamiento tendrá los beneficios esperados y cuando puede ser perjudicial por lo tanto, es fundamental para decidir si un paciente debe recibir tratamiento oncológico específico o no.

También es un predictor de la respuesta al tratamiento oncológico.

Los pacientes con PS > o igual a 2 , o Karnofsky < 70 no se incluyen en los estudios clínicos para tratamiento de cáncer por lo que no se sugiere tratarlos dado el alto riesgo de morbilidad, sin obtener los beneficios que se esperan de la terapia.

- Escalas de medición

1. Karnofsky score

La escala de Karnofsky utiliza porcentajes en que 100 es "perfecta salud" y 0 es muerto.

- 100% normal, sin signos de enfermedad.
- 90% realiza actividades normales, mínimos síntomas o signos de enfermedad.
- 80% realiza actividades normales con algunas dificultades; algunos síntomas o signos de enfermedad.
- 70% capaz de realizar cuidados personales, no realiza actividades normales o trabajo.
- 60% requiere algo de ayuda, no puede realizar cuidados personales.
- 50% requiere ayuda frecuentemente, requiere cuidados médicos frecuentes.
- 40% discapacitado, requiere cuidados especiales y ayuda.
- 30% severamente discapacitado, requiere hospitalización pero no está en riesgo de morir.
- 20% gravemente enfermo, requiere hospitalización urgente, requiere medidas de soporte.
- 10% moribundo, proceso rápidamente progresivo.
- 0% muerto.

2. ECOG / WHO / Zubrod score:

La escala ECOG también llamada WHO o escala de Zubrod, va desde 0 a 5 en que 0 corresponde a "perfecta salud" y 5 a muerto.

- 0- **Asintomático** (completamente activo, capaz de realizar todas las actividades de antes de enfermar)
- 1 - Sintomático, pero completamente ambulatorio (Restricción en actividad física exigente, pero ambulatorio, capaz de trabajar)
- 2 - **Sintomático, <50% del día en cama** (Ambulatorio, cuida de sí mismo, pero imposibilitado de trabajar)
- 3 - Sintomático, >50% del día en cama, pero no postrado. (Limitado en los cuidados de sí mismo)
- 4 - Postrado (Completamente discapacitado. No puede cuidar de sí mismo. Totalmente confinado a la cama o una silla)
- 5 - Muerto

Dolor

El dolor está presente en al menos el 75% de los pacientes con procesos oncológicos avanzados y se manifiesta en algún momento de la enfermedad en el 85%. En la mayoría de los casos la causa fundamental es el crecimiento tumoral siendo el hueso la localización más frecuente.

Se pueden distinguir cuatro tipos de dolor oncológico:

1. Dolor Somático: Se produce por activación de nociceptores somáticos superficiales o profundos. Es el tipo más frecuente. Dolor bien localizado, constante.
2. Dolor Visceral: Se produce por activación de nociceptores viscerales. Dolor mal localizado, constante y sordo. A menudo referido a zonas alejadas de la lesión. Muchas veces se acompaña de náuseas y vómitos.
3. Dolor Neuropático: Se produce por lesión directa a nivel del sistema nervioso. Dolor severo, urente y/o paroxístico. Puede acompañarse de déficits sensitivos, motores y autónomos.
4. Dolor Simpático: Puede asociarse a cualquiera de los tres tipos de dolor. Dolor severo, constante y quemante. Se acompaña de disestesia, alodinia, hiperpatía y cambios vasomotores y tróficos.

El dolor por cáncer a menudo es experimentado como varios tipos diferentes de dolor.

- Enfrentamiento del paciente con dolor
 1. Pesquisa del síntoma
 2. Aproximación al dolor (determinar carácter del dolor y todas las características semiológicas correspondientes)
 3. Determinar intensidad del dolor.
 4. Deterioro funcional secundario.
 5. Tratamiento
 6. Evaluación de la respuesta a las intervenciones terapéuticas
 7. Síndromes dolorosos específicos

Valoración de la intensidad del dolor.



Escalas de valoración del dolor.

1. Escala Numérica

El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos (0 a 10) (categoría discreta).

Preguntar al paciente: ¿qué número describe mejor el mayor dolor que ha tenido en las últimas 24 horas?, desde cero (ausencia de dolor) a 10 (el peor dolor que pueda imaginar).

“encierre en un círculo el número que describe mejor el mayor dolor que ha tenido en las últimas 24 horas”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Escala Verbal (descriptiva):

Utiliza palabras como “leve”, “moderado”, “severo” que ayudan a describir la intensidad del disconfort.

“elegir la categoría que más se ajuste a la intensidad actual del dolor”.

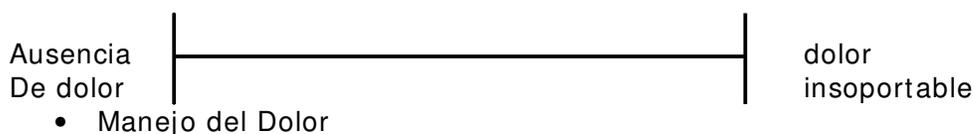
Ausencia de dolor	Dolor leve moderado	Dolor intenso
----------------------	------------------------	------------------

3. Escala Visual , Analógica (EVA)

Es el método de medición empleado con más frecuencia en muchos centros. Consiste en una línea de 10 cm. que representa el espectro continuo de la experiencia dolorosa. La línea puede ser vertical u horizontal y termina en ángulo recto en sus extremos. Sólo en los extremos aparecen descripciones, “no dolor” y “el peor dolor imaginable o dolor insoportable”, sin ninguna otra descripción a lo largo de la línea (categoría continua).

Su principal ventaja radica en el hecho de que no contiene números o palabras descriptivas. Al paciente no se le pide que describa su dolor con palabras específicas, sino que es libre de indicar sobre una línea continua la intensidad de su sensación dolorosa en relación con los dos extremos de la misma.

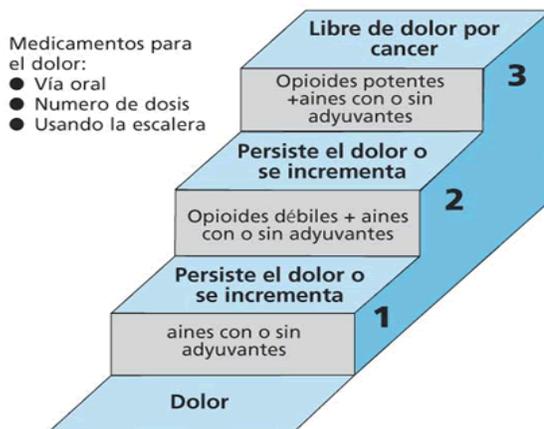
La EVA es un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible, y es útil para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones. “marcar con una X el lugar que corresponda a lo largo de la línea”



¿Qué es la escalera analgésica de la OMS?

Es un instrumento que facilita el empleo de los grupos de analgésicos según la intensidad del dolor para garantizar así que consigan su control adecuado hasta el 75-90% de los enfermos.

Grafico 1: OMS Escalera Analgésica



Fuente: www.who.int/cancer/palliative/painladder/en

- Forma de utilizar la escala:
- prescribir un fármaco no opioide. Ajustar la dosis, si es necesario hasta el máximo recomendado. Estos fármacos tienen un efecto techo y un aumento de dosis por encima de este nivel no consigue más analgesia pero sí empeorar los efectos secundarios.
- Si ese tratamiento no es eficaz o deja de serlo, se prescribirá un medicamento opioide débil además del no opioide.
- Si un opioide para el dolor de leve a moderado no es eficaz o deja de serlo, se lo reemplazará por un opioide más potente. Si el dolor persiste, se puede recurrir a opioides por otras vías y técnicas más complejas.

En los cuatro escalones se puede utilizar un antiinflamatorio y un coadyuvante,

Si el paciente no tiene alivio, no se considera adecuado ni ético que sufra durante días mientras recorre los escalones hasta llegar al fármaco adecuado. En estos casos es necesario aliviar el dolor cuanto antes y se administrará la primera dosis por la vía que produzca analgesia más rápida, generalmente la IV o SC.

¿Cuándo se considerará controlado un dolor?

Si existen:

- ✓ Una EVA de menos de 3
- ✓ Una escala descriptiva simple del dolor menor a 3

- ✓ Un número de crisis menor a 3 al día y cuando este alivio haya influido favorablemente sobre el sueño / reposo y movilización.
- ✓ Una respuesta completa representará una ausencia de dolor y de crisis y permitirá pensar en una posible reducción de la dosis. La respuesta parcial llevará a un aumento gradual de la dosis en un 10-50% y la adición de coadyuvante

- Analgesia: Escalones de tratamiento.
- Analgésicos periféricos: Primer escalón.
- Aspirina:
Es muy efectiva en dolores óseos.
Su vida media es 3 - 6 horas.
Dosis máxima: 500 - 1000 mg cada 4 horas.
- Paracetamol:
Su vida media es de 3 a 4 horas.
Dosis máxima: 1000 mg cada 4 horas.
- AINES
grupo numeroso de fármacos, con diferencias en farmacocinética pero perfiles analgésicos similares.
- Analgésicos centrales opioides débiles: Segundo escalón
- Codeína:
Dosis máxima: 60 mg cada 4 horas.
Efectos secundarios: estreñimiento, náuseas, vómitos, mareos.
- Analgésicos centrales opioides centrales : Tercer escalón
- Morfina
morfina oral de liberación controlada c/12 horas es el soporte principal del control del dolor crónico por cáncer

Vida media: **4 HORAS**

- Esquema de dosificación / administración:
 - Oral > paciente que esté tomando codeína a dosis máxima (60 mg cada 4 horas), o dihidrocodeína a dosis máxima (180 mg cada 12 horas), y no tiene el dolor aliviado, se comenzará con 30 mg cada 12 horas. Si a las 24-48 horas, la analgesia es insuficiente, se aumentará la dosis en un 50%. Los comprimidos se deben tragar enteros.

La morfina no tiene techo terapéutico - no existe dosis máxima.
 - Transdérmica > Útil para fármacos lipofílicos como el fentanilo. Fácil aplicación y efectividad y reducidos efectos secundarios. No es una vía de rápida absorción ni acción.
 - Rectal > alternativa para tratamiento del dolor no agudo.
 - Intramuscular > No se recomienda por dolorosa. Se utiliza ocasionalmente cuando se pretende una acción muy sostenida en el tiempo y no se puede usar la vía oral. Contraindicada en pacientes con coagulopatías.
 - Subcutánea > alternativa en casos de oclusión intestinal, intolerancia oral o agonía. Debe administrarse cada 4 horas o en perfusión continua, en dosis equivalentes al 50% de la oral. El efecto analgésico comienza a los 10-15 minutos de su administración y dura 3- 4 horas. Útil en tratamientos a largo plazo frente a la vía endovenosa que requiere mayor frecuencia de administración. Equivalencia 2:1 con la vía oral.
 - **Intravenosa:** El efecto comienza en 5 minutos y dura 2-3 horas. Su mayor utilidad es para las urgencias. Equivalencia 3:1 con la vía oral. Se prefiere esta vía sobre la subcutánea en pacientes con edemas, mala perfusión periférica, trastornos circulatorios e intolerancia local al acceso subcutáneo.

En pacientes con analgésicos opioides crónicos es importante recordar que sólo un aumento de la dosis de un 30-50 %, es capaz de mejorar de forma notable la analgesia.

- Efectos secundarios de los morfínicos:
 - Estreñimiento. Hay que tratarlo profilácticamente con laxantes. Se recomiendan los de tipo osmótico.
 - Vómitos: sospecha origen central usar haloperidol; sospecha gastroparesia usar metoclopramida.
 - La sedación es común en los primeros días.

- La depresión respiratoria es poco común. Si es significativa, se revierte con naloxona.
- La tolerancia se presenta habitualmente.
- La adicción no es común, pese a lo cual, hay que disminuir escalonadamente las dosis cuando remita el dolor.
- Otros: sequedad de boca, sudoración, prurito, mioclonias y delirio.

Coanalgésicos

Son medicamentos que se pueden utilizar con los analgésicos de todos los escalones y alguno de ellos constituyen el tratamiento de elección en ciertos tipos de dolor (Corticoides, Antidepresivos, anticonvulsivantes, fenotiazinas)

Invasión ósea o de tejidos blandos	AINES
Compresión neurológica	Corticoides
Espasmo muscular	Diazepam, Masaje, Calor
Espasmo digestivo	escopolamina
Dolor neuropático	Antidepresivos, anticonvulsivantes, anestésicos locales

Corticoides en Cuidados Paliativos

- Usos como analgésicos:
 - aumento de la presión intracraneal
 - compresión nerviosa
 - compresión medular
 - grandes masas tumorales.
- Radioterapia paliativa en pacientes con enfermedad avanzada

Objetivos :

- ✓ alivio sintomático rápido y duradero y producir el menor discomfort e interferencia en el estilo de vida del paciente.
- ✓ La principal indicación de la radioterapia son las metástasis óseas, se alcanzan respuestas del dolor hasta en un 80-90% de los casos y son completas hasta en el 35%.

Es importante:

- Definir los síntomas atribuibles a una localización tumoral concreta que sea susceptible de irradiar.
- Diseñar esquemas realizables en pocos días y con dosis totales escasamente tóxicas.

- Que el estado general del paciente no lo contraindique por una evolución rápida e incontrolable.
- Una correcta comunicación al paciente el verdadero objetivo del tratamiento.

Síntomas

- ✓ Dolor: se consigue remisión del dolor en 75% de los pacientes con metástasis óseas sintomáticas, en 50% se consigue alivio completo.
 - ✓ Neurológicos: Los tumores sólidos desarrollan metástasis en SNC en un 25%. La radioterapia holocraneal consigue mejoría de los síntomas neurológicos entre el 70-80% con supervivencia media de 4-5 meses con una toxicidad mínima.
 - ✓ Respiratorios: Disnea, tos, hemoptisis, SVCS. El mayor beneficio se tiene en el SVCS .
 - ✓ Síndrome de compresión medular: Un 5% de los pacientes con cáncer avanzado presentan este síndrome. Debe tratarse de forma inmediata para procurar la recuperación funcional, y hay una escasa toxicidad neurológica.
- Otros Síntomas Frecuentes.

Al planificar el tratamiento para aliviar un determinado síntoma, hay algunas consideraciones importantes:

- Síntomas que requieren tratamiento oncológico específico: Radioterapia / quimioterapia.
- Performance status
- Tiempo estimado de sobrevida: días-semanas, semanas-meses, meses-años.

Después de realizar una intervención es necesario evaluar al paciente y el efecto positivo que ha tenido la terapia, realizar las modificaciones necesarias hasta que se logre el objetivo propuesto. Después de eso, se mantiene la observación y reevaluación permanente dado lo dinámicos que son los procesos.

- Anorexia / caquexia.

La pérdida de apetito y baja de peso son frecuentes en pacientes con enfermedades avanzadas. Puede ser secundario al cáncer o por compromiso tumoral del sistema digestivo.

- Evaluar la severidad de la baja de peso
- tratar las causas reversibles de anorexia:
 - Saciedad precoz
 - Interfieren con ingesta: mucositis, náuseas, vómitos, dolor, fatiga, mucositis, depresión, fármacos

- Considerar alteraciones endocrinológicas, ej.: hipotiroidismo, alteraciones metabólicas.
- Evaluar uso de estimulantes del apetito.
- Apoyo con hidratación iv.
- Considerar el uso de SNG o apoyo enteral según el contexto clínico.

- Nauseas / vómitos

Efecto adverso de los tratamientos oncológicos.

- causas: quimioterapia, radioterapia. Obstrucción intestinal. Metástasis de SNC. Alteraciones metabólicas, ingesta de fármacos.
- Inespecíficas.

Tratamiento:

- Depende la causa. Medidas generales:
 - Ajustes en la dieta según sea necesario, mantener hidratación. Utilizar vía rectal, sc o iv para administrar fármacos especialmente antieméticos.
- Utilizar antagonistas de los receptores de dopamina (metoclopramida) (Si está indicado, bloqueadores de la bomba de protones).
- Antagonistas 5-HT₃ : ondansetrón
- En caso de nauseas persistentes asociar estos fármacos. Considerar las benzodiazepinas y los opioides.
- En caso de nauseas persistentes puede utilizarse la infusión continua de fármacos.

- Constipación

Es importante prevenir la constipación.

- Laxantes en dosis suficiente para lograr 1 deposición al día o cada dos días.
- Aumentar la ingesta de fibra
- Aumentar la ingesta de fluidos
- Enemas evacuantes

Disnea

Es un síntoma frecuente, muy angustiante y difícil de aliviar.

- Tratamiento de la causa subyacente y de las comorbilidades:
 - Toracocentesis, pelurodesis
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
 - Terapia endoscópica (fibrobroncoscopía)
 - Broncodilatadores, diuréticos, corticoides, antibióticos, transfusiones.
- Alivio de los síntomas:

- Aporte de oxígeno
- VM no invasiva, transitoria, en caso de situaciones reversibles
- Benzodiazepinas en caso de ansiedad
- Opioides: tos, disnea
- Tratamiento no farmacológico:
 - Técnicas de relajación, ambientes fríos, comodidad física, apoyo emocional.

En pacientes graves, con expectativa de vida de semanas o días las intervenciones se basan en el uso de benzodiazepinas, opioides para alivio de la tos y la disnea, oxígeno, disminuir el exceso de secreciones, kinesiterapia y medidas de confort físico.

Bibliografía

1. De Vita V . Cancer Principles and Practice of Oncology. 7th edition. 2005.
2. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. www.secpal.com.
3. National Comprehensive Cancer Network. Palliative care guidelines. Pain guidelines. 2009. www.nccn.org.
4. National Cancer Institute. www.cancer.gov
5. Abeloff M. Oncología Clínica. 3^a edición. 2005.
6. World Health Organization. En www.who.org.
7. M. S. Serrano - Atero, J. Caballero, A. Cañas, P. L. García-Saura, C. Serrano - Álvarez y J. Prieto. Valoración del dolor (I). Rev. Soc. Esp. Dolor 9: 94-108, 2002.

CASO CLÍNICO CUIDADOS PALIATIVOS

1. Paciente mujer de 41 años, con cáncer de mama metastásico (lesiones óseas, hepáticas y pulmonares), PS 4, que está en su domicilio (porque así lo ha decidido ella y su marido)
La paciente presenta problemas físicos, que la mantienen en cama e impiden ser autónoma.
Los cuidadores principales son su marido y su madre, que presentan problemas de ansiedad y afrontamiento por la situación que están

viviendo. La madre además presentó conflicto de decisiones como era el ingreso hospitalario.

La paciente estaba en tratamiento con morfina 2mg vía sc c/4 horas, por intenso dolor lumbar. Se logra buen control del dolor con esa dosis. Evoluciona con compromiso de conciencia progresivo, imposibilidad de alimentarse e incluso ingerir líquidos.

¿Cuál es su enfrentamiento en relación al compromiso de conciencia?

Análisis

La atención del caso requirió de un equipo multidisciplinario y bien coordinado para prestar apoyo y guía a la paciente y su familia. Esta metodología permitió abordar los cuidados integrales en el domicilio y conseguir los objetivos consensuados con la familia, pudiéndose cumplir el deseo de que la paciente muriera en su cama, rodeada de los suyos.

Mantener los analgésicos en las dosis que han logrado controlar el dolor. No usar la vía oral.

Aporte de suero para mantener la hidratación.

2. Paciente hombre 73 años, fumador, EPOC. Recientemente se diagnostica cáncer pulmonar en etapa IV. Su PS era 2. Recibió quimioterapia completando 4 ciclos, buena tolerancia. Posterior a ello evoluciona con dolor dorsal permanente, EVA 7. Se realizó estudio de columna con cintigrama óseo y RNM que demostraron lesiones metastásicas en T10 – T11, sin riesgo de compresión medular. No tiene déficit neurológico.

Análisis

¿Qué sugiere como tratamiento de las lesiones óseas?

Radioterapia paliativa.

Inicio analgésicos primer escalón de OMS y rápido paso a opioides débiles si no se consigue alivio. Considerar corticoides como coadyuvantes.

Evaluación por traumatólogo para descartar indicación quirúrgica en caso que el paciente tenga al menos 3 meses como expectativa de vida.

¿Cómo puede impactar en la calidad de vida del paciente el diagnóstico tardío de éstas lesiones?

Compresión medular, paraparesia. Si no se realiza diagnóstico y evaluación oportuna el daño neurológico es irreversible con la consiguiente postración, pérdida de autonomía y limitación del paciente.

Importante impacto psicológico. Gran demanda de cuidados y sobrecarga para la familia.

Complicaciones habituales de la postración.