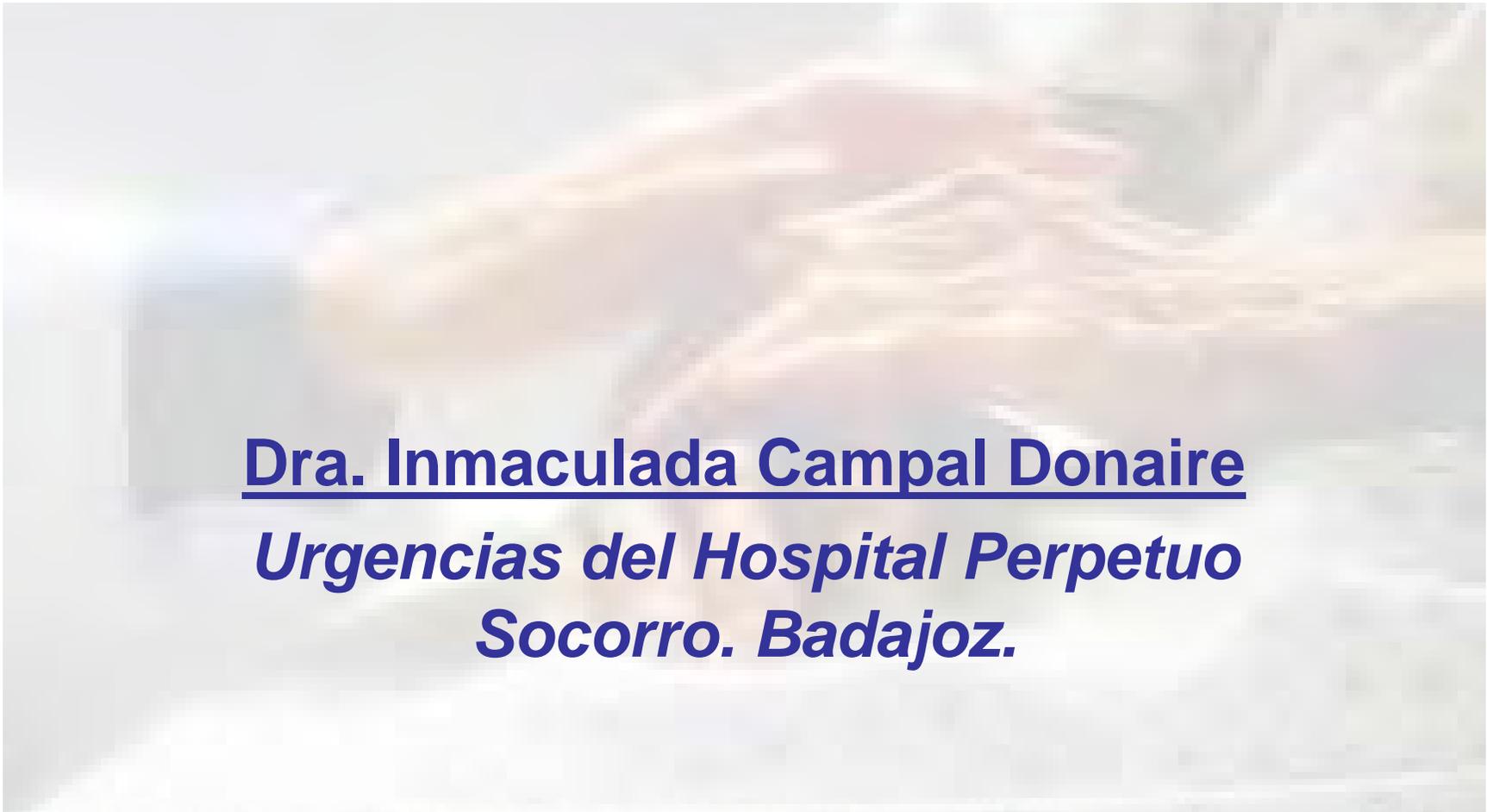


# PACIENTE CON ENFERMEDAD AVANZADA EN URGENCIAS



**Dra. Inmaculada Campal Donaire**  
***Urgencias del Hospital Perpetuo  
Socorro. Badajoz.***

# **ENFERMEDAD AVANZADA o** **TERMINAL**

- Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida paulatina de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.**

# ENFERMEDAD AVANZADA EN URGENCIAS

- Control de síntomas (SECPAL): “Atribuir los síntomas sólo al hecho de tener cáncer es un error muy común”.
- Objetivo terapéutico: El paciente y su Familia.
- Apoyo emocional.

# **OBJETIVO EN URGENCIAS**

**Máximo nivel de confort** conjugando nuestra experiencia con la del ESCP (Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos).

**Control de síntomas** basándonos en el tratamiento ya previamente pautado.

# SÍNTOMAS MÁS PREVALENTES

NUESTRO OBJETIVO EN URGENCIAS ES  
EL MANEJO DE “LAS TRES D”:

- DOLOR
- DISNEA
- DELIRIUM

DEL PACIENTE TERMINAL O CON  
ENFERMEDAD AVANZADA.

# CONTROL DE SÍNTOMAS

- Evaluar antes de tratar.
- Explicar las causas.
- Una estrategia terapéutica específica para cada síntoma.
- Tratamiento individualizado.
- ¡Atención a los detalles!: comunicación no verbal, escucha activa...
- Revisión de todos los fármacos.

# EL DOLOR

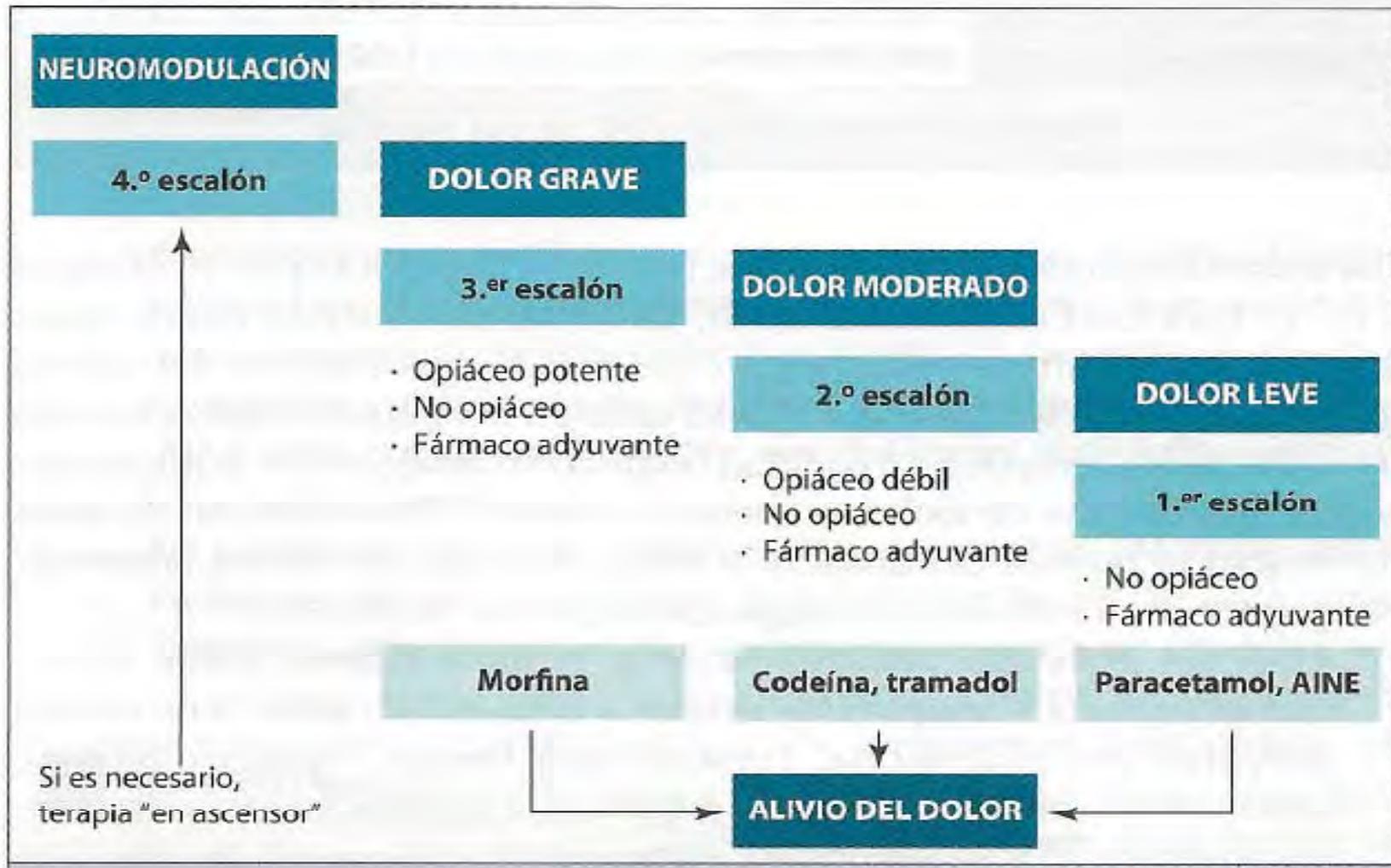
- “Cuando un paciente dice que le duele es que le duele”.
- La potencia del analgésico la determinará **la intensidad** del dolor y nunca la supervivencia prevista.
- Podemos mezclar analgésicos no opioides con analgésicos opioides, pero **nunca opioides débiles con opioides potentes.**

# EL DOLOR

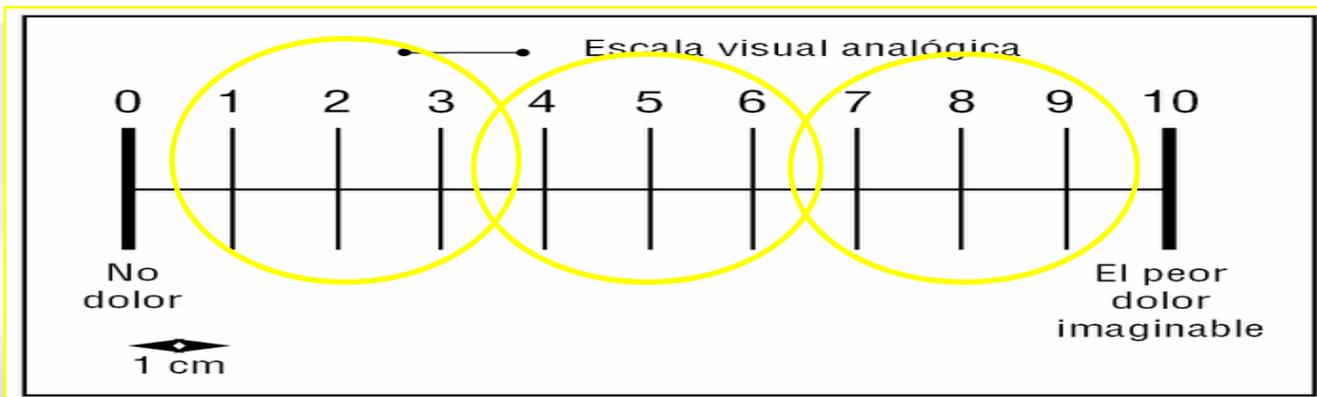
## Recomendaciones de la OMS:

- 1º ESCALON: *Dolor leve*  
**NO OPIOIDES +/- COADYUVANTES.**
- 2º ESCALON: *Dolor moderado*  
**OPIOIDES MENORES +/- NO OPIOIDES +/- COADYUVANTES.**
- 3º ESCALON: *Dolor severo*  
**OPIOIDES MAYORES +/- NO OPIOIDES +/- COADYUVANTES.**
- 4º ESCALON: *Reservado a profesionales de las unidades del dolor.*

# Escalera Analgésica de la OMS



# ¿ Cómo evaluamos el dolor en la práctica clínica?



1. Please use the scale below to tell us how intense your pain is. Place an "X" through the number that best describes the intensity of your pain.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 No Pain the most intense pain sensation imaginable

2. Please use the scale below to tell us how sharp your pain feels. Words used to describe "sharp" feelings include "like a knife," "like a spike," "jabbing" or "like jolts."

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 No Sharp the sharpest sensation imaginable (like a knife)

3. Please use the scale below to tell us how hot your pain feels. Words used to describe very hot pain include "burning" and "on fire."

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 No Hot the hottest sensation imaginable

4. Please use the scale below to tell us how itchy your pain feels. Words used to describe itchy pain include "like poison oak" and "like a mosquito bite."

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 No Itchy the itchiest sensation imaginable

5. Which of the following best describes the time quality of your pain? Please check only one answer.

I feel a background pain all of the time and occasional flare-ups (break-through pain) some of the time.  
 Describe the background pain: \_\_\_\_\_  
 Describe the flare-up (break-through) pain: \_\_\_\_\_

I feel a single type of pain all the time. Describe this pain: \_\_\_\_\_

I feel a single type of pain only sometimes. Other times, I am pain-free.  
 Describe this occasional pain: \_\_\_\_\_

Source: Reference 22

**ESCALA M-PAC:**

- Intensidad
- Intensidad del alivio
- Estado de ánimo
- Definición cualitativa de la intensidad del dolor

# ANALGÉSICOS

- **Analgésicos no opioides:** A.A.S, PARACETAMOL, METAMIZOL y AINES.
- **Analgésicos opioides débiles:** CODEINA Y TRAMADOL.
- **Analgésicos opioides potentes:** MORFINA, METADONA, FENTANILO, OXICODONA, HIDROMORFONA Y BUPRENORFINA.

- Analgesia de Segundo Escalón:  
Opioides Débiles.

- Analgesia de Tercer Escalón:  
Opioides Potentes.

# Principios del Tratamiento Analgésico

- Uso de fármacos con **eficacia demostrada**. Nunca utilizar placebo. Considerar respuesta a tratamientos previos
- Siempre que sea posible usar **la vía oral**.
- Administrar los analgésicos con **pauta** fija.
- Siempre:
  - Indicar dosis de **rescate**.
  - **Prevenir efectos secundarios**.
  - Asociar **coadyuvantes**.

# OPIOIDES MENORES

- CODEINA: opioide menor.
  - 30-60 mg/4 ó 6h.
- TRAMADOL: opioide menor + inhibidor de la recaptación de serotonina (doble mecanismo de acción analgésica).
  - 50-100 mg/8 - 6 horas.
  - Asociado a primperan.

# OPIOIDES MAYORES

- MORFINA
- FENTANILO
- METADONA
- OXICODONA
- HIDROMORFONA
- BUPRENORFINA

No existe opioide mayor más eficaz que otro...  
pero sí existen criterios.

# MORFINA

- Usado para el dolor (especialmente en dolor reagudizado en pac. inestable), la disnea y la tos.
- Agonista puro.
- **Opioide mayor de elección** según la OMS:
  - por ser el de mayor experiencia de uso.
  - el de menor coste
  - el mejor conocido en su perfil de efectos adversos
  - el de mayor número de presentaciones y vías de uso.

# MORFINA : Presentaciones

- Comprimidos de Sulfato de morfina, MFN de liberación rápida: Sevredol® 10 y 20 mg.
- Solución oral de Morfina MFN de liberación rápida: Oramorph® a concentración de 2mg/ml.
- Comprimidos de MFN de liberación retardada: MST Continus® 5, 10, 15, 30, 60, 100 y 200 mg.
- Ampollas de Cloruro mórfico al 1% y 2%.

# MORFINA

- Dosis inicial: 15-30 mg/ día.
- Prescribir siempre dosis extras (DE): 1/6-1/10 DTD (2,5-5 mg dosis).
- Siempre asociada a laxantes: ¡Estreñimiento!
- Consultar en caso de I. Renal.
- Neurotoxicidad Inducida por Opioides (NIO): se manifiesta por uno o varios de los siguientes signos o síntomas:
  - somnolencia, alteraciones cognitivas, mioclonias, alucinaciones, hiperalgesia, alodinia y/o delirium.

# ¿Cómo iniciamos tratamiento con morfina?

Dosis en paciente  
“Naive” (sin  
tratamiento opioide  
previo)

Tratamiento basal:  
(Morfina de liberación  
lenta)vo.

15-30mg/12h.

“RESCATES”  
(Morfina de  
liberación rápida  
vo)

5mg/4h.

Via sc (1:2):

2,5 mg/4h.

Via iv (1:3):

- 2 mg/4h ó
- 1 ampolla de Cloruro Mórfico al 1% (10 mg) en 250 ml de SF a pasar a 10-11 ml /h (esto cubriría aproximadamente las 24 horas del día).

- Via oral: Inicio: 20min, Pico máx: 1h, Prolongación efectos: 3-4h.
- Via I.V., S.C.: Inicio: 5 min !!rápido!!; Pico máx: 20 min.

# ¿Cómo ajustamos tratamiento si el paciente ya está con opioides?

En caso de estar en tratamiento con morfina:

subir un 25-50% de la DTD e indicar dosis extras (1/6-1/10 de la DTD) si fuera preciso, cada 4 horas.

En caso de estar con opioide diferente a morfina:

Utilizaremos la morfina para las crisis (sean de dolor o de disnea).

# FENTANILO

Utilizado vía transdérmica para el control del **dolor basal**: Parches de 12, 25, 50, 75 y 100 mg, que se cambian cada 72 horas.

- **No debe usarse para el dolor agudo o inestable.**
- Especialmente indicado en el **dolor moderado-severo estable**, predominantemente nociceptivo y con historia de estreñimiento o riesgo de oclusión intestinal.
- ¡ojo! Paciente con fiebre alta retiraremos el parche para evitar sobredosificación (en pacientes con dosis elevadas). Bajaremos la fiebre y lo reintroducimos (se absorbe más rápidamente).

# FENTANILO

- Existen varias formulaciones de Fentanilo específicas para el control del **dolor** **episódico**:
  - Citrato de Fentanilo Oral **Transmucoso** – CFOT- (Actiq®).
  - Comprimidos de Fentanilo **sublinguales** (Abstral®).
  - Comprimidos **bucales** de Fentanilo, a través de mucosa geniana (Effentora®), que actúan muy rápidamente.

# BUPRENORFINA

- Opioide agonista parcial.
- Efecto techo.
- Muy recomendable en caso de insuficiencia renal y/o ancianos (su farmacocinética no cambia en la Insuficiencia Renal).
- Parches transdérmicos matriciales (Transtec 35, 52,5 y 70 ug/h)

# OXICODONA

- Agonista puro sobre receptores opioides. Perfil similar a morfina.
- En estudios observacionales parece demostrar buen perfil en el dolor neuropático.
- Presentaciones:
  - oxicodona oral de liberación retardada (Oxycontin®).
  - de liberación rápida (Oxynorm®).
  - oxicodona en ampollas para su uso vía parenteral subcutánea-intravenosa (Oxynorm® ampollas).
  - Oxicodona+naloxona (Targin®). Añade la ventaja de menores efectos adversos GI.

# HIDROMORFONA

- Su perfil es similar al de Morfina.
- Actualmente en España, se comercializa en forma de liberación controlada, de administración única diaria, lo cual facilita su cumplimentación (Jurnista®).

# METADONA

- Agonista puro.
- Especialmente indicado en ROP por NIO, en dolor neuropático y en IR.
- Alta variabilidad interindividual en cuanto a vida media plasmática del fármaco y dosis equianalgésicas con otros opioides. Reservorio extravascular. Todo ello lo convierte en un fármaco opioide de uso restringido a profesionales con dilatada experiencia en su utilización.

# ¿QUÉ OPIOIDE ES EL MÁS ADECUADO?:

1. TIPO DE DOLOR:
  - Noc. Visceral -Con/sin adyuvancia
1. PRESENTACIÓN DEL DOLOR.
  - Somático
  - Neuropático -Tipo de opioide
2. **INTENSIDAD DEL DOLOR.**
3. **CARACTERÍSTICAS/ PERFIL DEL PACIENTE.**

# TIPO según neurofisiología:

- **Nociceptivo**: Estimulación de nociceptores periféricos o profundos. Transmitidos por las vías específicas del dolor.
  - **Somático**: Se produce en todos los órganos.
    - **Continuo y bien localizado**.  
Piel, músculo-ligamentoso, hueso.
  - **Visceral**: Se produce en órganos profundos.
    - **Sordo y mal localizado**  
VÍSCERAS macizas (hígado o páncreas) o huecas (vesícula o intestino)
- **Neuropático**: Disfunción del S.N.C. o S.N.Periférico. Los más rebeldes al tratamiento. ¡Gran complejidad terapéutica!.
  - **Quemante lancinante y paroxístico**

# PRESENTACIÓN DEL DOLOR

- **Dolor Basal**
  - “no controlado”:
    - > 3 rescates/día.
    - > 3/10 EVA.
- **Dolor Episódico o Irruptivo:**
  - Incidental o dependiente de un estímulo.
  - Espontáneo.

# Dolor Basal



# Dolor Irruptivo



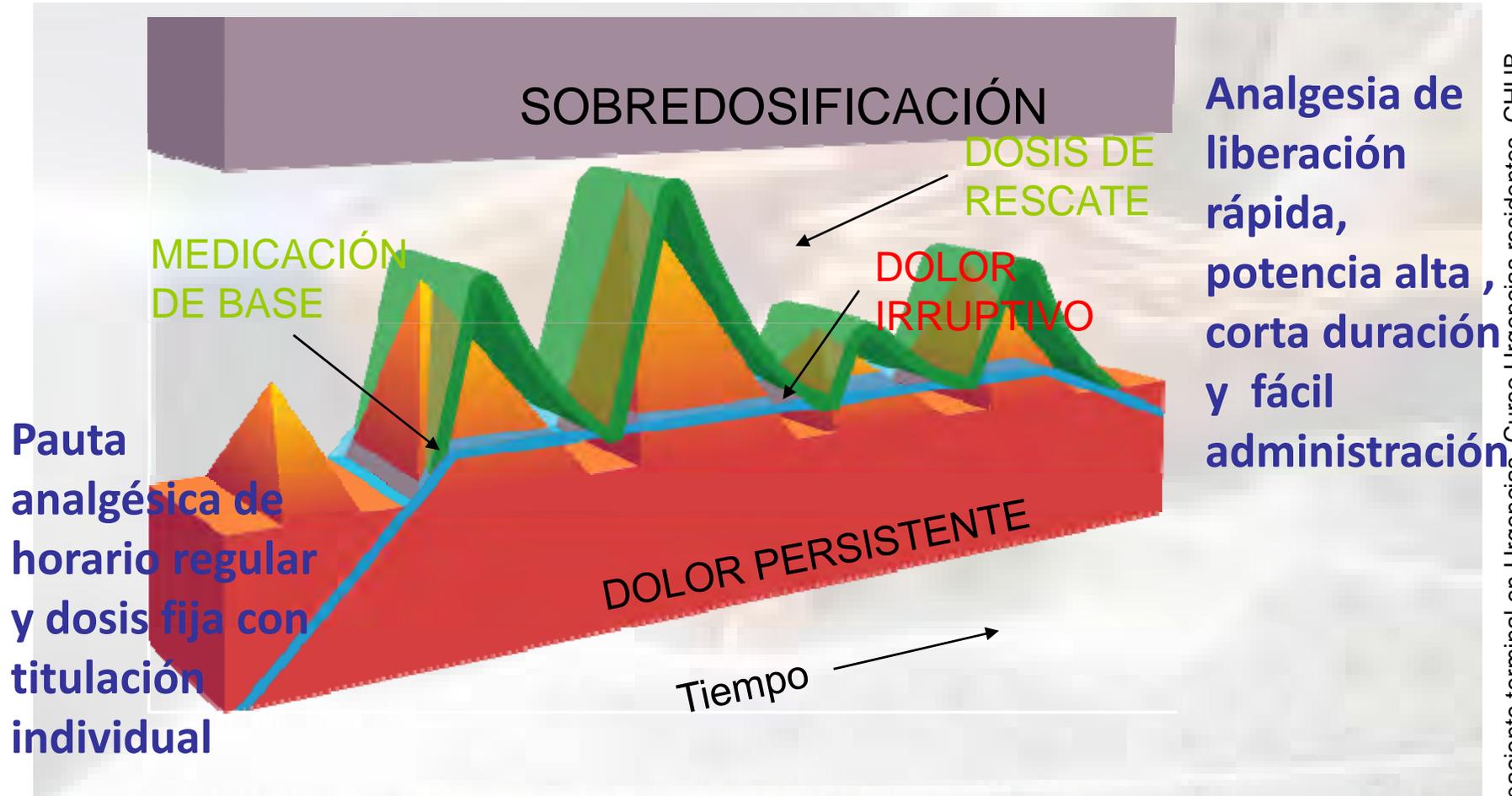
09/06/16

31

# Dolor irruptivo ¡limita física y anímicamente al paciente!

- PREVENCIÓN:
  - Con una buena titulación de dosis.
- ANTICIPACION:
  - Dejando prescrita la medicación “de rescate”
- Selección del FÁRMACO ADECUADO-  
individualizado para cada paciente: que se  
adapte íntimamente al perfil temporal de su dolor  
irruptivo.

# Dolor Basal y Dolor Irruptivo



# FARMACOS COADYUVANTES

- **CORTICOIDES:**

- DEXAMETASONA: Es el más utilizado por su potencia, su menor actividad mineralcorticoide (menor retención hidrosalina). Es el único que puede utilizarse por vía s.c.

- Dosis estimulantes del apetito: 2-4 mg/día.
    - Dosis analgésicas (dosis media estándar): 8 mg/día.
    - Dosis antiedematosas cerebrales: 12-36 mg/día.

- 6-METILPREDNISOLONA

- DEFLAZACORT

- **ANTIDEPRESIVOS:** Utilizados en el dolor neuropático.

- Amitriptilina (Triptizol), Venlafaxina (Vandral) y Duloxetina (Cymbalta).

- **ANTICONVULSIVANTES:**

- 1º GENERACION: Carbamacepina, Fenitoina, Clonacepam y Valproato.

- 2ª GENERACIÓN: Gabapentina, Pregabalina (Lyrica) y Topiramato (Topamax).

- **FENOTIACINAS:** Clorpromacina (Largactil) y Levomepromacina (Sinogan)

# Neuropatía Periférica:

## Antiepilépticos

FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS INICIAL	DOSIS MÁXIMA	CONSIDERACIONES
CARBAMACEPI NA	Tegretol Genérico  Comp. 200 y 400 mg	100 mg /día	200-800 mg/8 h	- Interacciones medicamentosas. - Determinaciones periódicas de NP. - Leucopenia - Hepatotoxicidad
GABAPENTINA	Neurontin Gabatur Oxaquin Genérico  Comp. 300, 400, 600 y 800 mg	300 mg/día	1200-2400 mg	Escasa toxicidad (mielosupresión)
CLONAZEPAN	Rivotril  Comp. 0,5 y 2 mg Amp. 1 mg/ml Gotas 2,5 mg/ml	0,25-0,5 mg/noche	1-4 mg/día	Útil en ancianos
PREGABALINA	Lyrica  Cáps. 25, 75, 150 Y 300 mg	75mg/12h	300 mg/12h	

# ¡RECUERDA!

- DOLOR NEUROPÁTICO:  
anticonvulsivantes, antidepresivos y/o corticoides
- DOLOR SOMÁTICO-ÓSEO METASTÁSICO:  
AINES o corticoides y bifosfonatos (M. Múltiple o MTS Óseas de Ca. de Próstata y Mama).
- DOLOR VISCERAL HEPÁTICO:  
Corticoides.

# ¡RECUERDA!

- Paciente con **I.R. moderada-severa** intentamos evitar morfina, oxicodona e hidromorfona. Preferibles son **fentanilo o buprenorfina**.
- Paciente con **estreñimiento severo o riesgo de suboclusión** (Carcinomatosis peritoneal o Ca. Colon no intervenido), usar preferentemente **fentanilo transdérmico u oxicodona-naloxona**.
- Paciente con **disfagia** usar preferentemente fármacos **via transdérmica** que facilitarán la adhesión terapéutica.
- En pacientes **polimedicados** puede ser una buena opción la utilización de **opioides transdérmicos o hidromorfona** (dosis única).

# Ejemplo: Paciente con morfina previa

- MST Continus 60 mg/12h.
- DTD oral: 120 mg/dia.
- 1/6-1/10 DTD: 12-20 mg oral.
- Siempre en urgencias ante un **dolor episódico severo** utilizaremos la via parenteral:
  - Sc (1/2): 6-10 mg.
  - Iv (1/3): 4-7 mg.

## Ejemplo: para el resto/otros opioides:

- Puede ser de utilidad comenzar con 1/3 amp de morfico iv (si paciente anciano, debilitado o con I.R) ó 1/2 amp. de mórfico iv para el resto.
- **EVALUAREMOS RESPUESTA A LOS 15-30 MIN. Y SI EL DOLOR CONTINUA, REPETIREMOS DOSIS.**

# DISNEA: Causas

- **Cáncer de pulmón**
- **Broncospasmo**
- **Infección**
- **Derrame pleural**
- **Anemia**
- **Linfangitis carcinomatosa**
- **Obstrucción de la vía aérea**
- **Síndrome de vena cava (obstrucción)**
- **Ascitis**
- **Tromboembolismo pulmonar (TEP)**
- **Fibrosis pulmonar postradioterapia**
- **Insuficiencia cardiaca**

# DISNEA: Tratamiento específico etiológico

**Cáncer de pulmón**

**Broncospasmo**

**Infección**

**Derrame pleural**

**Ascitis**

**Tromboembolismo pulmonar (TEP)**

**Fibrosis pulmonar postradioterapia**

**Insuficiencia cardíaca**

**Anemia**

**Radioterapia (RT)**

**Broncodilatadores**

**Corticosteroides**

**Antibioterapia**

**Toracocentesis**

**Pleurodesis**

**Paracentesis**

**Diuréticos**

**Anticoagulación**

**Oxígeno**

**Corticoides**

**Diuréticos**

**Transfusión de hematíes**

# DISNEA: Tratamiento sintomático

- **Broncodilatadores** (salbutamol + bromuro de ipratropio)
- **Oxígeno** ( $SaO_2 < 90\%$ ).
- **Cloruro Mórfico**
  - 2.5- 5 mg (0.25-0.5 ml de Cloruro M al 1%) **SC** ó 2-3 mg(0.2-0.3 ml de Cloruro M al 1%)**IV**.
  - En paciente con morfina previa, la dosis a utilizar será la de 1/10 de la DTD.
- Asociar, si crisis de disnea intensa, **Midazolam** (Dormicum®) a dosis de 5 mg SC. o IV. (mitad de dosis).

# DISNEA: Tratamiento específico etiológico

## **Obstrucción de la vía aérea**

**Corticosteroides (8-10 mg de DXM 4 veces al día durante 48 horas; si es efectivo descender dosis hasta mínima dosis eficaz)**

**Diagnóstico clínico: dificultad respiratoria y estridor inspiratorio**

## **Síndrome de vena cava (obstrucción)**

**RT**

**Corticosteroides**

**Dilatación venosa en región torácica superior y cuello e inflamación de cara, cuello y brazos.**

## **Linfangitis carcinomatosa**

**Corticosteroides**

**Diuréticos**

**Broncodilatadores**

**Puede diagnosticarse con Rx/TAC, aunque en ocasiones esta no es diagnóstica; sospechar en caso de disnea severa durante el descanso o con el esfuerzo y crepitantes finos diseminados**

# ¡Recuerda!:

- En *pacientes con OCFA moderada-severa* comenzar con dosis de 10 mg cada 12 horas si se utiliza la vía oral y con la mitad de las dosis indicadas en la tabla, en caso de utilización de la morfina por vía sc o iv.
- Si existe insuficiencia renal, utilizar un 50% de las dosis recomendadas o doblar el intervalo de dosis (pautar Sevredol® o Morfina parenteral cada 8 horas, en lugar de cada 4 horas).

# DELIRIUM O SDR. CONFUSIONAL AGUDO

- Las causas mas frecuentes:
  - **Fármacos:**  
Neurotoxicidad Inducida por Opioides (NIO), Anticolinérgicos, ADT, AINEs, Corticoides, Metoclopramida y BZD, entre otros.
  - **Alteraciones hidroelectrolíticas:**  
Hipercalcemia (la más frecuente), Hiponatremia, Hiper-Hipoglucemia.
  - **Insuficiencia Renal y/o Hepática.**
  - **Debidas al cáncer:** MTS cerebrales, efecto sistémico del tumor e infecciones (Sepsis).
  - **Hipoxia cerebral.**
  - **Infecciones** (sepsis).
  - Afectación cerebral por tumor primario y/o metástasis.
- Si existe agitación psicomotriz es importante descartar la presencia de RAO y fecalomas.

# DELIRIUM O

## SDR. CONFUSIONAL AGUDO

- Tratamiento:
  - Establecer cuál es su causa con la intención de revertir el cuadro.
    - **Infección/sepsis**: antibioterapia
    - **Alt. hidroelectrolíticas/metabólicas**: corrección de las mismas
    - Fármacos: suspender o disminuir fármacos posiblemente implicados. **Ante la mínima duda de existencia de NIO, reducir 1/3 dosis de opioide basal e hidratar**
  - Tratamiento sintomático para el control de alteraciones cognitivas y conductuales:
    - **Neurolépticos** (haloperidol de elección. DME: 2-2,5 mg cada 6 horas + rescates de la misma dosis si precisara) y
    - **Benzodiacepinas**, si agitación intensa.

# INDICACIONES DE INGRESO HOSPITALARIO

- **Claudicación** familiar.
- **Síntomas mal controlados** cuyo tratamiento sea complejo y la familia sea incapaz de administrarlo.
- **Complicaciones** que precisen de **tratamiento intrahospitalario.**

# Conclusiones

- La morfina sigue siendo el opioide de referencia y de primera elección
- Los nuevos opioides aumentan las posibilidades terapéuticas, facilitan la rotación de opioides y son de elección en situaciones concretas
- Consultar con las unidades del dolor y de cuidados paliativos