

Guía de manejo de cuidados Paliativos de Medicina Interna del Hospital Roosevelt

Dr S Galdamez, Dr M Osorio, Dra Z Guzman, Dr. F Vasquez, Dr R Villalobos, Dra. S Villagran, Dra S Torselli, Dr. I Guzman, Dr M Herrera, Dr. J Diaz C, Dr. J Eguzabal, Dr. M Diaz, Dr. C Mejia V.
Departamento de Medicina interna, Hospital Roosevelt

Resumen:

La presente Guía, preparada en consenso por el cuerpo médico del Departamento de Medicina interna, busca brindar una herramienta de consulta rápida a los médicos clínicos especialistas como residentes en formación, para un manejo integral y adecuado de los pacientes graves e incurables, y que se encuentran en el final de vida, para que tanto ellos como sus familias, con el apoyo de nosotros como clínicos, puedan brindar confort y alivio a los síntomas que más sufrimiento humano provocan, si no son atendidos y aliviados de manera oportuna. Incluye recomendaciones generales del manejo del dolor, las náuseas y los vómitos, convulsiones, etc.

Abstract:

The current guideline is a product of consensus of the Internal Medicine Department staff, at Roosevelt Hospital. It has the goal to offer a useful tool for the comprehensive clinical management of the very sick and non-curable patients at the end of life, for themselves and their families, with our support as clinicians for relief and comfort. It includes general recommendations for the adequate management of pain, vomiting, convulsions, etc.

INTRODUCCION:

En la práctica médica el primer pensamiento es lograr la cura de la enfermedad, sin embargo ante enfermedades no curables, la paliación se ha convertido en un desafío para el médico. Se reporta en algunos países, que aproximadamente un tercio de las muertes pueden ocurrir en hospitales, y frecuentemente son los médicos de menos experiencia los encargados de enfrentar la responsabilidad del abordaje terapéutico inicial, esta primera evaluación será esencial en el manejo posterior de estos enfermos.

Es entonces que los cuidados que deben prodigarse a un enfermo con un padecimiento terminal y adquieren relevancia, en acciones para facilitar el buen final de la vida o el ayudarles a “bien morir”, además de la importancia de implementar mecanismos adecuados para comunicar a la familia los procedimientos a seguir en esos momentos.(1,2,3)

Esto conlleva la responsabilidad del médico residente de asumir el rol de liderar el equipo para la toma de decisiones, definir los procedimientos correctos que deben seguirse con el paciente en la etapa final de su vida que ingresa a la emergencia o que ya está hospitalizado ingresado.

Deben considerarse enfermedades como Cirrosis hepática en estadio Child C, Cáncer que no ha respondido al tratamiento convencional o se encuentra en un estadio avanzado sin expectativa de curación, Insuficiencia cardíaca en fase terminal, evento vascular cerebral masivo y otras enfermedades crónicas sin opciones terapéuticas posibles.(4)

Aprender a reconocer que un paciente está muriendo es una habilidad que se desarrolla con el tiempo. Es contribuir a realizar una correcta interpretación de las consideraciones éticas y legales que rigen el quehacer médico, que permitan entonces evitar someter a un enfermo a conductas clínicas caracterizadas por el encarnizamiento terapéutico, en contra del mayor sentido común, y de reconocer que hay procesos en medicina y en la vida, que deben ser aceptados. Las preguntas obligadas a formularnos en estas circunstancias podrían ser: Debe ofrecerse soporte ventilatorio, realizar maniobras de resucitación o solamente medidas paliativas, dirigidas a controlar el dolor, la angustia, el delirio y otras manifestaciones ligadas al sufrimiento humano del paciente en ese momento.

Este tema está siendo abordado por algunos sistemas de salud en el mundo, con el fin de preparar al personal sanitario para brindar atención digna y correcta en el momento en que enfrentamos enfermedades terminales o en fase irreversible. Estos centros cuentan con protocolos de manejo multidisciplinario, que brinda confort al enfermo y a su familia, privilegiando la comunicación médico-paciente-familia, que sigue siendo la piedra angular para recuperar y mantener la confianza de los enfermos en los profesionales de la salud.

El médico residente puede tomar decisiones basadas de presiones sociales, familiares, creencias individuales y especialmente por la presencia de familiares, quienes a pesar de saber el pronóstico desfavorable del paciente demandan todas las opciones terapéuticas posibles hasta el final, además la presión ejercida por compañeros y subalternos (estudiantes, enfermeras) y las propias autoridades hospitalarias pueden distorsionar la toma de decisiones, que sin estos atenuantes podrían ser distintas. (1,2)

Por ello es importante generar una Guía de manejo para este tipo de pacientes, en circunstancias claramente definidas de mal pronóstico y altas probabilidades de fallecer, y así brindar una atención médica humana y ética para bien morir, que podría complicarse con intervenciones invasivas y generadoras de sufrimiento.,

No debe haber lugar para pretender que esta guía sea la única verdad, pues existirán excepciones y aspectos individuales, que deben ser discutidos con profesionales de mayor experiencia y con conocimientos especializadas en cada una de las áreas de la medicina, para definir la conducta a seguir en casos controversiales.

Las conductas en el manejo del final de la vida que apliquemos en el futuro, estarán ligadas a la capacitación que se pueda instaurar en: cuidados paliativos, ética y los aspectos legales ligados a este proceso. Antes de implementarse deberá consensuarse con los órganos de dirección del hospital a fin de que sean considerados una posición oficial.

ACLARACIONES CONCEPTUALES:

EUTANASIA:

La definición de la Asociación Médica Mundial, dada en la reunión de Madrid de 1987: <http://www.unav.es/cdb/ammmadrid4.html>. Es el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.

DISTANASIA:

Es lo contrario a la eutanasia y consiste en retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, para ello se aplican todos los medios proporcionados o desproporcionados aunque no exista esperanza de curación y conlleve a aumentar los sufrimientos del moribundo y que sean inútiles, lo que lleva al enfermo a afrontar la muerte pasando por una larga y dolorosa agonía, es también llamada obstinación terapéutica. Los tratamientos son costosos, arriesgados y de resultado incierto (éticamente no conveniente).(2,3)

ORTOTANASIA:

Es el modo ideal de morir que significa literalmente “morir rectamente” o “buena muerte”, es decir dejarlo morir en paz, que es el respeto incondicional de su vida por una parte y por otra el derecho a morir dignamente sin sufrimientos humillantes. Ayudar a morir al enfermo sin aplicar los extremos: Eutanasia y distanasis, es la medicina encaminada a atenuar los dolores de la enfermedad y la agonía a veces con el riesgo de suprimir prematuramente la vida.(3)

MUERTE CEREBRAL:

Existen diferentes consensos en el mundo occidental para determinar la muerte de un individuo y ese es el de la muerte cerebral, se sabe es un proceso que se inicia con la abolición de toda función cerebral.,

la cual puede comenzar a partir del paro cardíaco lo que disminuye la oxigenación del tejido cerebral y otros tejidos, este efecto produce la pérdida de la conciencia del paciente y en este proceso el cerebro es lesionado de manera total e irreversible.

A partir de esta lesión se desarrolla una serie de eventos que van deteniendo el resto de funciones vitales del organismo. El diagnóstico de muerte consiste entonces en verificar los signos clínicos que demuestran la ausencia de toda función vital y su irreversibilidad (6), las leyes del estado de Nueva York le agregan que los tres hallazgos esenciales de la muerte cerebral son el coma, ausencia de reflejos del tronco cerebral y apnea por lo que la muerte cerebral determina que un individuo es clínica y legalmente muerto.(7)

CUIDADOS PALLIATIVOS:

La definición de la OMS adoptada en 1990 se refiere al cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial en los enfermos con enfermedades en fase final.(4,5)

ENFERMO TERMINAL:

Es aquel que padece un enfermedad progresiva e irreversible, que provoca una experiencia de muerte próxima y en el que se han agotado todas las posibilidades terapéuticas, a esta definición algunos autores le pueden agregar la existencia de múltiples síntomas, plurifactoriales y cambiantes y la de un importante impacto emocional de la enfermedad, definiéndose también los cuidados terminales como aquellos cuidados y atención prestadas en las últimas semanas o días de vida de un enfermo con un proceso irreversible.(4)

La enfermedad terminal se puede definir siguiendo criterios como los que menciona la asociaciónn de cuidados paliativos de España: (5)

1. Presencia de enfermedad avanzada, incurable, progresiva e irreversible
2. Ausencia de posibilidades razonables de respuesta a tratamientos específicos o alternativos.
3. Insuficiencia de órganos (mono o múltiple).
4. Presencia de numerosos síntomas/problems intensos multifactoriales y cambiantes.

5. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionando con la presencia, explícita o no, de la muerte.

6..Pronóstico de vida limitado (generalmente inferior a 6 meses).

7. Periodo que genera una gran demanda asistencial por parte del paciente y su familia.

A esta fase terminal no solo se llega desde las enfermedades oncológicas, también se alcanza en el proceso evolutivo de enfermedades crónicas progresivas.

OBJETIVO GENERAL:

1. Brindar atención médica ética al paciente en la fase final de la vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Establecer los criterios de valoración para el paciente con enfermedad en fase terminal que oriente el lugar de su manejo médico.
2. Definir los integrantes del equipo que debe tomar la desición sobre el lugar de destino del enfermo (dentro o fuera del hospital).

3. Crear mecanismos que permitan involucrar a la familia del enfermo en la toma de decisiones de acuerdo a las condiciones del hospital.
4. Identificar las áreas de atención dentro del departamento de Medicina Interna con estructura adecuada para brindar cuidados paliativos.

JUSTIFICACIÓN:

El Programa de cuidados paliativos constituye la respuesta a la necesidad de estandarizar de manera técnica, humana y ética el creciente número de pacientes afectados por enfermedades crónicas que atiende el Departamento de Medicina Interna y que se encuentran en el final de la vida.

Dado que se trata de un tema controversial, hemos consultado lo actuado en otros países en situaciones similares, tanto en Estados Unidos y Europa, como en la región de América Latina, los cuales se orientan en enseñar a las nuevas generaciones de profesionales de la salud y en particular a los médicos jóvenes, a reconocer cuando las intervenciones terapéuticas provocan encarnizamiento terapéutico y el sufrimiento de las personas afectadas y sus familias. Poseer conceptos unificados sobre el abordaje del paciente y sus familiares, es importante, pues permitirá cuidar de mejor manera los síntomas que más angustia generan en este tipo de pacientes tales como: el dolor, el delirio, las náuseas y vómitos, convulsiones, para mencionar solo algunos.

que de ser manejados de manera adecuada, alcanzan el objetivo de alivio que se desea tanto para el paciente como para la familia.(1,2)

PROCESO DE IMPLEMENTACION:

Capacitar a médicos residentes de segundo y tercer año (jefes de grupo), jefes de residentes y médicos jefes en el diagnóstico y manejo de pacientes con mal pronóstico con enfermedades avanzadas no reversibles con el apoyo de EEG portátil o doppler transcraneal, así como los criterios clínicos de muerte cerebral en pacientes en coma, así como saber aplicar las diferentes escalas de evaluación pronostica, como la escala de Glasgow, la clasificación de enfermedad hepática Child-Pugh, escala de Goldman, la escala de SOFA, la escala de Karnofsky. (Ver Anexo A),

Curso del proceso de la enfermedad maligna versus no maligna.

En el ámbito hospitalario los pacientes agudos suelen ser manejados intensivamente y la reversibilidad está clara es un punto clave a tratar lo que hace imposible predecir con certeza qué pacientes no van a sobrevivir luego de su admisión. La responsabilidad de los médicos es entonces identificar a los pacientes en los que la muerte es una posibilidad, y hacer planes de voluntades anticipadas, incluyendo las decisiones de la progresividad del tratamiento, antes de un posible deterioro terminal.

Lo que hace necesario tener una herramienta diseñada para facilitar este proceso, promoviendo la comunicación, la planificación anticipada de la atención, y el equipo de trabajo, junto con el tratamiento activo. (1,2)

El reconocimiento de que un paciente se deteriora irreversiblemente, y que se está muriendo o se va a morir anuncia un cambio en el foco de atención, lejos de la enfermedad, el tratamiento y la cura se debe ver hacia las necesidades y prioridades del paciente. La evaluación del paciente moribundo tiene como objetivo identificar sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales actuales y desarrollar estrategias para hacerles frente. La evaluación de pacientes inconscientes o que no tienen respuesta verbal requiere una estrecha atención a los signos físicos como la expresión facial, los movimientos y la respiración, así como la información del estado del paciente con la familia y el resto del equipo a su cargo. (1,2,3,5)

1. PRINCIPIOS GENERALES DE LA PREScripción AL FINAL DE LA VIDA

DETENER MEDICAMENTOS NO ESENCIALES.

Esto significa detener todos los medicamentos que no están proporcionando un beneficio sintomático. Para algunos medicamentos como las estatinas y los antihipertensivos, esto es bastante claro.

Por lo general se mantendrán otros medicamentos como los antiepilepticos durante el tiempo que el paciente puede llegar a tomar. Los antibióticos generalmente se detienen, pero se pueden continuar si se considera que están proporcionando beneficio sintomático.

2. CONVERTIR LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES PARA LA VÍA SUBCUTÁNEA,

especialmente en pacientes que tienen problemas para tragar las pastillas, y en aquellos que podrían tener dificultades en la absorción oral o que presentan náusea y vómitos. Medicamentos regulares se pueden proporcionar normalmente a través de una sonda nasogástrica, una bomba de infusión subcutánea continua que corre a lo largo de 24 horas. Las bombas de infusión subcutánea continua son ideales en el final de la vida debido a que la vía subcutánea es relativamente no invasiva, las dosis se pueden valorar fácilmente y varios fármacos se pueden combinar en una bomba.

3. PRESCRIPCIÓN ANTICIPATORIA.

Independientemente de los síntomas actuales, todos los pacientes que mueren deben tener un analgésico, un ansiolítico, un antiemético, y medicamentos para reducir las secreciones bronquiales disponibles según sea necesario y de acuerdo a los protocolos de cada enfermedad o de un diagrama de drogas disponible, de modo que no exista demora en respuesta a un síntoma si se produce.

CUIDADO FÍSICO

Al final de la vida, el cuidado físico se guía más por los síntomas de los pacientes, tales como falta de aliento, que por signos como la frecuencia respiratoria o la saturación de oxígeno. Sin embargo, la comprensión de la causa de los síntomas ayuda a guiar el tratamiento, y el examen físico enfocado a identificar los signos pertinentes sigue siendo importante. Los signos físicos más comunes al final de la vida son el dolor, la disnea, agitación, náusea, vómitos y estreñimiento. Hasta el 96 % de los pacientes moribundos experimenta dolor, aunque a menudo se considera más frecuente en los pacientes con cáncer, el dolor también es común en enfermedades no malignas.

Se deben considerar algoritmos simples para guiar la prescripción de medicamentos analgésicos especialmente los opioides (el hospital cuenta con algunos de estos por vía oral y en parches). En esta parte del uso de medicamentos sería conveniente la participación de los farmacéuticos especialmente en lo que concierne a las conversiones de los medicamentos, efectos secundarios, interacciones, etc. sobre todo porque se trata de pacientes polimedicados.

LA COMUNICACIÓN EN EL FINAL DE LA VIDA.

La comunicación es la piedra angular en el final de la vida. Es importante la comunicación con los pacientes moribundos y sus familiares y se deben desarrollar habilidades de comunicación a través de la observación, simulación, la práctica

La retroalimentación y la reflexión. Aunque no se espera que los médicos residentes recién ingresados sean los que deban iniciar la comunicación si se deben hacer acompañar de un médico residente de más experiencia para dar la noticia de la enfermedad a los pacientes y a sus familiares, y cuando el médico jefe esté presente el debe dar la información pues tienen una experiencia invaluable para este tipo de comunicación.

Al iniciar una conversación confidencial se debe empezar por considerar el ambiente en que se llevará a cabo la conversación: ¿Hay una intimidad adecuada? ¿Puede usted ser escuchado? ¿Es probable que le molesten? Es útil, asegurarse de que otro médico y/o personal de enfermería esté presente al momento de la comunicación, para apoyarse.

Siempre determinar la cantidad de información que el paciente desea (¿Es usted el tipo de persona que le gusta toda la información?) Y modificar sus respuestas en consecuencia. Se comienza por comprobar lo que el paciente o un pariente entiende acerca de la situación - esto a menudo hace que el resto de la comunicación sea mucho más fácil-.

En general, dejar tiempo para la comunicación (tratar de darle tiempo al colega), no trate de forzar de acuerdo a su agenda, y ser sensibles a las señales.

Se deben hacer preguntas abiertas, en especial por lo que se refiere a sus preocupaciones o dudas, y no tenga miedo de usar las palabras "muerte" y "morir" con sensibilidad, ya que el uso de un lenguaje ambiguo puede dar lugar a confusión. Si un paciente hace una pregunta difícil, debe estar preparado para decir que no lo sabe, pero asegúrese de solicitar a un médico de mayor jerarquía su presencia para completar la información.

Se debe asegurar de que la familia del paciente tiene toda la información práctica que necesitan. Por ejemplo: ¿Es necesario cumplir con las horas de visita? ¿Pueden pasar la noche? ¿Hay un lugar adecuado para ellos? Hable con los familiares que cómo les gustaría ser informados de un cambio en la condición del paciente. Por ejemplo: ¿Quiere que lo llamen en mitad de la noche?

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR:

En los pacientes que se están deteriorando de una enfermedad incurable, para quien no hay reversibilidad y que se espera puedan morir en cuestión de días o semanas, la reanimación cardiopulmonar es casi seguro que será inútil. En esta situación, una decisión anticipada de no intentar la reanimación cardiopulmonar ayuda a asegurar que el paciente muera de una manera pacífica y digna.

ASPECTOS ETICOS Y LEGALES:

En Guatemala no existe una legislación que indique lo relativo a la declaración de muerte cerebral de un individuo y lo que nos puede llevar a considerar la donación de órganos en esta fase. Un aspecto legal a tomar en cuenta es que en la ley de trasplante de órganos del año 1996 (Decreto legislativo Número: 91-96), que define en su artículo Número 26 Capítulo VI, Cadáver Humano: Coma profundo sin respuesta a estímulos, apnea, ausencia de reflejos cerebrales, y espinales, ausencia de antecedentes inmediatos de uso de bromuros, alcohol, barbitúricos o hipotermia (no define tiempo de la ingesta), Todo presente por al menos 24 horas y EEG que no se modifique con estímulo alguno y cualquier otro recurso que la tecnología médica pueda soportar. Aquí es importante hacer notar que esta definición es para fines de acceder a donadores cadavéricos de órganos, por lo que no menciona la ausencia de signos vitales que haría la diferencia entre muerte cerebral y cadáver.

En la mayoría de los casos que no se conocen los datos de la historia clínica se deberá por todos los medios intentar conversar con un testigo confiable que pueda orientar el diagnóstico, pero deberá contarse con una historia mínima, que sea una lista de chequeo que permita preguntar de manera estandarizada, los síntomas o historia de los padecimientos más comunes que son motivo de consulta en nuestro departamento.

PACIENTES PARA CUIDADOS PALIATIVOS:

- Pacientes con criterios de Muerte Cerebral, debidamente documentados.
- Pacientes con Falla cardiaca refractaria a tratamiento farmacológico. Estadio IV de la Clasificación de NY (NYHA por sus siglas en inglés).
- Fibrosis Pulmonar Avanzada.
- VIH 3C, solamente ligado a Karnofsky muy bajo. Sobrevida actual es: 50-80% si se manejan de manera adecuada.
- EPOC GOLD 4
- Pacientes cirróticos en clasificación CHILD C
- Karnosky menor de 40 puntos.
- Recidiva de Cancer, sin mas opciones de tratamiento.
- El tiempo recomendado para pacientes mantener maniobras de RCP será de 20 minutos.

ANEXOS

CRITERIOS BRITANICOS PARA EL DIAGNISTICO DE MUERTE ENCEFALICA

1. Precondiciones.

Paciente en coma profundo (excluidos droga depresoras, hipotermia, trastornos endocrinos y metabólicos).

Paciente con ventilador artificial (excluidas drogas)

Diagnóstico positivo de la causa del coma (daño estructural irremediable establecido).

2. Pruebas diagnosticadas.

Reflejos tronco-encefálicos ausentes.

Apnea (estrictamente definida)

3. Otras consideraciones.

Repetición de pruebas a veces hasta veinticuatro horas.

Pueden estar presentes reflejos espinales.

Pruebas instrumentales como EEG o medidas de flujo sanguíneo cerebral no son necesarias.

Temperaturas no inferior a 35 C

Solo necesario consultar especialista en casos dudosos, en los demás un consultor y otro médico.

CLASIFICACION GOLD

GOLD 1	leve; FEV1 ≥80%
GOLD 2	leve; FEV1 ≥80%
GOLD 3	Grave; FEV1 <50%
GOLD 4	Muy grave; FEV1 <30%

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; COPD = chronic obstructive pulmonary disease; FEV1 = forced expiratory volume in one second; FVC = forced vital capacity.2011

Escala de KARNOFSKY

100	Normal. Sin evidencia de enfermedad.
90	Actividad normal. Síntomas menores.
80	Actividad normal con esfuerzo. Algun síntoma.
70	Se vale por sí mismo, pero no puede llevar una actividad normal.
60	Requiere asistencia ocasional. Cuidados para la mayoría de las cosas.
50	Requiere considerable asistencia y frecuente cuidado médico.
40	Incapacitación. Requiere especial asistencia y cuidados.
30	Muy incapacitado. Hospitalizado. No muerte Inmediata.
20	Muy enfermo, Necesita tratamiento de soporte.
10	Moribundo. Proceso en progresión rápida.

Buen diagnostico en 5 años para resultado > 70%

CLASIFICACION DE CHILD PUGH

	1 pun- to	2 pun- tos	3 pun- tos
Bilirrubina (mg/ dl)	<2	2- 3	>3
Albúmina (g/l)	>35		<30
		30- 35	
Ascitis	No	Fácil de controlar	Difícil de controlar
Encefalopatía (grado)	0	I-II	III-IV
Nutrición	Bue-	Regular	Mala
Grupo A: 5- 8 puntos. Buen pronóstico			
Grupo B: 9- 11 puntos. Pronóstico intermedio			
Grupo C: 12- 15 puntos. Mal pronóstico			

Child, CG, Turcotte, JG. Surgery and portal hypertension. In: The Liver and Portal Hypertension, Child, CG (Ed), Saunders, Philadelphia 1964. p.50.

Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. Cancer 1948, 1: 634-656

Categorías clínicas para la clasificación del CDC en personas infectadas por HIV. (En categoría A y B son casos recuperables y en Categoría C, la sobrevida es mayor del 80% en fases severas)

Categoría A <ul style="list-style-type: none"> Infección asintomática por VIH Infección aguda (primaria) por VIH con enfermedad acompañante o con historia de infección aguda por VIH Linfadenopatía persistente generalizada. Categoría B <ul style="list-style-type: none"> Las condiciones sintomáticas* que no están incluidas entre las condiciones de la categoría clínica C. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a: Angiomatosis bacilar Candidiasis orofaríngea (COF, .muguet.) Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o de poca respuesta a la terapia Displasia cervical (moderada o severa)/ carcinoma cervical in situ Sintomas generales, tales como la fiebre (38.5° C) o la diarrea de duración mayor a 1 mes Leucoplasia vellosa oral Herpes zoster (culebrilla), que implique al menos dos episodios distintos o más de un dermatoma Púrpura trombocitopénico idiopático Listeriosis Enfermedad inflamatoria pélvica, particularmente si se complica por el absceso tubo ovárico Neuropatía periférica. 	Categoría C. <ul style="list-style-type: none"> Enfermedades que define al SIDA** Candidiasis de bronquios, traquea o pulmones Candidiasis esofágica Cáncer cervical invasivo* Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar Cryptococcosis extrapulmonar Cryptosporidiosis crónica intestinal (de duración mayor a 1 mes) Enfermedad por citomegalovirus (distinta a la del hígado, bazo o ganglios) Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de la visión) Encefalopatía relacionada con el VIH Herpes simplex: úlcera(s) crónica(s) (de duración mayor a 1 mes) o bronquitis, pneumonitis o esofagitis Isosporiasis o esofagitis Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar Isosporiasis, crónica intestinal (de duración mayor a 1 mes) Sarcoma de Kaposi Linfoma de Burkitt (o el término equivalente) Linfoma inmunoblástico (o equivalente) Linfoma primario de cerebro Complejo microbacteriano avium o M. Kansasii diseminado o extrapulmonar Mycobacterium tuberculosis, en cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar) Mycobacterium, otras especies, o especies no identificadas, diseminado o extrapulmonar Pneumocystis pneumonia Pneumonia recurrente* Leucoencefalopatía progresiva multifocal Septicemia recurrente por Salmonella Toxoplasmosis cerebral Síndrome de desgaste por VIH
---	---

Clasificación de VIH CDC 1993 MMWR December 18, 1992 / 41(RR-17).

Estadio según CD4 para la clasificación del CDC en personas infectadas por HIV

- > 500 cd4: 1.
- 500 – 200 c
- d4: 2.
- <200 cd4: 3.

Manejo de los síntomas:

Paciente en Coma:

Protocolo de Manejo de Coma del Departamento de Medicina y la Unidad de Neurología:

Se sugiere en todos los pacientes con alteración estado conducta:

Debe considerarse entonces contar con Naloxone, dextrosa al 30% y tiamina para administrarse bajo juicio clínico principalmente Naloxone como primera medida terapéutica y diagnóstica.

Debe practicarse examen neurológico que incluya los siguientes aspectos:

1. Descartar como origen trauma de cráneo y/o politraumatismo. (incluyendo otoscopia para descartar hemotímpano y los signos ya conocidos)

2. Establecer estado de conciencia y valorarla de acuerdo a la Escala de Glasgow utilizando la siguiente terminología

- Consciente o Despierto.
- Obnubilado. (despierta fácilmente al estímulo verbal)
- Estuporoso (despierta con estímulo nocivo)
- Coma (sin respuesta a estímulos)

3. Si el paciente esta consciente o despierta al estímulo evaluar: Funciones Mentales Superiores básicas

- Orientación.
- Juicio.
- Memoria (anterógrada o de trabajo principalmente).

Evaluar Nervios Craneales III, IV y VI prestando atención en:

- Posición de la mirada primaria.
- Presencia de movimientos involuntarios de los ojos.
- Reacción pupilar.
- Fondo de ojo.

6. Si no existe contraindicación realizar pruebas de tallo principalmente oculocefálicas y vestíbulo calóricas (estas evalúan la integridad del tallo cerebral)

7. Evaluar fuerza, tono y reflejos de estiramiento muscular (en busca de focalidad que indique lesión estructural).

8. Proceder a estudio de neuroimagen TAC no contrastada en principio y considerar necesidad de medio de contraste.

9. Valorar punción Lumbar.
10. Monitoreo electroencefalográfico

Pacientes Hemato-oncologicos:

1. Pacientes que ya son conocidos en unidad de Hemato-oncología ya en fase paliativa: se asignara un símbolo en el carnet del hospital para poder identificarlos.
2. Si el paciente no es conocido por la unidad se realizara escala de Karnofsky y si es menor a 40-50 se considera como paliativo.

SEDACIÓN Y ANALGESIA PALIATIVAS EN EL PACIENTE TERMINAL

Dolor: es una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular. Siempre es un fenómeno subjetivo, el paciente es el que mejor puede informar de su dolor. Más allá de las definiciones se ha de considerar que el dolor es una experiencia somato-psíquica.

Factores pronósticos

Según la ESS (Edmonton Staging System) existen factores según el dolor se encuentre en el estadio I o II.

CLASIFICACIÓN

1. POR SU DURACION:

- Agudo
- Crónico

2. POR SU MECANISMO FISIOLOGICO:

- Somático: Dolor bien localizado, pulsátil, punzante.
- Visceral: Profundo, sordo y difuso como una presión o tracción.

3. NEUROPATHICO:

- Central
- Periférico
- Simpático

El paciente suele referir un dolor extraño, referido como descargas, corriente eléctrica, quemazón, acorcharamiento, presión.

4. POR SU CURSO:

- Continuo, persistente a lo largo del día
- Episódico

ESTADIO I	ESTADIO II
Dolor visceral, óseo o de partes blandas	Dolor neuropático, mixto o de causa desconocida
Dolor no incidental	Dolor incidental
No existencia de distress emocional	Existencia de distress emocional
Escala lenta de opioides	Incremento rápido de la dosis de opioides
No antecedente de alcoholismo o adicción a drogas	Antecedentes de alcoholismo o adicción a drogas
Buen control del dolor en el 93%	Buen control del dolor en el 55%

Tratamiento Farmacológico Analgésico:

El Tratamiento se basa en el uso racional de analgésicos y coanalgésicos según la Escala de Analgesia de la OMS

ESCALON I	ESCALON II	ESCALON III
Analgésicos no opioides	Opioides débiles	Opioides potentes
+	+	+
-	-	-
Coanalgésicos	Coanalgésicos	Coanalgésicos
Paracetamol	Codeína	Morfina
AINES	Dihidrocodeína	Fentanilo
Metamizol	Tramadol	Metadona
		Oxicodona
		Buprenorfina

Observaciones:

No mezclar nunca los opioides débiles (codeína) con los opioides potentes (morfina), ni tampoco los opioides potentes entre sí.

Primer Escalón:

Analgésicos periféricos:

A nalgésico	D osis Mínima	D osis Máxima
Acetaminofén * +	2000 mg/día PO dividido en 3-4 dosis	4000 mg/día dividido en 3-4 dosis
Aspirina	1300 mg/día PO dividido en 3-4 dosis	2600 mg/día dividido en 3-4 dosis
Ibuprofeno	600-1200 mg/día PO dividido en 3-4 dosis	2400 mg/día dividido en 3-4 dosis
Diclofenaco Potásico	50-100 mg/día PO dividido en 2-3 dosis	200 mg/día dividido en 2-3 dosis
Ketorolaco *	10 mg/día dividido PO en 3-4 dosis No utilizar por más de 7 días	40 mg/día dividido en 3-4 dosis No utilizar por más de 5 días
Celecoxib*	100-200 mg/día PO dividido en 2 dosis	400 mg/día dividido en 2 dosis
Naproxeno **	250 mg /día dividido PO en 2-3 dosis.	1000 mg/día dividido en 2-3 dosis

Administrar protectores gástricos: omeprazol, lansoprazol, esomeprazo.

*En los pacientes con función renal o hepática alterada o antecedentes de alcoholismo debe reducirse en un 50-75%.

+ En caso de sobredosis o intoxicación administrar N-acetylcisteina dosis de carga de 140 mg/kg PO y luego 70 mg/kg PO c/4 horas por 17 dosis

** No tomar por más de 10 días o por más de 6 meses en casos crónicos.

Segundo Escalón:

Analgésicos centrales opioides débiles

Algésico	Dosis Mínima	Dosis maxima
Codeína*	15-60 mg PO cada /4-6 horas	360 mg día
Dihidrocodeína	15-30 mg PO c/12 horas	160 mg día
Tramadol **	50-100 mg PO c/4-6 horas	400 mg día

*Debe administrarse con extrema precaución en pacientes con cuadro de lesiones intracraneales, por el aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo.

**Su dosis debe reducirse en pacientes ancianos, con alteraciones hepáticas o renales.

**No se debe de administrar en pacientes con epilepsia.

Tercer Escalón:

Analgésicos centrales opioides potentes

Algésico	Dosis Mínima	Dosis Máxima
Morfina	-10 mg PO c/4 horas -IV o IM: 0.15 mg/kg c/4 horas *	- No tiene techo analgésico idealmente no administrar más de 200 mg día por vía oral o no más de 100 mg por vía IV
Oxicodona	10-30 mg PO c/4-6 horas	Sin techo terapéutico

*Parenteral: Se debe iniciar al 50 % de las dosis que está recibiendo por vía oral.

Coanalgésicos

Compresión neurológica	Corticoides
Espasmo muscular	Diazepam, masajes, calor
Dolor neuropático	Anticonvulsivantes, antidepresivos, gabapentina

Sedación:

En la sedación paliativa, el objetivo es aliviar el sufrimiento usando fármacos sedativos titulados apenas para el control de los síntomas. Por tanto, es muy importante que la conciencia sea reducida solo hasta el nivel suficiente para aliviar los síntomas, siendo un método individual y que puede variar ampliamente.

Definición: La sedación paliativa por tanto, es el uso de medicaciones sedativas con el objetivo de aliviar los síntomas intolerables y refractarios a otros tratamientos por medio de la reducción del nivel de la conciencia.

Los síntomas intolerables deberían ser determinados con base en la evolución del paciente, en conjunto con el equipo médico, cuidadores y familiares. Los síntomas serían definidos como refractarios cuando todas las otras formas de tratamiento hayan fallado en controlarlos, sin comprometer el nivel de conciencia del paciente.

La sedación paliativa puede ser clasificada de acuerdo con el grado en leve o consciente, cuando la conciencia se mantiene permitiendo la comunicación del paciente y profunda, cuando el paciente permanece semiconsciente o inconsciente.

De acuerdo con la duración se clasifica en intermitente cuando el paciente tiene algunos períodos de alerta y como continua, cuando el paciente queda inconsciente hasta su deceso.

Para ser indicada la sedación continua y profunda, la enfermedad debe ser irreversible y avanzada, con la muerte previsible ya en horas o días. La sedación paliativa no causa una reducción del tiempo de sobrevida.

Indicaciones: Las principales indicaciones para la sedación son: dolor, delirio, agitación y disnea. Generalmente los pacientes tienen por lo menos dos síntomas refractarios y los más importantes son: dolor, fatiga, vómito, depresión, decaimiento, cansancio, convulsiones, hemorragia, insomnio, sufrimiento, angustia y malestar.

La sedación está indicada por la progresión del cáncer con caquexia y fallo multiorgánico, y fallo en los tratamientos paliativos como esteroides para fatiga, opioides para disnea, antisecretores para la secreción bronquial, antipsicóticos para el delirio y opioides para el dolor.

Criterios específicos para la sedación paliativa:

- Presencia de una enfermedad terminal con por lo menos un síntoma refractario.
- Fin de los tratamientos dirigidos al síntoma, incluyendo el tratamiento de depresión, delirios y ansiedad.
- Evaluación para las cuestiones espirituales por un clínico especializado o miembro de su creencia religiosa.
- Debate sobre la continuidad de la ayuda nutricional y la hidratación.
- Obtención del Consentimiento Informado.
- Una orden por escrito para no reanimar.

Una vez que la decisión de sedar haya sido tomada, los siguientes principios deben ser secundados:

- Eleger apropiadamente el agente para iniciar la sedación considerando los síntomas presentados por el paciente.
- Monitorizar el nivel de sedación utilizando escalas específicas como la de Ramsay.
- Titular la dosis de los sedativos hasta la obtención del nivel de sedación deseado.
- Administrar dosis adicionales en bolo o asociar otros agentes para el mantenimiento del nivel alcanzado.

Benzodiacepinas: Son considerados los medicamentos de primera elección en ausencia de delirio. Ellos deben ser administrados por vía subcutánea o venosa en bolos intermitentes o en infusión continua. El midazolam es el fármaco más utilizado para la sedación paliativa siendo considerado medicamento de primera elección.

Opioides y Tramadol: Si el paciente siente dolor, que es el síntoma más frecuente en el paciente en estado terminal, se indica el uso de opioides para su alivio.

Cuando el paciente tiene dolor ese medicamento puede ser suficiente para aliviar el dolor y promover la sedación paliativa. Entre los opioides disponibles destacamos la morfina como el estándar oro para el tratamiento del dolor moderado e intenso.

La utilización del tramadol, está limitado en la medicina paliativa por su potencia (más de 600 mg/día no son recomendables). Sin embargo, puede ser usado cuando el dolor no es intenso y en asociación con otros medicamentos.

Cuando el paciente siente dolor, presente en la gran mayoría de los pacientes con cáncer en fase terminal, la morfina es el primer medicamento a ser administrado y a veces es suficiente para la analgesia y la sedación.

La sedación de pacientes con delirio debe ser considerada apenas después del tratamiento con los neurolépticos.

En los casos refractarios, debe ser considerada la asociación de benzodiacepinas y neurolépticos. Los neurolépticos utilizados son la clorpromazina, levomepromazina y el haloperidol. Otros medicamentos usados son la prometazina y la escopolamina. Para pacientes con agitación intensa, puede ser usado el barbitúrico o el propofol.

Dosis y vías de administración:

Las medicaciones pueden ser administradas por vía venosa, subcutánea, oral (hasta que el paciente pierda la conciencia) enteral, sublingual y rectal, dependiendo de la vía que viene siendo utilizada.

- Morfina: 20-80 mg/día.
- Midazolam: 0,5-0,7 mg/kg, seguida por infusión de 0,5-2 mg/h IV o 10 mg seguida de 1-6 mg h por vía subcutánea.

- Lorazepam: 0,5-5 mg por vía oral, sublingual o subcutánea, o 4-40 mg/día en infusión venosa o subcutánea.
- Clorpromazina: 10-25 mg.(2-8) h por vía oral, sublingual, o rectal, o infusión venosa.
- Haloperidol: 0,5-5 mg.(2-4).h por vía oral o subcutánea, o 1-5 mg/día en infusión.
- Pentobarbital: 2-3 mg/kg por vía venosa, seguida de infusión de 1 mg/kg.
- Fenobarbital: 200 mg en bolo venoso o subcutáneo seguido de 600-1.600 mg/día.
- Tiopental: 5-7 mg/kg en bolo por vía venosa seguido de infusión de 70-180 mg/h.

Duración de la sedación

La duración de la sedación varía. En una revisión de la sedación domiciliaria los autores relatan que varía de una a más de una semana. El tiempo para obtener el control de los síntomas fue de 24 horas.

El nivel de sedación debe ser monitorizado durante la inducción y después de la estabilización, dos veces al día por médicos o enfermeras, utilizando la escala de sedación de Ramsay. Se considera como fallo en la sedación si la puntuación por la escala de Ramsay es menor que 5 después de 12 horas de tratamiento.

Tabla 3

Escala de sedación de Ramsay

Nivel	Descripción
Despierto	
1	Con ansiedad y agitación o inquietud
2	Cooperador, orientado y tranquilo
3	Somnoliento. Responde a estímulos verbales normales
Dormido	
1	Respuesta rápida a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo
2	Respuesta perezosa a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo.
3	Ausencia de respuesta a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo

Adaptada de Ramsay et al. 13.

MANEJO DE NAUSEA Y VOMITOS:

Existen diversas etiologías en este tipo de pacientes entre las cuales se mencionan las de origen metabólico, alteraciones de la motilidad gastro-intestinal, infecciosas, hipertensión intracraneana, quimioterapia, medicamentosa (opioides), dolor y ansiedad. Existen otras causas, sobre todo en pacientes ancianos tal como: isquemia mesentérica, colangitis subaguda, síndrome de meniere, toxicidad a medicamentos, infarto agudo del miocardio y constipación.

La estrategia para el tratamiento debe dirigirse a la causa específica si puede ser identificada, sin embargo, en la mayoría de las veces no se identifica. El primer abordaje es la hidratación con la consecuente corrección de electrolitos.

La historia nos puede ayudar a determinar la causa, investigándose la frecuencia, características, intensidad y gravedad. Se deben excluir otros problemas como el reflujo, irritación gástrica y constipación. Esto nos ayuda a determinar seis tipos de nauseas:

Nausea intermitente asociada a saciedad temprana, con alivio al vómito de bajo volumen y puede contener comida, esto nos puede indicar alteración en el vaciamiento gástrico, esto causa el 35 a 45% de los casos.

Nausea persistente agravado con el olor a comida, sin alivio con el vomito, esto sugiere causas químicas, que actúan en la zonas de los quimiorreceptores, esta es la causa en el 30-40% de los casos.

Nausea intermitente asociado con cólicos abdominales, alteración de los hábitos defecatorios. Mejoran con los vómitos, usualmente de gran cantidad, biliosos o fecaloideos. Esto sugiere obstrucción intestinal y es la causa del 10 a 30% de los casos.

Nausea y vómito matutino asociado a cefalea, sugiera hipertensión intracraneana.

Nausea agravada con el movimiento, indica un componente vestibular.

Nausea y vómito asociado con ansiedad, sugerido con componente cortical.

Estos últimos tres tipos ocurren en menos del 15%, y debe de confirmarse con el examen físico. En ciertos casos debe considerarse realizar radiografía de abdomen, lo cual nos ayudaría a descartar obstrucción intestinal, constipación o perforación.

Tratamiento

La selección de los antieméticos se basa en conocer los medicamentos que bloquean los posibles receptores responsables, si fue posible clínicamente determinarlo. Aunque sabemos que en la enfermedad avanzada es poco probable determinar la causa o bien es multifactorial, por lo que se justifica el inicio empírico del tratamiento.

El medicamento más comúnmente utilizado es la Metoclopramida, el cual es un derivado de la procainamida, con propiedades procinéticas en el tracto gastrointestinal, antagoniza los receptores D2 Dopaminérgicos.

Incrementa el tono del esfínter esofágico inferior y el vaciamiento gástrico. Los síntomas extrapiramidales pueden presentarse cuando se utilizan dosis muy altas y debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia renal y ancianos. Puede utilizarse dosis de 10 mgs cada 6-8 horas.

Otro procinético es la eritromicina, que actúa estimulando los receptores de motilina en el tracto digestivo superior, puede utilizarse 250 mgs. cada 8 horas oral o intravenoso. Efectos secundarios son la alteración de la función hepática y prolongación del segmento QT, este último efecto se encuentra en la domperidona.

Antagonistas de los receptores de la dopamina, tal como la fenotiacinas y otros agentes antisióticos, los más utilizados son el haloperidol y clorpromazina, bloquean los receptores D2 en la zona quimiorreceptora. Pueden producir bloqueo vagal en el tracto gastrointestinal, dándole actividad procinética, también son utilizados en obstrucción maligna intestinal. Debido a sus múltiples efectos secundarios (prolongación del intervalo QT, sedación, hipotensión), no son ideales para el uso en ancianos. La dosis de la clorpromazina es de 10-25 mgs intravenoso cada 4-6 horas. Y el haloperidol 0.5- 2 mgs intravenoso.

Los agentes anti histamínicos, bloquean los receptores H1 en el centro del vómito en la medula, nucleo vestibular y la zona de los quimiorreceptores. Así también, la actividad antimuscarínica reduce la actividad secretora de la mucosa, útil en la obstrucción intestinal. El más utilizado la difenhidramina, aunque puede disminuir los efectos terapéuticos de la codeína y el tramadol. La dosis usual es de 100 mgs IV cada 8 horas.

Los antagonistas de los receptores 5HT3, actúan a nivel del nervio vago, el sistema nervioso entérico periférico y la zona de los quimiorreceptores. Son utilizado primariamente en emesis provocada por quimioterapia. La dosis del Ondasetron es de 4-8 mgs cada 12-24 horas.

Medicamento de segunda línea

La dexametasona, está bien establecida como antiemético en pacientes post quimioterapia y en el post-operatorio. No se conoce exactamente el mecanismo de las propiedades antieméticas, pero se cree que reduce los niveles de los metabolitos de ácido araquidonico, inhibición de la síntesis de prostaglandinas a nivel del hipotálamo, depleción del triptófano, efectos en la disminución de los niveles cerebrales de serotonina, efectos en la estabilización de la membrana y en la liberación de endorfinas. Los efectos pueden manifestarse a las 4-5 horas de iniciado el tratamiento, la dosis usual es de 4-16 mgs /dia intravenoso.

Las benzodiacepinas se útiles cuando la causa es la ansiedad, debido a que no posee propiedades antieméticas, sin embargo, puede incrementar la efectividad de otros regímenes. Se prefiere el uso del lorazepam debido a su corta duración y metabolitos inactivos.

Los agentes anticolinérgicos puros, como la hioscina relajan el músculo liso y reducen la secreción intestinal, bloqueando los receptores muscarínicos, útiles en el manejo de obstrucción intestinal maligna. La dosis del bromuro de butilhioscina es de 80-120 mgs/dia en infusión subcutánea.

El octreotide, análogo de la somatostatina, reduce la secreción de fluidos del intestino y páncreas, útil en el caso de obstrucción intestinal maligna, en el caso que no responda a otras medidas, la dosis usual es de 100 µg cada/8 horas subcutáneo , o bien en infusión continua subcutáneo hasta 600 µgs.

Manejo de Convulsiones:

Convulsiones ocurren en aproximadamente 10 –15% de pacientes que se encuentran en cuidados paliativos por distintas enfermedades siendo las más frecuentes neoplasias primarias y metastásicas del Sistema Nervioso Central, Eventos Cerebrovasculares y Enfermedades Neurodegenerativas, y en menor frecuencia alteraciones metabólicas o tóxicas.

En primer lugar se deben descartar las causas que simulen un cuadro de epilepsia como hipotensión ortostática, hipoglicemia, pseudocrisis epilépticas y diskinesias tardías secundarias a uso de antipsicóticos y agonistas dopaminérgicos.

Si el paciente es conocido por convulsiones y tiene tratamiento anticonvulsivante previo, se deberá evaluar el nivel serico del fármaco para ajustar la dosis y valorar posibles interacciones medicamentosas (por ejemplo el uso de esteroides que disminuye los niveles de algunos anticonvulsivantes como Carbamazepina o Fenitoína) El manejo se divide en dos etapas. El manejo agudo y el tratamiento crónico.

Los fármacos de elección en el manejo agudo son las Benzodiazepinas. Si el paciente se encuentra hospitalizado se recomienda el uso de Diazepam 10 a 20 mg iv lento o Lorazepam 4 mg IV lento. Midazolam 5 mg SC es recomendado en algunos protocolos sin embargo por un mayor riesgo de depresión respiratoria no debe ser la primera opción. si el paciente se encuentra en casa el fármaco de elección es Diazepam vía rectal en dosis de 500 mcg/kg (250 mcg/kg en ancianos), en cual se puede repetir en 5 a 15 minutos si las crisis no ceden. esta vía también es de elección para pacientes o familiares que no deseen hospitalización, o presenten náusea, vómitos o lesiones de la vía oral que dificulte la deglución.

Si el paciente se encuentra en casa se debe instruir a la familia para colocar al paciente en posición prona, protegerlos de objetos donde se pueda lesionar, retirar las gafas si las tiene colocadas, retirar objetos apretados alrededor del cuello, administrar medicamento para el control de crisis previamente explicado.

Además se debe instruir sobre lo que no se debe hacer como no colocar objetos en la boca, no traccionar la lengua, no administrar líquidos, no sujetar al paciente. Después de las crisis se debe colocar al paciente en posición lateral para evitar aspiración, esperar a que despierte y luego llamar al médico tratante en especial si presenta múltiples crisis, las crisis duran más de 5 minutos o si el paciente sufrió una lesión o es diabético. Si las crisis persisten deberá ser trasladado a un centro asistencial para una segunda fase de manejo el cual incluye el uso de anti-epilépticos vía intravenosa.

Los fármacos ampliamente utilizados para el control de crisis son Fenitoína 18 a 20 mg/kg en infusión a menos de 50 mcg/min y fenobarbital. Sin embargo se debe tomar en cuenta que estos medicamentos tienen interacciones medicamentosas con múltiples fármacos y pueden provocar efectos adversos como sedación en pacientes en cuidados paliativos. Por lo que es recomendable la utilización de Ácido Valproico a 30 mg/kg diluidos en 50 cc de solución salina a pasar en 20 minutos. con eficacia similar a Fenitoína pero con menor tasa de efectos adversos e interacciones medicamentosas.

Para el control crónico de las crisis se utilizaran fármacos antiepilepticos que se seleccionaran según las características de las crisis y Comorbilidades del paciente. Se recomienda la utilización de Acido Valproico o Lamotrigina vía oral ya que se utilizan para crisis tanto focales como generalizadas con baja tasa de efectos adversos y estudios en poblaciones geriátricas.

Si el paciente se encuentra moribundo y no puede ingerir medicamentos. Se recomienda el manejo crónico con Diazepam vía rectal a requerimiento del paciente o Midazolam SC a 20-30 mg en infusión continua.

Agradecimientos:

A la Señora Mariela Gamboa, por su trabajo de edición y diagramación

REFERENCIAS:

1. Sleeman, Katherine and Emely Collins. Caring for a dying patient in hospital. BMJ 2013; 346 F2174.
2. Ellershaw, Jhon E. Best car for dying patient. BMJ 2013; 347:f4428 (published 12 july 2013)
3. Gonzalez Barón,Manuel: "El valor de la muerte, aprender a vivir y aprender a morir" Encuentra.com
4. Espinar Cid, Victoria. Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. Cuadernos de Bioética 2012; pp.169 -176
5. Cabarcos Cazon, Antonio y Astudillo A., Wilson. Nuevos criterios para la actuación sanitaria en al terminalidad. 2010: pp 48 – 87
6. New York State of Department of Health and New York Task Force on Life and the Law. November 2011: pp 3 – 16.
7. Díaz T, Violeta. Muerte cerebral o muerte encefálica. La muerte es una sola. Rev Hosp Clin Univ Chile 2009; 20:263 – 70.
8. Trinka et Al. uses of status epilepticus. Epilepsia, 53(Suppl. 4):127–138, 2012.
9. Elgert C. Modern Management of Epilepsy. A practical approach. Epilepsy and Behavior. 12 (2008) 501-539.
10. Devinsky O. Differentiating between non-epileptic and epileptic seizures. Nature Reviews Neurology. Vol 7 april 2011.
11. Beleza P. Acute Symptomatic Seizures. A Clinically Oriented Review. The Neurologist 2012;18:109–119.
12. De Lorenzo. Etiology of status epilepticus in adults Epilepsia ILAE 1995
13. Use of Anticonvulsants for Seizures in Palliative Care. NHS Foundation 2010
14. Care of Deteriorating Patients. Scottish Guidelines Network. May 2014
15. Chronic Seizure Guidelines for Management in Palliative Care. Regional Palliative Care Programs. Alberta Services.
16. Seizure treatment and control in the home at the end of life. Windsor Regional Cancer Center. 2005.
17. Hendrikus et al. Management of Seizures in Brain Tumor Patients at the End of Life. Journal of Palliative Medicine 3(4), 465-475, 2000
18. Jennifer Connelly MD and David E Weissman. Seizure Management in the Dying Patient. End of Life Education Center. Medical College of Wisconsin. 2010
19. Michael E. Salacz et al. Palliative Care of Patients with Brain Tumors. AAHPM bulletin. 2009
20. Glare et al, Treating Nausea and Vomiting in Palliative Care: A review, Clinical Interventions in Aging, 2011: 6, 243-259.
21. Howards et al, An Overview of Nausea/vomiting in palliative medicine; Annals Palliative Medicine, 2012: 1, 103-114.
22. Glare et al, Treatment of Nausea and Vomiting in Terminal-ly III cancer patients; Drugs, 2008, 68, 2575-2595.
23. Gordon et al, Management of intractable nausea and vomiting in patients at the end of life, JAMA 2007; 298 (10), 1196-1207.