



UPDATE360
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Acompañamiento en final de vida.

Manejo del dolor y conversaciones difíciles en cuidados
paliativos

Dra. Beatriz Morillo Paramio
Médica ESCP Área Nordeste Granada

Exoneración de responsabilidad y uso de la presentación

Este documento (la "Presentación") ha sido preparado exclusivamente para su uso en presentaciones y/o formaciones de Almirall, S.A. ("Almirall") dirigidas a la comunidad científica ("Uso Permitido"). Este documento incluye información resumida y no pretende ser exhaustivo. La divulgación, difusión o uso de este documento, para un uso distinto al Uso Permitido, sin la autorización previa, expresa y por escrito de Almirall está prohibida.

Almirall no otorga, ni implícita ni explícitamente, ninguna garantía de imparcialidad, precisión, integridad o exactitud de la información, opinión y declaraciones expresadas en dicha Presentación o en discusiones que puedan tener lugar durante su utilización. Tanto la Presentación como los contenidos incluidos en la misma (con carácter enunciativo, que no limitativo, imágenes, diseño gráfico, logos, textos, gráficos, ilustraciones, fotografías, y cualquier otro material susceptible de protección) están bajo la responsabilidad de Almirall y son titularidad exclusiva de Almirall o Almirall tiene sobre ellos la correspondiente autorización de uso.

Igualmente, todos los nombres comerciales, marcas o signos distintivos de cualquier clase contenidos en la Presentación están protegidos por la Ley. La reproducción, distribución, comercialización, transformación, comunicación pública y, en general, cualquier otra forma de explotación, por cualquier procedimiento, de todo o parte de la Presentación o de la información contenida en la misma con fines distintos al Uso Permitido, podría constituir una infracción de los derechos de Propiedad Intelectual y/o Industrial de Almirall o del titular de los mismos y podría dar lugar al ejercicio de cuantas acciones judiciales o extrajudiciales pudieran corresponder en el ejercicio de sus derechos. Todo ello salvo que, previa solicitud, Almirall haya autorizado expresamente y por escrito el uso de los contenidos para un fin específico, en cuyo caso, el destinatario se compromete a citar la Almirall como fuente titular del contenido.

Acompañamiento en etapa de final de vida



- Personas con **procesos de enfermedad avanzada**
- **Actitud paliativa**: el pronóstico exige cambios en nuestro acompañamiento y propuesta terapéutica
- **Revisión de roles y responsabilidades** en la relación profesional-paciente.
- **Coordinación y consenso** en las propuestas por parte de los diferentes recursos con las pacientes: AP, CP, especialidades hospitalarias...
- **Proceso reflexivo con nosotras mismas**: ¿qué genera en mí el acompañamiento de este proceso?

Acompañamiento en etapa de final de vida

Naturaleza multidimensional



Atención integral

«Cuando la/el paciente dice que le duele, quiere decir que le duele»



* **Dolor total:** sensación nociceptiva en la que influyen los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de cada persona

Principios generales

- **Evaluar detalladamente el dolor:** su intensidad, localización, cronología y repercusiones en cada persona
 - Exacerbación de su dolor “habitual”
 - Dolor de nueva aparición
- **Conocer tratamiento** y última hora de administración
 - Paciente con tratamiento previo: **MUY IMPORTANTE** considerarlo
 - Sin tratamiento pautado: Comenzar por el escalón analgésico más adecuado
- **Seguir la respuesta analgésica**
- Adelantarse a posibles efectos secundarios de los fármacos con **medidas preventivas**
- Abordar a la persona con una actitud terapéutica comprometida. **DOLOR TOTAL***

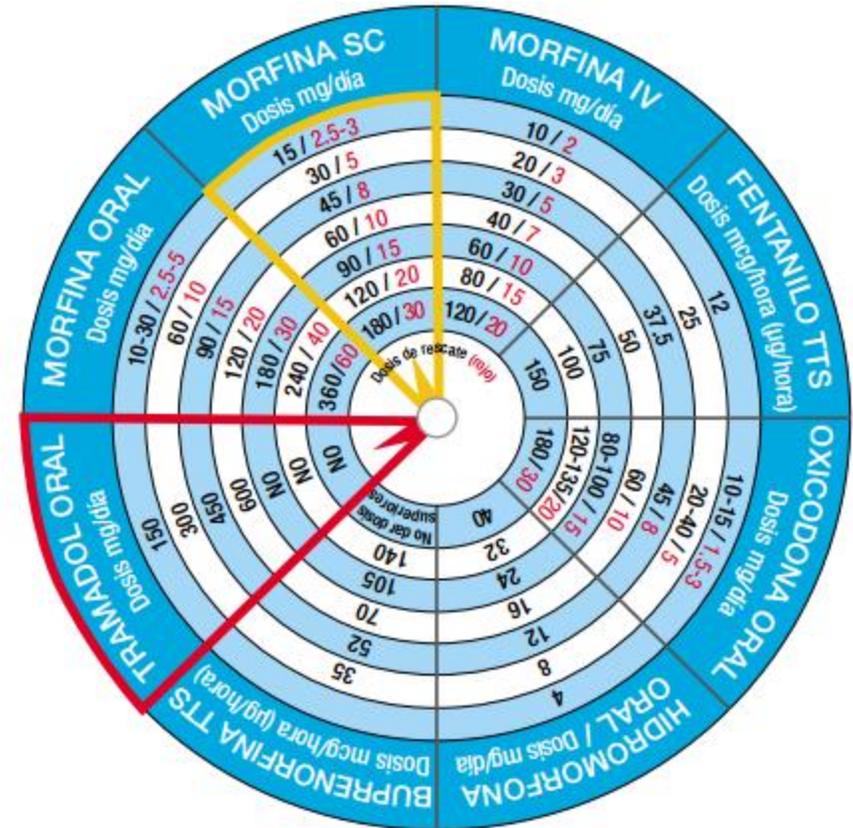
Posibles escenarios

- Paciente que acude por **aumento del dolor que padecía previamente** y que **tiene tratamiento en la actualidad**
- Conocer tratamiento previo y posología real
- Evitemos “dosis estándar”: preguntar por el tratamiento habitual es imprescindible para la decisión de qué fármaco/s y dosis proponer
- Paciente con **dolor de nueva aparición** y **atribuible a su proceso de enfermedad**
- Filiar dolor / Comenzar por el escalón analgésico más adecuado/ asociar fármacos
- Paciente con **dolor de nueva aparición** **NO atribuible a su proceso de enfermedad**
- Aliviar síntoma + Investigar etiología (como con cualquier paciente) + tratamiento específico

Opioides...¿cuál propongo?

Algunos aspectos a considerar:

- El deseo / posibilidad de la/el paciente
- Proceso de enfermedad y evolución esperable
- El tipo de dolor
- Localización
- Mi experiencia y seguridad usando ese fármaco



Ejemplo

Opioide de elección: **Cl mórfico**

(Elegiremos la vía de administración considerando la preferencia de la paciente, el ámbito de atención y nuestra propia experiencia)

¿ Qué dosis necesita en un primer abordaje farmacológico? **TITULAR** **Evitemos “dosis estándar”**



***Prestar atención si atendemos a una paciente por exacerbación del dolor (SUAP, paciente de otro cupo que acude a centro...) y que ya está en tto con un opioide potente previamente

EVITEMOS EL “3 DE MÓRFICO” DE MANERA SISTEMÁTICA

* Del Pozo Alonso N. Manejo de opioides para el dolor basal e irruptivo oncológico. Medicina Paliativa. 2015 May;22:46-52.

Vía subcutánea

Objetivo : **Control de síntomas cuando no es posible uso de la vía oral**

Dolor, agitación, náuseas, vómitos, secreciones excesivas, convulsiones, disnea...



Vía subcutánea \neq Situación de últimos días

En situación de últimos días suele usar vía sc

Vía subcutánea \neq Sedación

Para sedación paliativa en domicilio se usa la vía sc

Es importante no considerar vía sc-situación de últimos días-sedación paliativa como sinónimos de un mismo procedimiento

Vía subcutánea

1. Bolus/Infusión intermitente

- 3 mL volumen máx
- Mejor control de síntomas agudos
- Manejable por cuidadoras informales

2. Infusión continua

- Posibilidad de mayor volumen administrado
- Síntomas conocidos que precisen dosis altas mantenidas



Dolor Neuropático

«Dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial
>50% Dolor neuropático localizado [DNL]): se localiza y afecta un área específica

Propuesta desde el *Special Interest Group on Neuropathic Pain* (NeuPSIG) de la IASP

1ª línea: pregabalina, gabapentina, amitriptilina, venlafaxina, duloxetina

2ª línea: combinación de fármacos de 1ª línea con distintos mecanismos de acción, tramadol, parches de lidocaína al 5%) o capsaicina al 8%**

3ª línea: opioides potentes

En enfermedad oncológica: opioides 2ª línea, corticoides (no en vascular), ketamina

En DNL: puede intentarse vía tópica como 1ª línea

Técnicas no farmacológicas: ud del dolor

* Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Neurology [Internet]. 2015 Feb;14(2):162–73

Conversaciones difíciles en final de vida



Conversaciones difíciles en final de vida

Es nuestra responsabilidad **generar un espacio** en el que la persona pueda verbalizar sus dudas, miedos, expectativas cuando ella quiera, haciéndole saber que la conversación puede parar o seguir en otro momento cuando ella lo desee

¿ Qué necesitamos para ello?



¿ De dónde partimos?

- Relación previa con la persona (encuentros previos, acompañamiento durante el proceso de enfermedad...)
- El proceso de enfermedad de la persona (diagnóstico reciente, proceso de larga data, clínica asociada...)
- Mis defensas y habilidades (¿ cómo me siento yo en esta situación? ¿ qué me asusta a mí? ¿ qué herramientas tengo?)

Conversaciones difíciles: sostener el malestar

Intentemos evitar

- Identificarnos
- Bloquear el discurso: *“tú no pienses en eso”*
- Desviar el discurso: *“pero fijate en lo bueno de...”*
- Desviar la atención hacia nosotras: *“¿en qué puedo ayudarte?”* *“¿qué necesitas de mí?”*
- Establecer paralelismos con otros discursos: *“hay otra paciente que...”*



Conversaciones difíciles: sostener el malestar

Algunas ideas de qué podemos hacer

- Mostrarnos conectadas: escuchar
- Aceptar los silencios: evitar los rellenos, repetir su última frase
- Invitar a seguir el discurso: *“háblame más sobre ello” “me gustaría que me contaras más sobre esto”*
- Intervenir con preguntas abiertas: *“¿ qué te preocupa?” “¿a qué te refieres con?”*
- No anticiparnos pero sí implicarnos en la conversación: **Indagación***



Conversaciones difíciles: incomodarnos para conectarnos

¿Qué puedo encontrarme cuando acompaño a una persona con un proceso de enfermedad avanzada?

- Defensas: Negación / Evitación / Minimización
- Enfado
- Miedo
- Tristeza
- Desesperanza

Preguntas que nos asustan: “¿Me voy a curar?” “¿Voy a morir?” “¿Tiene sentido seguir sabiendo el final?”

Conversaciones difíciles relacionadas con la información/desinformación



Conversaciones difíciles relacionadas con la información/desinformación

PACTO DE SILENCIO VS ~~CONSPIRACIÓN~~ CONFLICTO DE SILENCIO

Punto común: el entorno afectivo de la persona tiene más información del proceso de enfermedad que ella misma

Discrepancia: El deseo de la persona ¿ Qué quiere saber?

Algunas ideas cuando hay un **conflicto de silencio**:

- Evitar intervenciones fugaces y bruscas
- Empatizar con el entorno afectivo: acercarnos a sus porqués
- Indagar sobre el deseo de la persona con el proceso de enfermedad
- Reflexionar sobre cuándo y cómo confrontar



Conversaciones difíciles en situación de últimos días

- Aparecerán muy probablemente con el entorno afectivo de la paciente
- Explicar la evolución esperable en este escenario aportará calma y reforzará el vínculo que tengan con nosotras/os
- Las dudas en este escenario son muchas y pueden ser resueltas de manera honesta y amable si hemos hecho previamente nuestras tareas : estar presentes con implicación, respetar los tiempos de la persona y su entorno, estar dispuestas/os a sostener el malestar
- Algunas dudas que pueden generar conversaciones difíciles:

“¿Tiempo estimado en SUD?”

“¿Hidratación y alimentación en SUD?”

“¿En casa o en el hospital?”

“Lo sedaréis, ¿no?”

“No lo sedaréis, ¿no?”

Conversaciones difíciles

- Intentar conectar: presencia-implicación-compromiso-respeto
- Crear una red segura con los recursos sociosanitarios que tenemos: coordinación y consenso
- Revisar de manera constante cómo estamos participando en el acompañamiento y qué responsabilidad tenemos en el mismo.
- Autocrítica y autocompasión



Gracias

ES-MPT-2400024