



Universidad del Sureste
Campus Comitán
Medicina Humana



Nombre del alumno:
Elena Guadalupe Maldonado Fernández

Materia:
Medicina paliativa

Grado: 6
Grupo: A

Nombre del profesor:
Dr. Jorge López Cadenas

Comitán de Domínguez a 12 de octubre del 2024

Resumen de la GPC cuidados paliativos en pacientes adultos

La OMS define a los cuidados paliativos como el 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 el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales, según la OMS las enfermedades no transmisibles (ENT) son la mayor causa de muerte y discapacidad en el mundo, mostrando casi el 80% de las muertes por ENT ocurren en países de ingresos bajos y medios, para el año 2030 se prevé que las ENT superarán a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como principal causa de defunción.

La epidemia de estas enfermedades se refleja por factores críticos como el envejecimiento demográfico, urbanización rápida y no planificada y la generalización de modos de vida poco saludables, pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos es aquel que cursa con una enfermedad o condición avanzada crónica e incurable que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos y oncológicos independientemente del pronóstico de tiempo de sobrevida.

El manejo paliativo debe ser guiado por una evaluación completa de las necesidades biopsicosociales, determinando el manejo más apropiado del paciente al final de la vida, el manejo interdisciplinario es indispensable para solventar incertidumbres y mantener coordinación efectiva para controlar los síntomas y proveer un mejor cuidado, los CP pueden realizarse tanto en el domicilio como en un lugar de consulta ambulatoria o internación en un hospital general etc. En los CP la empatía, el respeto y la tolerancia ante el dolor del otro, son las características fundamentales y son los pilares de un trato digno y humano.

Para la evaluación integral del paciente, se recomienda una evaluación multidimensional que contemple síntomas físicos, psicosociales y espirituales para definir un plan de cuidados personalizado.

Escalas:

- El cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) se utiliza en pacientes que reciben cuidados paliativos y con cáncer avanzado desde su desarrollo inicial con una confiabilidad del 75% y validez de $p < 0,001$.
- La escala pronóstica paliativa (Palliative Prognostic Score PaP) otorga un pronóstico de supervivencia de pacientes con cáncer que permite al equipo de salud planear y ejecutar labores asistenciales de manera correcta, se utiliza para la evaluación de pacientes que requieren cuidados paliativos

- La escala de Karnofsky nos sirve para evaluar la supervivencia asociada a factores pronósticos en pacientes con cáncer
- El test mini mental de Folstein (MMT) se sugiere para realizar la evaluación de la función cognitiva con una sensibilidad de 86% y especificidad de 66%

El dolor es una experiencia multidimensional que requiere la evaluación y el tratamiento de los factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales que intervienen en su expresión.

El dolor oncológico es un problema de primera magnitud puesto que hasta el 95% de los pacientes en estadios avanzados de su enfermedad lo padecen. Se estima que entre un 25% a un 45% de los casos, el dolor es tratado de forma insuficiente.

- Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS así como fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente
- La morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia.
- La disnea es un síntoma frecuente en pacientes con insuficiencias orgánicas como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) avanzada (75%) así como en pacientes oncológicos (16 al 18%), especialmente los que padecen cáncer de pulmón (entre el 70 y el 90% en el final de la vida). Su incidencia aumenta a 90 % en los pacientes en los últimos días de vida.

Síntomas:

1. **Astenia, anorexia y caquexia:** La evaluación inicial por parte del equipo ante un paciente con astenia, anorexia o caquexia incluye valoración nutricional, la identificación, si es posible el tratamiento de las causas desencadenantes, el registro de las actividades, reposo-sueño adaptados a cada situación, y una exploración de las expectativas/creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores
2. **Deshidratación:** Las indicaciones para mantener la hidratación deben ser individualizadas para cada paciente, pero en general son para prevenir la deshidratación que puede provocar delirium hiperactivo, la insuficiencia renal prerrenal y la acumulación de metabolitos de drogas (p. ej., morfina-6-glucurónido), que causan complicaciones como convulsiones, mioclonías y delirium.

3. **Mucositis:** El que los familiares aprendan y acepten la evolución de su paciente, les da seguridad y confianza en el cuidado que otorgan y el desgaste que lleguen a manifestar es menor ya que el saber que su familiar una de las principales alteraciones son las gastrointestinales pero el que se encuentren informados les da tranquilidad en el manejo.

4. **Xerostomía:** La xerostomía es causada por disminución o ausencia de la secreción salival en condiciones de reposo, sin embargo las causas pueden ser múltiples, englobadas en tres grandes grupos:
 - Orgánicas (Síndrome de Sjögren, Amiloidosis, Sarcoidosis, Infección por VHC y VIH, Parotiditis transitoria (viral o bacteriana), Cirrosis biliar, Fibrosis quística, Diabetes mellitus, Agenesia glandular, Depósito de hierro (talasemia)
 - Farmacológicas (Antidepresivos tricíclicos, Antiespasmódicos, Inhibidores de la MAO, Agentes antiparkinsonianos, Litio, Agonistas adrenérgicos centrales, Diuréticos, Descongestionantes nasales, Antihistamínicos, Broncodilatadores, Descongestivos – anticatarrales, Anorexígenos (anfetaminas)
 - Funcionales (factores que producen cambios en el fluido o en el balance electrolítico de la saliva son la deshidratación, la privación o pérdida de líquidos, la diarrea y/o vómitos persistentes, los déficits proteínicos, las alteraciones cardíacas, la uremia y el edema).

5. **Candidiasis oral:**
Causas
 - Sequedad de la boca / deshidratación.
 - Corticoterapia.
 - Uso de antibióticos.
 - Tratamiento con radio y quimioterapia.

6. **Disfagia:** El tratamiento de la disfagia requiere una valoración individualizada para identificar y, si es posible tratar las diferentes causas implicadas.

7. **Náuseas y vómito:** Las náuseas y los vómitos son síntomas comunes cerca del final de la vida que pueden causar sufrimiento físico y psicológico, para los pacientes y sus familias; e impactan significativamente la calidad de vida.

El tratamiento de náuseas y vómitos en la fase final de vida del paciente requiere valoración cuidadosa de la etiología y factores implicados, de esta manera establecer un tratamiento individualizado, en caso de impactación fecal realizar medidas rectales sencillas, supositorios o enemas de bajo volumen con analgesia y sedación posterior en caso de que se acompañe de extracción manual, procurar abundantes líquidos por la vía que mejor tolere el paciente, además de dieta antidiarreica.

8. **Estreñimiento:** Más del 50% de pacientes presentan estreñimiento en grado variable como efecto del tratamiento con opioides.
9. **Constipación:** La constipación es un síntoma común en el cáncer avanzado. Se estima que está presente en el 20-50% de los pacientes al momento del diagnóstico y en más del 75% de los sujetos en etapa avanzada.
10. **Diarrea:** El tratamiento de la diarrea en cuidados paliativos requiere la identificación de posibles causas corregibles, la valoración del grado en función del ritmo de las deposiciones y la afectación del estado general, y un tratamiento inicial con dieta y aporte de líquidos adecuados.
11. **Oclusión intestinal:** La oclusión intestinal (OI) es una complicación frecuente de los pacientes oncológicos en etapa terminal, especialmente en aquellos portadores de tumores abdomino-pélvicos.
12. **Ascitis maligna:** La ascitis maligna se puede presentar como primer síntoma de una enfermedad oncológica en el 52 a 54% de los casos y de esos un 20% tienen un tumor primario desconocido.
13. **Hipo:** El tratamiento del paciente con hipo persistente o intratable requiere una valoración cuidadosa y el tratamiento de las posibles causas.
14. **Delirium:** El delirium es la complicación neuropsiquiátrica más frecuente y devastadora en pacientes con cáncer avanzado, con una prevalencia de entre el 22 y el 44%, aumentando al 85% en las últimas horas, días o semanas de vida. (tx con haloperidol)
15. **Depresión:** En los pacientes con cáncer es frecuente la coexistencia de depresión afectando al 15-25% de los pacientes.
16. **Insomnio:** Los pacientes oncológicos presentan más trastornos del sueño que las personas sanas, tanto en la dificultad para conciliar como para mantener el sueño. (tx con benzodiacepina)
17. **Incontinencia urinaria:** La incontinencia urinaria es un síntoma común que aparece en muchas enfermedades. La prevalencia general de la incontinencia en mujeres se reporta en 38% y aumenta con la edad de 20 a 30% durante los primeros años de la vida, a casi 50% en la vejez.
18. **Crisis convulsivas:** Las crisis convulsivas en pacientes en situación terminal pueden presentarse por las siguientes causas

1. Relacionadas con afectación del SNC

- Tumor cerebral primario
- Metástasis cerebrales
- Enfermedad cerebrovascular
- Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible
- Meningoencefalitis
- Metástasis leptomeníneas.

2. Relacionadas con el tratamiento

- Quimioterapia: citarabina, metotrexato, cisplatino, bevacizumab, etopósido, interferón alfa, ifosfamida, ciclofosfamida, L-asparaginasa, vincristina, interleucina-2, nitrosoureas (carmustina, lomustina), antraciclinas (doxorubicina).

3. **Tóxico/metabólico:** Insuficiencia renal, insuficiencia hepática, síndrome de lisis tumoral, púrpura trombótica trombocitopénica, alteraciones hidroelectrolíticas, hipoglucemia, hipoxia/embolismo pulmonar.

4. **Otros fármacos:** Meperidina, neurolépticos, bisfosfonatos, ondansetrón, imipenem.

5. **Radioterapia craneal:** (encefalopatía aguda por radiación, radionecrosis diferida del lóbulo temporal).

tx diazepam IV

19. **Hemorragia:** El 6% - 10% de los pacientes con cáncer avanzado tienen episodios de hemorragia clínicamente significativo, que puede manifestarse de maneras diversas: hematemesis, melena, hemoptisis, hematuria, epistaxis, sangrado vaginal o úlcera cutánea sangrante, entre otras.

La vía oral (VO) es la vía de elección para la administración de fármacos en cuidados paliativos debido a su comodidad y efectividad para el control de los síntomas, sin embargo debe considerarse utilización de vías alternativas en indicaciones específicas

El equipo profesional que trata el dolor en cuidados paliativos deberá instruir e involucrar al paciente y a su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas, para lograr adecuada adherencia y continuidad al tratamiento

Los cuidados paliativos se deben prestar desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, adaptarse a las necesidades progresivas del paciente y familiares, y brindar apoyo a los familiares en su duelo, como lo sugiere la OMS

Bibliografía:

Cuidados paliativos en pacientes adultos. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017.