



**Mi Universidad**

**Resumen**

*Alexa Avendaño Trujillo*

*Cuidados paliativos en pacientes adultos*

*6° A*

*Medicina paliativa*

*Dr. Jorge Arturo López Cadenas*

## CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ADULTOS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles son la mayor causa de muerte y discapacidad en el mundo. 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.

### Epidemiología:

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de mortalidad en todo el mundo y los datos disponibles muestran que casi el 80% de las muertes por ENT ocurren en países de ingresos bajos y medios.

- 2030 las ENT superarán a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales
- El envejecimiento demográfico
- La urbanización rápida y no planificada
- La generalización de modos de vida poco saludables
- Nuevas tecnologías en salud, contribuyen a prolongar la expectativa de vida de personas que padecen condiciones crónicas

En lo que respecta al cáncer, según indica la Organización Mundial para la Salud (OMS) hay disponibles intervenciones eficaces en términos de costo: la prevención primaria, la detección precoz, el tratamiento y los cuidados paliativo.

### Diagnóstico:

- Cuestionario de Evaluación de síntomas de Edmonton en paciente con cáncer avanzado y cuidados paliativos
- Escala Palliative Prognostic Score pacientes que requiere cuidados paliativos
- Escala de Karnofsky para evaluar la supervivencia.
- Escalas de valoración de la intensidad del dolor validadas y acordes al grupo etario y estado cognitivo.

### Tratamiento:

La **vía oral** es la vía de elección para la administración de fármacos en cuidados paliativos, por su comodidad y efectividad para el control de los síntomas, aun en pacientes en sus últimos días de vida.

- Presencia de náuseas severas o vómitos.
- Disfagia severa.
- Alteración del nivel de conciencia.
- Debilidad extrema (últimos días de vida).
- Síndromes de mala absorción.
- Poca adherencia terapéutica del paciente.

La **vía subcutánea** puede resultar una opción adecuada, a través de catéteres intermitentes (punzocat o aguja tipo mariposa), aplicación de dosis usando jeringas de insulina, o infusión continua mediante dispositivos portátiles.

- Morfina
- Midazolam
- Haloperidol
- Hioscina,
- Metoclopramida
- Furosemide

Las **vías sublingual, transdérmica, transmucosa**, rectal o espinal, podrán utilizarse según la condición del paciente, las características y disponibilidad del fármaco.

La **vía endovenosa** es frecuentemente utilizada en pacientes hospitalizados, en los que ya se dispone de un acceso central o periférico, o bien cuando resulta imprescindible para la administración de fármacos no disponibles por otra vía.

#### ➤ **DOLOR ONCOLÓGICO Y NO 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.

- El objetivo del tratamiento del dolor en la atención paliativa es el control.
- Evaluar detalladamente el dolor: su intensidad, causas, características, cronología y repercusiones en el paciente y su familia.
- Utilizar la escalera analgésica de la OMS
- La morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia.
- Se recomienda iniciar fármacos neuromoduladores en el tratamiento de dolor neuropático (antidepresivos y anticonvulsivantes)
- Se sugiere como tratamiento complementario terapias no farmacológicas como terapias físicas
- Se considera un buen control del dolor cuando el paciente carece de dolor la mayor parte del día, tiene pocos episodios de dolor leve
- Monitorear la respuesta y los efectos adversos en 24-48 hs posteriores al inicio del tratamiento
- Se recomienda el uso de un laxante, siempre que se indique el uso de un opioide.

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).

- Tranquilizar al paciente rompiendo con el círculo
- vicioso de disnea-ansiedad.
- No dejar solo al enfermo, transmitir seguridad y tranquilidad.
- Favorecer corrientes de aire: habitación aireada y/o ventilador cerca del paciente.

- Detectar y evitar factores que desencadenen crisis de disnea.
- Adaptar el medio domiciliario u hospitalario a las necesidades del paciente

### ➤ **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.

- Puede estar relacionada con la enfermedad, asociada a ella, por los tratamientos o por causas concomitantes
- El ejercicio reduce el riesgo de constipación fomentar una mayor ingesta de fibra, salvado o formulaciones de fibra soluble
- Para la elección racional del esquema laxante se deben tener presentes la causa identificada, el mecanismo de acción y los efectos adversos.

### ➤ **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.

- La loperamida está indicada cuando persista la diarrea de origen no infeccioso
- En caso de diarrea refractaria puede utilizarse octreótida por vía subcutánea en casos seleccionados con una dosis inicial óptima de 0,1 mg tres veces al día.
- Abundantes líquidos por la vía que mejor tolere el paciente, así como una dieta anti diarreica (exenta de fibras y azúcares).

### ➤ **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, se describen tres subtipos:

1. Hiperactivo, agitado o hiperalerta: se caracteriza por el estado de inquietud, hipervigilancia, desasosiego, agitación motora, alucinaciones e ilusiones.
2. Hipoactivo, letárgico o hipoalerta: se manifiesta con retardo en la actividad psicomotora, somnolencia y disminución del reconocimiento del entorno.
3. Mixto: presencia de síntomas asociados de las formas hipo e hiperactivas.

La atención inicial al paciente con delirium debe incluir la identificación y tratamiento de las causas desencadenantes, con especial atención al consumo de determinados fármacos (opioides); la información adecuada a los familiares y cuidadores, y la valoración de la necesidad del tratamiento sintomático farmacológico.

- Utilizar las escalas de Confusion Assessment Method para la detección del delirium
- Los neurolépticos son las drogas de primera línea en el tratamiento del delirium.

- El tratamiento con haloperidol tiene la misma eficacia en mejorar la severidad de los síntomas
- Se puede añadir lorazepam a haloperidol en caso de delirium con ansiedad o agitación.
- La hipodermocclisis puede utilizarse en caso de sospecha de delirium producido por opioides en pacientes deshidratados.

### ➤ **DEPRESIÓN**

En los pacientes con cáncer es frecuente la coexistencia de depresión afectando al 15-25% de los pacientes. La incidencia de sintomatología depresiva es diferente en función del tipo de cáncer:

- Tumor cerebral: entre 41 y 93%.
- Páncreas: 17%.
- Cabeza y cuello: 15%.
- Mama: entre 4,5 y 37%.
- Ginecológico: 23%.
- Pulmón: 14%.
- Estómago: 20%.

La evaluación inicial del paciente deprimido en cuidados paliativos comprende: identificación y abordaje de causas potencialmente tratables, valoración de los efectos adversos y las interacciones de los tratamientos farmacológicos previos y estimación del posible riesgo de suicidio.

- Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina (ISRN) son el tratamiento de elección en la depresión.
- Antidepresivos como la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina y la fluvoxamina inhiben la transformación de agentes antineoplásicos
- Los psicoestimulantes, como metilfenidato, pueden usarse como alternativa
- Se sugiere la terapia de reminiscencia y revisión de vida para disminuir la depresión.

### • **ANSIEDAD**

El inventario de ansiedad de Beck (BAI: Beck Anxiety Inventory), es una herramienta estandarizada para población mexicana autoaplicable que evalúa síntomas subjetivos y somáticos de ansiedad.

- La persona en tratamiento ambulatorio que tenga antecedentes de depresión, ansiedad, o ambas se recomienda aplicar los dos inventarios de Beck
- Medidas de apoyo psicológico al enfermo y sus allegados son la primera medida
- Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando el apoyo psicológico no es suficiente.
- Ansiedad asociada a depresión, delirium, disnea o dolor intenso, pueden utilizarse antidepresivos tricíclicos, haloperidol u opioides, respectivamente.

### • **DISNEA**

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).

- Es un síntoma común en pacientes con cáncer avanzado que interfiere con la capacidad funcional y la calidad de vida.
- Tratamiento con oxígeno para aliviar la disnea
- El oxígeno no es necesario en pacientes con patología restrictiva previa que manejan valores bajos de saturación
- Se recomienda el monitoreo de la frecuencia respiratoria.
- Se asocia con factores psicológicos, como la ansiedad y la depresión.
- A través de ejercicios de relajación, respiración controlada y ejercicio supervisado es posible disminuir la angustia y la ansiedad por dificultad respiratoria.
- Aspirar secreciones orotraqueales para liberar las vías aéreas se realiza a requerimiento de cada paciente.
- Se puede administrar por vía subcutánea o sublingual, agentes anti-muscarínicos para disminuir los esteriores gruesos en la fase agónica, con intención de “secar” las secreciones.
- El estándar de tratamiento es con morfina y benzodiazepina se agrega en caso de ansiedad
- Evitar la intubación para la ventilación mecánica del paciente.

### **CUIDADOS PALIATIVOS CON ENFOQUE PSICOSOCIAL:**

Enfrentarse a una enfermedad amenazante para la vida ocasiona una serie de necesidades psicosociales en los pacientes —al margen de los trastornos psiquiátricos—, como la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, entre otras.

Es recomendable:

- Escucha activa y atenta para lograr un mejor diálogo y vínculo empático con el paciente.
- Escucha y orientación a la familia o entorno próximo.
- Favorecer el sostenimiento de una esperanza realista.
- Legitimación de las emociones “difíciles” (tristeza, miedo, ira), que habitualmente son propias del proceso adaptativo y en sí mismas no implican un estado psicopatológico.
- Esclarecimiento de dudas.
- Preferencia por un plan de acciones alcanzables, en el aquí y el ahora (p. ej.: almorzar sentado a la mesa, para quien está en reposo obligado, suele ser más alcanzable que regresar al trabajo).

### **CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN PALIATIVA:**

- Las intervenciones paliativas deberían basarse en las necesidades del enfermo y de su familia y en un plazo de supervivencia esperada.
- Proporcionar la atención a pacientes con necesidades asistenciales más complejas e intensivas.
- Todos los enfermos en fase final de la vida deben tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención.
- Los cuidados paliativos se deben prestar desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, adaptarse a las necesidades progresivas del paciente y familiares.
- Los cuidados paliativos deben ser proporcionados por un equipo interdisciplinario.
- El domicilio del enfermo con enfermedad progresiva o al final de la vida, debe ser considerado como el sitio más adecuado para la prestación de los servicios de cuidados paliativos.

- El médico tratante deberá aplicar protocolos de tratamiento para brindar cuidados paliativos generales y específicos, en su caso, determinar aquellos que puedan ser aplicados por los familiares en su domicilio, para el manejo del dolor
- El médico tratante será responsable de explicar detalladamente las causas de los principales síntomas que se prevé puedan presentarse, en términos claros que el enfermo en situación terminal.
- 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.