

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS: COMITAN

MEDICINA PALIATIVA:

RESUMEN: GUIA DE PRQCTICA CLINICA DE
CUIDADOS PALIATIVOS.

SERGIO FABIÁN TREJO RUIZ

6A

Bibliografía:

Cuidados paliativos en pacientes adultos. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. (2017). México, IMSS. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#Actualización:parcial>. ISBN en trámite.

Introducción

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. Un paciente susceptible 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 supervivencia. Entre los pacientes adultos que pueden verse beneficiados de los cuidados paliativos están aquellos diagnosticados con cáncer, accidente cerebrovascular, demencias como la enfermedad Alzheimer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfisema, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, insuficiencia cardíaca, renal o hepática irreversible y VIH/SIDA. La esfera de atención no sólo se limita al malestar físico, sino que se evalúa la persona en forma integral multidimensional, apreciando además la esfera emocional, social y espiritual. El manejo paliativo debe ser guiado por una evaluación completa de las necesidades biopsicosociales, determinando así el manejo más apropiado del paciente al final de la vida. Los CP pueden realizarse tanto en el domicilio como en un lugar de consulta ambulatoria, durante la internación en un hospital general o en unidades específicas, en casas de cuidados para enfermedad terminal (hospicios) o casas de asistencia y residencias geriátricas, etc.

Diagnóstico

¿Cuáles son los instrumentos y/o escalas más efectivos que evalúan los síntomas, el estado funcional y cognitivo en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos?

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 teniendo una confiabilidad del 75% y una validez de $p < 0,001$. En el caso de optar por el uso de escalas de valoración de síntomas, se recomienda la utilización de instrumentos validados como la escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Las escalas uni o multidimensionales constituyen instrumentos útiles, que ayudan al paciente a elaborar una percepción comunicable y facilitan a los profesionales la valoración objetiva del síntoma. 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. Utilizar la escala Palliative Prognostic Score (PaP) para la evaluación de los pacientes que requieren cuidados paliativos. Los factores pronósticos en pacientes con cáncer asociados a la supervivencia son: el estado funcional, la estimación clínica de la supervivencia, el deterioro cognitivo, la anorexia, la disnea, la xerostomía, la pérdida de peso y la disfagia. La estimación es más precisa cuanto menor sea el tiempo de supervivencia y en enfermos con un índice de Karnofsky inferior a 40. Utilizar la escala de Karnofsky para evaluar la supervivencia. El dolor en cuidados paliativos requiere de una evaluación integral multidimensional teniendo en cuenta su etiología, intensidad, repercusión en la calidad de vida del enfermo y el impacto en la familia. Es necesario utilizar escalas de valoración de la intensidad del dolor validadas y acordes al grupo etario y estado cognitivo.

En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA), escala de dolor para pacientes con demencia (PAINAD) , el Cuestionario Breve del Dolor (CBD) o la que el médico tratante considere adecuada. En la atención al dolor en cuidados paliativos se recomienda la evaluación constante integra del dolor, teniendo en cuenta el estado general del paciente, para evitar confusión con el enfermo y su familia, adiestrándolos en la correcta utilización de las diversas escalas que se adecuen a sus necesidades. La evaluación de la función cognitiva es fundamental por la alta frecuencia de alteraciones cognitivas en pacientes con cáncer. La mayoría de los pacientes en las etapas finales de la vida presentan alteraciones cognitivas. El test mini mental de Folstein (MMT) MMT (Mini Mental Test) es útil para detectar la falla cognitiva. Tiene una sensibilidad: 86% y especificidad: 66%. Se sugiere emplear el test mini mental de Folstein (MMT) para realizar evaluación de la función cognitiva. Considerando el impacto multidimensional del síntoma, se debe asegurar un abordaje integral y, en lo posible, interdisciplinario. Tras completar la evaluación, debe definirse una estrategia terapéutica considerando los siguientes aspectos: Corregir lo corregible: identificar causas potencialmente reversibles e indicar el o los tratamientos específicos. Medidas no farmacológicas de confort: proponer pautas higiénico-dietéticas, consejos o tratamientos no farmacológicos (recomendaciones posturales, adaptación y cuidado del ambiente, acupuntura, fisiokinesioterapia, técnicas de respiración). Tratamiento farmacológico sintomático: prescribir medicación para el alivio de los síntomas teniendo en cuenta, principalmente, tratamientos previos y respuesta a éstos, características, situación y preferencias del paciente. El éxito en el control de síntomas se basa en una correcta evaluación, un adecuado manejo terapéutico y una reevaluación y monitoreo continuo de los mismos con atención al detalle.

Tratamiento

¿Cuáles son las vías de administración de medicamentos más efectivas en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos?

Los fármacos más utilizados por vía subcutánea son: morfina, midazolam, haloperidol, hioscina, metoclopramida, furosemide, ceftriaxona, difenhidramina, octreótida, levomepromazina, ondansetrón y ranitidina. Algunos pueden combinarse en la misma jeringa antes de aplicarlos y otros deben prescribirse y aplicarse en forma separada como: dexametasona, fenobarbital, furosemide, diclofenaco y ketorolaco. No deben utilizarse por vía subcutánea fármacos oleosos o irritantes como: diazepam y la mayoría de los antibióticos. Las vías sublingual, transdérmica, transmucosa, rectal o espinal, podrán utilizarse según la condición del paciente, las características y disponibilidad del fármaco (p. ej., parche de fentanilo transdérmico). No se recomienda la aplicación de fármacos por vía intramuscular ya que es dolorosa, de absorción errática y no ofrece beneficios respecto de la vía subcutánea. 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. De otro modo, esta opción deberá evitarse, teniendo en cuenta que podría generar un franco discomfort al paciente, e implica manejo por parte de personal entrenado, mayores costos y riesgo de complicaciones.

¿Cuáles son los analgésicos más eficaces para el tratamiento y control de dolor en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos?

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. Se recomienda realizar evaluación multidimensional del dolor e identificar el tipo de dolor. 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. El objetivo del tratamiento del dolor en la atención paliativa es el control, ya que disminuye la actividad física, el apetito, el sueño, la pérdida del autocontrol y reducción significativa de la pérdida de la calidad de vida. Un manejo óptimo del dolor necesita de una evaluación individualizada y sistemática de los síntomas basándose en la situación clínica y deseos del paciente, con el objetivo de maximizar la función y la calidad de vida. Se recomienda proveer información oral y escrita sobre el tratamiento del dolor al enfermo y su familia, enfatizando en el beneficio, efectos adversos y la importancia de la participación del paciente para una mejor respuesta al tratamiento. Antes de iniciar el manejo del dolor es indispensable evaluar detalladamente el dolor: su intensidad, causas, características, cronología y repercusiones en el paciente y su familia. Reevaluar continuamente la respuesta analgésica, así como la aparición de efectos secundarios de la medicación. 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 administración de fármacos debe titularse en forma progresiva, adecuar dosis de forma individualizada, monitorizar la respuesta y en lo posible evitar la polifarmacia. El esquema analgésico siempre deberá establecer dosis de “rescate” para dolor incidental calculado de acuerdo a la dosis diaria total (aproximadamente 10% de la dosis diaria total) además de la dosis regular. Punto de buena práctica La morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia. La morfina es el fármaco de elección para rescate en el dolor irruptivo, excepto, en los pacientes con insuficiencia renal (10 % de la dosis diaria por dosis). Las terapias alternativas no constituyen un tratamiento de primera línea para el dolor en pacientes en cuidados paliativos. Se recomienda iniciar fármacos neuromoduladores en el tratamiento de dolor neuropático (antidepresivos y anticonvulsivantes). Se sugiere, en el caso de que el tratamiento inicial no sea eficaz o no se tolere, rotar el medicamento a las otras tres opciones, y la posibilidad de cambiar de nuevo si el segundo y tercer fármaco otorgado no es eficaz o no se tolera. Se sugiere adicionar un nuevo fármaco con un mecanismo de acción diferente, como terapia combinada, en el caso de que la respuesta farmacológica a

la monoterapia sea insuficiente. En caso de pico de dolor, si el paciente ya tiene un opioide se sugiere hacer rescate con el mismo según las reglas de los rescates de opioides; si no tiene opioide, se sugiere iniciar tramadol teniendo en cuenta interacciones farmacológicas y efectos secundarios. Se sugiere como tratamiento complementario terapias no farmacológicas como terapias físicas, (que pueden ser ofrecidas a través de servicios de rehabilitación con personas especializadas), ocupacionales y psicológicas. Así como técnicas quirúrgicas o intervencionistas (que pueden ser ofrecidos a través de servicios especializados). Se sugiere agregar el uso de opioides fuertes en el manejo de dolor neuropático de origen oncológico cuando los demás tratamientos farmacológicos han fracasado. Los pacientes en tratamiento con opioides pueden presentar constipación, náuseas, somnolencia, boca seca, prurito y signos de neurotoxicidad (delirium, alucinaciones, mioclonías). Si bien este cuadro neuropsiquiátrico puede presentarse con cualquier opioide, es más frecuente cuando se utilizan opioides de eliminación renal en presencia de insuficiencia renal, deshidratación y con dosis elevadas. La presencia de efectos adversos severos debe ser tratada enérgicamente y debe considerarse el ajuste de la dosis del opioide o la rotación a un opioide alternativo. Explicar los signos de alarma que requieran valoración por el equipo de salud: náuseas, vómitos, somnolencia, confusión, alucinaciones, mioclonías y/o constipación de más de 3 días. Los eventos adversos de los opioides deben ser monitorizados y los efectos secundarios inevitables deben ser tratados profilácticamente. El monitoreo del tratamiento incluye: el grado de respuesta analgésica, los efectos adversos, el cálculo de la dosis por día (dosis fijas + número de rescates), la función cognitiva y el estado de hidratación. Se considera un buen control del dolor cuando el paciente carece de dolor la mayor parte del día, tiene pocos episodios de dolor leve (ENA 1-4) o requiere, menos de dos rescates diarios con un buen balance analgesia/efectos adversos durante, al menos, 48 hs. Se trata de un mal control cuando el dolor es moderado/severo la mayor parte del día (ENA 6-10), requiere más de tres rescates por día o tiene efectos adversos incapacitantes. Monitorear la respuesta y los efectos adversos en 24-48 hs posteriores al inicio del tratamiento y por lo menos una vez por semana en situación estable. El equipo de profesionales que trata el

dolor en cuidados paliativos debería 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. Punto de buena práctica La evaluación del manejo multimodal del dolor debe ser efectuada por un profesional en el área, con adecuación a las circunstancias de salud del paciente y los recursos existentes. Punto de buena práctica. Se recomienda el uso de un laxante, siempre que se indique el uso de un opioide. En nuestro país una de las prácticas más comunes en el manejo del dolor intratable en cáncer es el intervencionismo de mínima invasión, efectuado por Anestesiólogos Algólogos. Punto de buena práctica

¿Cuáles son las estrategias preventivas y de tratamiento que se deben realizar como parte de cuidados paliativos para los síntomas respiratorios en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

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. Deben tratarse de forma específica las causas reversibles de disnea, como: insuficiencia cardíaca, la exacerbación de EPOC, arritmias cardíacas, anemia, derrame pleural o pericárdico, infección bronquial, embolismo pulmonar, síndrome de la vena cava superior, asma, linfagitis carcinomatosa y obstrucción de la vía aérea. La disnea es un síntoma común en pacientes con cáncer avanzado que interfiere con la capacidad funcional y la calidad de vida. En pacientes con hipoxia que no padecen EPOC, se pone de manifiesto la sensación de ahogo cuando la saturación de oxígeno es menor de 90%. Valorar el inicio o continuidad del tratamiento con oxígeno para aliviar la disnea, según la respuesta individual. El oxígeno no es necesario en pacientes con patología restrictiva previa que manejan valores bajos de saturación y tienen ya mecanismos compensatorios. En ausencia de evidencia que permita predecir qué pacientes pueden beneficiarse más del tratamiento con oxígeno para aliviar la disnea, se

recomienda valorar la pertinencia del tratamiento según la respuesta individual. Se recomienda el monitoreo de la frecuencia respiratoria. La disnea, también 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. El esfuerzo respiratorio se reduce si se endereza al paciente y se le coloca en una posición apropiada y confortable. Las técnicas para aumentar la expulsión de secreciones por la percusión torácica serán usadas con precaución en pacientes paliativos y están contraindicadas en la osteoporosis y depósitos metastáticos en las costillas o columna vertebral. 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 estertores gruesos en la fase agónica, con intención de “secar” las secreciones. Valorar la frecuencia e intensidad de la disnea, referida por el paciente.

- Se recomienda:

- 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.
- El estándar de tratamiento es con morfina y benzodiazepina se agrega en caso de ansiedad.
- La morfina se usa como tratamiento sintomático de la disnea, cuando no existen causas reversibles a tratar, y con el único objetivo de mejorar la sensación de falta de aire.
- La morfina es el fármaco de primera elección, por vía oral y parenteral, para el manejo de disnea.
- Los pacientes en cuidados paliativos, con tos, precisan una evaluación individualizada para diagnosticar y, en la medida de lo posible tratar las causas específicas de la tos.
- Evitar la intubación para la ventilación mecánica

¿Cuál es el soporte nutricional que deben tener los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos en cuidados paliativos para la astenia, adinamia, anorexia, caquexia y deshidratación?

- Orientar a los familiares sobre:
- Preparación adecuada de los alimentos.
- Servir comidas a gusto del paciente, con presentación llamativa y en porciones pequeñas, fraccionada.
- Evitar la preparación de los alimentos delante de los pacientes para evitar aromas no deseados.
- Higiene bucal diaria y varias veces en el día, manteniendo la boca húmeda y limpia.

Punto de buena práctica

- Pueden existir múltiples factores que influyen en la astenia del paciente oncológico (relacionados con los tratamientos antitumorales, mal control de otros síntomas, anemia, infecciones, hipoxia, alteraciones metabólicas o endocrinas, fármacos, trastornos del ánimo) que pueden precisar un tratamiento específico.
- El tratamiento farmacológico para el manejo de la astenia incluye el uso de corticoesteroides y psicoestimulantes.
- No existe suficiente evidencia para el uso de metilfenidato y modafinilo para tratamiento de astenia.
- Es importante reconocer que la astenia, anorexia caquexia, constituye un gran problema de confort para el mayor número de enfermos en fase avanzada. Punto de buena práctica

- 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. En la deshidratación la vía oral es la vía de elección para el aporte de líquidos; en lo posible evitar el uso de la vía parenteral. La administración de líquidos por vía parenteral requiere una valoración individualizada, sopesando ventajas e inconvenientes. Esta valoración debe incluir las expectativas sobre la administración de fluidos del paciente y su familia. Si se opta por la rehidratación parenteral, puede considerarse en primer lugar la vía subcutánea, siempre que se cuente con los medios necesarios y personal preparado (personal médico, personal de enfermería, promotor de salud o cuidadores entrenados en caso de no contar con el recurso humano mencionado). Los líquidos por vía parenteral se pueden administrar por un período de tiempo limitado para superar una etapa aguda de la enfermedad. No se recomienda el uso de Nutrición Artificial (Nutrición enteral, nutrición parenteral y líquidos por vía parenteral) en la fase terminal de la vida. No se recomienda ningún alimento especial para corregir la evolución de la enfermedad de base. Se sugiere valorar el uso de suplementos y/o complementos nutricionales orales de acuerdo a la etapa de la enfermedad. Punto de buena práctica Res recomendable que cada decisión a favor o en contra de la nutrición e hidratación artificial se haga sobre una base individual con respecto al estado de salud general y preferencias de los pacientes.

¿Cuáles son las acciones de cuidados paliativos para los síntomas digestivos de pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

- 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. La indicación del tratamiento farmacológico preventivo debe realizarse de acuerdo con el riesgo de desarrollar mucositis, riesgo basado en la situación clínica, en la modalidad y dosificación del tratamiento (radioterapia o

quimioterapia). Evaluar el grado de mucositis utilizando la clasificación de la mucositis según la OMS. La prevención de la mucositis mediante fármacos o medidas locales (enzimas hidrolíticas, hielo, sulfato de zinc) o parenterales (amifostina) puede realizarse en casos seleccionados y cuando se disponga del recurso. La base del cuidado de la mucositis es la higiene cuidadosa y la analgesia sistémica. Punto de buena práctica

- XEROSTOMÍA O BOCA SECA

La xerostomía es un síntoma que se presenta en diversas condiciones patológicas, ya sea como efecto secundario a la radiación de cabeza y cuello, a la ingesta de algunos medicamentos o a la disminución de la función de las glándulas salivales. 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, Neurolépticos, 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). Los pacientes oncológicos son otro grupo de riesgo para presentar xerostomía, observándose en el 77% de los pacientes con algún cáncer diagnosticado y entre 60% a 100% en aquellos pacientes con antecedente de cáncer de cabeza y cuello que fueron irradiados. El tratamiento de la xerostomía es básicamente sintomático; consiste en la asociación de medidas generales con sustitutos de saliva y sialagogos. Se recomienda como medidas generales para el tratamiento de la xerostomía:

- No fumar ni consumir alcohol.
- Higiene dental: Uso de pasta dental fluorada, enjuague bucal con antimicrobianos. Control periódico con odontólogo.
- Usar un humidificador nocturno.
- Masticar chicle o consumo de dulces sin azúcar para estimular la salivación.
- Ingesta de 2 litros de agua de diario dividido en pequeños sorbos de forma frecuente.

Existen alimentos que al contener ácidos orgánicos pueden estimular la salivación, pero perjudicar la integridad del esmalte, por ejemplo el ácido cítrico, es por esto que actualmente se recomienda la estimulación con dulces o gomas de mascar sin azúcar en vez de alimentos cítricos. Los sustitutos de saliva han demostrado ser útiles para el alivio de la boca seca. Son confeccionados con un pH neutro y contienen electrolitos en concentración similar a la saliva normal. Su matriz corresponde a mucina o metilcelulosa. Los productos basados en mucina son mejor tolerados y presentan una duración mayor. En los pacientes con xerostomía, además de la higiene de la boca, se pueden utilizar estimulantes naturales de la salivación tales como hielo, manzanilla con limón o saliva artificial. Los fármacos se encuentran aprobados por la FDA para el tratamiento de la xerostomía: pilocarpina y cevimelina. Un metaanálisis concluyó que el uso de agonistas colinérgicos es más efectivo que los sustitutos de saliva, oxígeno hiperbárico y acupuntura en el tratamiento de los pacientes con xerostomía inducida por radiación. Los fármacos se encuentran aprobados por la FDA para el tratamiento de la xerostomía: pilocarpina y cevimelina.

- CANDIDIASIS ORAL

- Dentro de las causas favorecedoras de candidiasis oral se encuentran:
- Sequedad de la boca / deshidratación.
- Corticoterapia.
- Uso de antibióticos.
- Tratamiento con radio y quimioterapia.

La candidiasis no relacionada directamente con radioterapia o quimioterapia puede ser tratada en primer lugar con antifúngicos tópicos (preferentemente miconazol) y, en caso necesario con antifúngicos orales (itraconazol y fluconazol). En los pacientes oncológicos con neutropenia o alto riesgo de padecerla que van a recibir tratamientos con quimioterapia y radioterapia, los antifúngicos que se absorben en el tracto gastrointestinal total o parcialmente (fluconazol, ketoconazol, itraconazol y miconazol) son los fármacos de elección en la prevención de la candidiasis oral. En los pacientes oncológicos con candidiasis oral pos tratamiento inmunosupresor, puede utilizarse el miconazol, ketoconazol y fluconazol. El tratamiento de la disfagia requiere una valoración individualizada para identificar y, si es posible tratar las diferentes causas implicadas. La dieta debe adaptarse a las características clínicas de la disfagia. Se recomienda una dieta blanda, de acuerdo a los gustos de cada paciente. En el caso de disfagia por líquidos se pueden utilizar espesantes. En caso de disfagia obstructiva por invasión tumoral se puede considerar un ciclo corto de corticoides. En caso de una disfagia por componente obstructivo que no responda a ninguna medida puede valorarse según el pronóstico y decisión del paciente la alimentación mediante sonda nasogástrica, gastrostomía o yeyunostomía. En caso de disfagia grave en pacientes no oncológicos con afecciones neurológicas que no responde al tratamiento y que impide la alimentación oral; el equipo, el paciente y sus cuidadores en conjunto pueden decidir el uso de sonda nasogástrica o la realización de ostomías, teniendo en consideración el pronóstico de paciente.

- 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. Las náuseas y los vómitos están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado. Pueden deberse a múltiples etiologías siendo con frecuencia de origen multifactorial. Las principales causas a evaluar y descartar son: las secundarias al propio tratamiento oncológico, alteraciones en líquidos y electrolitos, efecto secundario de fármacos,

estreñimiento, obstrucción intestinal, gastroparesia, alteraciones cerebrales. Evaluación clínica, integral y documentar las posibles causas de náuseas y vómitos en cada paciente. Es necesario tratar las causas reversibles, en paciente al final de la vida puede ser razonable realizar únicamente tratamiento empírico de los síntomas. Pedir al paciente que registre sus síntomas diariamente, así como la respuesta al tratamiento utilizando alguna de las escalas propuestas: EVA, ESAS. En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de las náuseas y vómitos debería basarse en el riesgo de emesis. Se recomienda el uso de antieméticos como ondansetrón, granisetron, palonosetrón, metoclopramida, domperidona, prometazina, haloperidol, dexametasona, proclorperazina, prometazina, escopolamina, aprepitant y fosaprepitant. En caso de náuseas y vómitos inducidos por opioides, se recomienda el uso de metoclopramida, haloperidol, proclorperazina, prometazina, escopolamina, ondansetrón, granisetron, palonosetrón, dexametasona, aprepitant y fosaprepitant. En caso de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, se recomienda el uso de ondansetrón, granisetron, palonosetrón, aprepitant y fosaprepitant. En caso de náuseas y vómitos inducidos por radioterapia, se recomienda el uso de ondansetrón, granisetron, palonosetrón, metoclopramida, domperidona, prometazina, haloperidol, dexametasona, proclorperazina, prometazina, escopolamina, aprepitant y fosaprepitant. Se recomienda, en los pacientes que reciben quimioterapia, radioterapia y/o opioides, la profilaxis de las náuseas y vómitos, con el objetivo de prevenir el sufrimiento. Se recomienda el uso de antieméticos en la fase terminal de la vida.

- CONSTIPACIÓN

- Se recomienda el uso de laxantes en pacientes que reciben opioides.
- El uso de laxantes es recomendable para la prevención de la constipación.
- Se recomienda el uso de laxantes en pacientes que reciben

¿Cuáles son las intervenciones que se deben realizar como parte de cuidados paliativos para síntomas neuropsiquiátricos de pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

- DELIRIUM

El diagnóstico y la severidad del delirium en pacientes con enfermedad avanzada. Está validada para el uso en cuidados paliativos y es altamente sensible y específica (97 y 95%, respectivamente. Utilizar las escalas de Confusion Assesment Method para la detección del delirium Antes de iniciar el tratamiento farmacológico es recomendable:

- Revisar la dosis, las modificaciones e interacciones de los medicamentos que recibió el paciente en los últimos días.
- Asegurar una hidratación adecuada.
- Controlar el dolor y otros síntomas.
- Descartar la retención urinaria aguda y el fecaloma.

Los neurolépticos son las drogas de primera línea en el tratamiento del delirium. Su utilidad ha sido demostrada para mejorar la cognición, controlar la agitación, las alucinaciones e ideas delirantes del delirium en sus tres tipos. El tratamiento con haloperidol tiene la misma eficacia en mejorar la severidad de los síntomas y el tiempo de remisión de delirium al compararse con los antipsicóticos atípicos olanzapina y risperidona. El haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delirium. Se puede añadir lorazepam a haloperidol en caso de delirium con ansiedad o agitación. En el delirium con agitación intensa no controlada se puede utilizar levomepromazina o, alternativamente, midazolam. La hipodermocclisis puede utilizarse en caso de sospecha de delirium producido por opioides en pacientes deshidratados. Se recomienda reservar la utilización de antipsicóticos atípicos para casos seleccionados en los que el haloperidol está contraindicado o no se tolera. En situaciones como las demencias con cuerpos de Lewy o en enfermos de parkinson, en las que no se recomienda el uso de haloperidol o risperidona, puede ser necesario recurrir a otros antipsicóticos, como olanzapina, clozapina o

quetiapina. Los antidepresivos tricíclicos están restringidos en pacientes ancianos incluso para el tratamiento del dolor neuropático o la depresión por sus efectos anticolinérgicos. Punto de buena práctica. Es importante transmitir a la familia y al entorno afectivo pautas psicoeducativas en forma dinámica, anticipatoria y periódica. La falta de control del delirium hiperactivo, de causa no identificada o irreversible, refractario al tratamiento adecuado, puede requerir terapia de sedación paliativa.

- 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%.

Los síntomas depresivos que se estudian con profundidad en cuidados paliativos se refieren al bajo estado de ánimo, la desesperanza, la ansiedad, la focalización continua en la situación actual, el aislamiento social, la inquietud, la interrupción del sueño, los cambios en el apetito y el peso, los sentimientos de inutilidad, los sentimientos de culpa y los pensamientos de muerte como solución. La depresión disminuye el cumplimiento con la terapia, incrementa la duración de la estancia hospitalaria, disminuye la calidad de vida y limita la posibilidad de cuidar de uno mismo. Es también un predictor independiente de una pobre supervivencia en cánceres avanzados. 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 cuestionarios validados de evaluación de la depresión en pacientes paliativos más frecuentemente utilizados son:

- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, HADS

- Inventario de Depresión de Beck.

- Cuestionario de Salud General (GHQ-28): cuenta con alta sensibilidad y especificidad para detectar pacientes oncológicos con síntomas psiquiátricos.

- Screening Psicosocial para el Cáncer (PSCAN, ahora PPSCAN): compuesta por 21 ítems que evalúan 6 dimensiones relevantes en la depresión (percepción de apoyo social, apoyo social deseado, salud relacionada con la calidad de vida, ansiedad y estado de ánimo deprimido).

- El inventario DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI) es una escala estandarizada para población mexicana, con una confiabilidad por consistencia interna, Se recomienda utilizar el inventario de Beck para valorar la depresión. Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina (ISRN) son el tratamiento de elección en la depresión. Con pacientes oncológicos sometidos a varias quimioterapias, es importante tener precaución con las interacciones farmacológicas. En caso necesario pueden utilizarse fármacos antidepresivos (ISRS o tricíclicos), tomando en cuenta sus propiedades farmacológicas, otros fármacos que recibe el paciente y su perfil de síntomas en cada momento. Antidepresivos como la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina y la fluvoxamina inhiben la transformación de agentes antineoplásicos a través del CYP450, lo que produce una disminución de su eficacia o mayor toxicidad de los mismos. Otros fármacos como el citalopram, el escitalopram, la venlafaxina y la mirtazapina son inhibidores débiles, lo que los convierte en una elección más segura. Los psicoestimulantes, como metilfenidato, pueden usarse como alternativa a los antidepresivos tricíclicos e ISRS, sobre todo cuando se precisa un inicio rápido del efecto antidepresivo o en los casos con expectativa de vida muy corta. La terapia inicial del paciente deprimido en cuidados paliativos comprende intervenciones estructuradas psicosociales, incluida la psicoterapia por el personal

del equipo que le atiende y, si el caso lo requiere, por personal especializado dentro de un programa estructurado. Una revisión sistemática la cual incluyó 14 estudios demostró la eficacia de la terapia de reminiscencia y revisión de vida como una opción viable para disminuir la depresión en pacientes de cuidados paliativos, potenciando un estado de ánimo más positivo. Se sugiere la terapia de reminiscencia y revisión de vida para disminuir la depresión.

- ANSIEDAD

Es recomendable utilizar el inventario de BECK para evaluar la ansiedad. La persona en tratamiento ambulatorio que tenga antecedentes de depresión, ansiedad, o ambas se recomienda aplicar los dos inventarios de Beck. El tratamiento de la ansiedad requiere una evaluación individual del paciente en fase al final de la vida que incluya las posibles causas desencadenantes, su estado adaptativo, el estadio de la enfermedad, los tratamientos asociados y las preferencias del paciente. Las medidas de apoyo psicológico al enfermo y sus allegados son la primera medida que debe proporcionarse tras la valoración individual. Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando el apoyo psicológico no es suficiente. Pueden utilizarse benzodiazepina, preferentemente las de acción corta o intermedia. En caso de ansiedad asociada a depresión, delirium, disnea o dolor intenso, pueden utilizarse antidepresivos tricíclicos, haloperidol u opioides, respectivamente.

- INSOMNIO

Los trastornos del sueño pueden afectar seriamente al bienestar físico y mental, así como a la calidad de vida del paciente, y más pronunciado es en aquellos pacientes con enfermedades que amenazan la vida, como el cáncer. Los pacientes oncológicos presentan más trastornos del sueño que las personas sanas, tanto en la dificultad para conciliar como para mantener el sueño. El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y de mayor prevalencia con consecuencias negativas

sobre la actividad cotidiana y la calidad de vida del paciente, por lo que una valoración y un tratamiento temprano son prioritarios. La valoración de un paciente con insomnio debería realizarse mediante una entrevista semiestructurada dirigida a evaluar los factores relacionados con el insomnio: factores que predisponen, higiene del sueño, control de síntomas, efectos secundarios de la medicación y expectativas del paciente respecto al sueño. Siempre que sea posible se deben intentar corregir los factores que predisponen al insomnio o lo desencadenan. Las intervenciones cognitivo conductuales que pueden disminuir la ansiedad y fomentar el sueño temprano, y el cambio de la meta de “necesidad de dormir” a “tan sólo relajamiento”, pueden disminuir el sufrimiento relacionado con el insomnio. Se recomienda el abordaje inicial mediante una estrategia cognitivo-conductual en todos los pacientes con insomnio. Las benzodiazepinas se utilizan ampliamente para el control de las perturbaciones del sueño. Cuando se usan como complemento de otro tratamiento durante periodos cortos de tiempo, estos fármacos son seguros y eficaces para producir un sueño natural, ya que perturban menos el sueño MOR, que otros hipnóticos. En dosis bajas, las benzodiazepinas tienen un efecto ansiolítico; en dosis elevadas, el efecto es hipnótico. Se recomienda prescribir una benzodiazepina o un agonista de receptores benzodiazepínicos a los pacientes que no respondan bien al tratamiento no farmacológico o que no puedan esperar a la aplicación del mismo. En los casos de depresión asociada o ante la falta de respuesta a las benzodiazepinas pueden utilizarse los antidepresivos con acción sedante para el tratamiento del insomnio. Los barbitúricos por lo general, no se recomiendan para el control de las perturbaciones del sueño de los pacientes de cáncer. Los barbitúricos tienen varios efectos adversos, incluso la tolerancia a los mismos y además, tienen un margen estrecho de inocuidad. Las medidas de higiene de sueño son la estrategia inicial para el manejo del insomnio.

- Mantener un esquema de sueño regular
- Respetar sobre todo la hora de despertar
- Evitar en lo posible la cama durante el día, sobre todo por la tarde
- Mantener actividad diaria programada: contacto social, ejercicio ligero
- Minimizar los estímulos nocturnos: medicación, ruido

- Evitar quedarse en la cama sin conciliar el sueño durante períodos prolongados, ya que provocan tensión: Dedicarse a alguna actividad relajante (lectura) hasta que empiece el sueño o incluso levantarse de la cama.
- Retirar estímulos molestos: Reloj, luces... Adecuar la cama
- Evitar estimulantes en las horas previas a dormir (caféina, nicotina)
- Identificar los problemas y preocupaciones del día e intentar resolverlos antes de intentar dormir.

La valoración y tratamiento farmacológico debe ser realizada por un médico psiquiatra debido a las presencia de efectos secundarios importantes para el paciente teniendo en cuenta los más comunes como pueden ser: exacerbación de los síntomas sobre todo al inicio del tratamiento, manías o hipomanías, alteraciones sexuales, pesadillas, entre otros.

¿Qué cuidados de prevención y tratamiento paliativo se realizan a la piel y mucosas en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

El paciente en fase terminal debido a diversas causas como: alteraciones nutricionales, deshidratación, alteración de la movilidad, tratamientos con radiaciones o incontinencia. Presenta un riesgo muy alto de sufrir lesiones en la piel como por ejemplo las úlceras por presión. Las medidas de prevención de las úlceras por presión son: cambios posturales (cada 2 horas), adecuada nutrición, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza e hidratación. El alivio de la presión se consigue mediante cambios posturales y, cuando sea necesario, la utilización de dispositivos para este fin. Se recomienda utilizar superficies especiales de apoyo en pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión. Mantener la cama y/o silla limpia, seca, las sábanas deben ser suaves y sin coseduras, manteniendo una ventilación adecuada. Considerar apósitos profilácticos para prevenir las úlceras sacras y del talón en los pacientes con riesgo. Los ácidos grasos hiperoxigenados han demostrado su utilidad en la prevención de úlceras por presión. Se puede considerar el uso de ácidos grasos hiperoxigenados en pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Las actividades del profesional de enfermería serán encaminadas a educar al cuidador primario de los distintos cuidados que el paciente necesita para su satisfacción. Se recomienda educar al cuidador primario en:

- Los cuidados con la higiene de la piel y las mucosas.
- Identificar los signos de alerta los factores que pueden aumentar la demanda de líquidos y electrolitos, signos de deshidratación o complicaciones como fiebre, oliguria, pliegues cutáneos y mucosas secas.
- El baño de aseo diario con agua tibia y jabón suave, asegurando el secado perfecto (técnica de baño en regadera o en cama).

¿Qué cuidados de prevención y tratamiento paliativo se realizan a la piel y mucosas en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

Cambio de posición cada dos horas, y la deambulación cada 15 minutos si procede. Mantener al paciente el mayor tiempo posible sentado, acomodado con almohadas o cojines, con los pies en alto. Orientar la realización de la estimulación en zonas susceptibles con la aplicación de la técnica de masoterapia. Enfatizar con el cuidador primario los cuidados matutinos y vespertinos con el aseo de cara, manos y genitales, así como el aseo bucal. La higiene e hidratación de la piel mediante el uso de jabones suaves sin detergente, cremas hidratantes y emolientes están especialmente indicadas. El manejo inicial de la persona con prurito consiste en identificar y, si es posible, tratar específicamente las causas subyacentes, con especial hincapié en los fármacos. Deben evitarse los factores agravantes, como el alcohol, las comidas picantes, el calor, el uso de ropa ajustada, la utilización de jabones con detergentes. Deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente y prevención de lesiones de rascado.

La progresión más lenta puede permitir curar úlceras más profundas, siempre que se alivie la presión, se mejore el estado nutricional y se haga un buen manejo local. Una gran úlcera, que llega a hueso, es imposible curar en un paciente severamente debilitado. Uno de los objetivos de los cuidados paliativos es aliviar el dolor y proporcionar el máximo confort posible debiéndose limpiar la úlcera con suero salino

no con demasiada presión, si no existe infección utilizar apósitos hidrocoloides. En pacientes con úlceras por presión se deben valorar las características de la herida (color, tamaño, olor, presencia de secreciones, estadio I-IV), realizar curación con gasas y solución salina al 0,9 %, dejar la úlcera cubierta con gasa vaselinada y apósito y remitir a clínica de heridas para el respectivo manejo. Se recomienda la capacitación al paciente y familiar en el cuidado de las heridas, estomas y colocación de las bolsas de drenaje. Punto de buena práctica

¿Cuáles son las acciones que deben realizarse en atención paliativa para la prevención y tratamiento de síntomas urinarios en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

- 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. El tratamiento conservador debe ser la primera opción terapéutica en la incontinencia urinaria no complicada, y se debe tomar en cuenta que la aproximación al problema de la incontinencia urinaria requiere un enfoque interdisciplinar, siendo absolutamente necesaria la coordinación, entre los diferentes especialistas, tanto en el proceso del diagnóstico, como en la organización y planificación del tratamiento. En la vejiga hiperactiva, a menudo se requiere una terapia inicial con medidas conservadoras y farmacológicas. La valoración de la paciente con incontinencia urinaria inicia con una revisión minuciosa, analizando los antecedentes del paciente así como la naturaleza y el grado de los síntomas que presenta. Es necesario indagar sobre la duración, frecuencia y gravedad de la incontinencia, tomando en cuenta los aspectos sociales y el impacto que estos tienen en la calidad de vida de la paciente. Se aconseja complementar el diario miccional durante 3 a 7 días para registrar todas las micciones con el fin de documentar: Frecuencia miccional, ingesta de líquidos y volumen miccionado,

número de episodios de incontinencia y los absorbentes utilizados. Se recomienda en primer lugar la opción de tratamiento menos invasiva, procediendo escalonadamente a opciones de tratamiento cada vez más invasivas cuando la anterior falla. Las medidas higienico-dietéticas y la modificación de hábitos de vida pueden ayudar a mejorar la sintomatología. La fisioterapia del piso pélvico es un tratamiento que ha demostrado provocar mejoría en todos los tipos de incontinencia urinaria, por lo que se debe considerar como la terapia inicial antes de considerar tratamientos más agresivos. Algunos tipos de cáncer y tratamientos contra el cáncer pueden dañar o cambiar estos músculos y nervios. O bien, pueden provocar otros cambios en el cuerpo que ocasionen incontinencia urinaria. El tratamiento de la incontinencia urinaria está basado en tratar causas reversibles, medidas generales y manejo farmacológico. En la causas reversibles: disminuir dosis de diuréticos, tratar cistitis, modificar la sedación. En presencia de inestabilidad del músculo detrusor es a base de amitriptilina, duloxetina, oxibutinina y tolterodina; los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y los antiespasmódicos vesicales son útiles en presencia de síntomas.

- RETENCIÓN AGUDA DE ORINA

La retención aguda de orina se puede presentar en cualquier etapa de la vida pero ocurre con mayor frecuencia a partir de la sexta década, y su aparición se incrementa significativamente conforme va aumentando la edad. La retención urinaria puede ser ocasionada por causas obstructivas (las mas frecuentes), farmacológicas, infecciosas e inflamatorias y neurológicas. Se debe realizar una anamnesis correcta para detectar las causas y los posibles factores desencadenantes de retención aguda de orina:

- Consumo de opiáceos.
- Antecedentes de retención urinaria.
- Tratamientos farmacológicos.
- Diabetes mellitus como causa de disfunción vesical.
- Manipulación urológica u obstétrica reciente.

- Cirugía reciente, sobre todo si se ha realizado anestesia epidural o raquídea.
- Lesión medular o traumatismo pélvico.
- Síntomas de llenado o vaciado que pueden hacer pensar en una infección urinaria o en una hiperplasia benigna de próstata.
- Dolor óseo y síndrome constitucional (pensar en neoplasia de próstata).
- La exploración física debe incluir, además de la determinación de las constantes vitales, para descartar una posible afectación sistémica.
- El tratamiento de la retención aguda de orina se basa en realizar un vaciado de la vejiga mediante sondaje asociado a alfa-1 bloqueadores.
- El tiempo de retirada de la sonda se recomienda en 3 días o menos. Si el primer intento de retirada de la sonda resulta fallido, se puede intentar de nuevo, pero si vuelve a producirse una retención aguda de orina se dejara la sonda de forma permanente hasta resolver la causa. En ausencia de evidencia sobre cuál es el mejor tratamiento del tenesmo vesical en cuidados paliativos, pueden utilizarse fármacos anticolinérgicos, antiespasmódicos, AINE, corticoides y anestésicos locales.

¿Cuáles son las intervenciones a realizar como parte de los cuidados paliativos con enfoque psicosocial, emocional y espiritual a los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

El impacto del diagnóstico y tratamiento del cáncer provoca una serie de respuestas psiconeuroinmunológicas, psicobiológicas psicosociales, que afectan la calidad de vida del paciente. 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).
- Una evaluación social debe ser un componente integral del plan de cuidados paliativos.
- La evaluación psicosocial del paciente en cuidados paliativos debería incluir los siguientes campos:
 - Aspectos relativos al momento vital,
 - Significado e impacto de la enfermedad,
 - Estilo de afrontamiento,
 - Impacto en la percepción de sí mismo,
 - Relaciones (dinámica familiar, tipo de familia, amigos),
 - Fuentes de estrés (dificultades económicas, problemas familiares),
 - Recursos espirituales,
 - Circunstancias económicas,
 - Relación médico-paciente,
 - Red de recursos sociales.
- Las intervenciones psicosociales producen efectos beneficiosos tales como la disminución de la tristeza, la depresión, mejoran los mecanismos de afrontamiento y apoyan el efecto de la analgesia.
- Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en cuidados paliativos deben ofrecer un soporte emocional básico.
- Los pacientes con niveles significativos de sufrimiento psicológico deben ser derivados para recibir apoyo psicológico especializado.

- Evaluar el apoyo social percibido, la autoeficacia como elementos asociados al afrontamiento de la enfermedad oncológica. Se deben identificar actores sociales y establecer objetivos comunes para establecer puentes entre trabajadores sanitarios y sociales de los ámbitos hospitalario y comunitario. Se recomienda ofrecer un soporte emocional básico a los pacientes y sus cuidadores. Debe ofrecerse a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información. El éxito en el control de síntomas se basa en una correcta evaluación, un adecuado manejo terapéutico y una reevaluación y monitoreo continuo de los mismos con atención al detalle.

¿Cuál es la rehabilitación paliativa más efectiva para retrasar o disminuir la pérdida de la funcionalidad en pacientes adultos oncológico y no oncológicos?

La rehabilitación paliativa se centra en mejorar la calidad de vida del paciente y sus familias, mediante la prevención y el tratamiento de los problemas físicos, psicosociales y espirituales. La rehabilitación paliativa es una intervención multidisciplinaria que incluye:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Logopedia
- Psicología
- Trabajo social
- Nutrición
- Farmacología
- Medicina paliativa
- La rehabilitación paliativa debe ser individualizada y adaptada a las necesidades del paciente.
- Se recomienda la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su rehabilitación.
- La rehabilitación paliativa puede ayudar a los pacientes a:
 - Mantener su independencia

- Mejorar su movilidad
- Reducir el dolor
- Controlar los síntomas
- Mejorar su calidad de vida
- La rehabilitación paliativa debe ser iniciada lo antes posible en el curso de la enfermedad.
- Se recomienda la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su rehabilitación.
- Punto de buena práctica
- La rehabilitación paliativa debe ser un proceso continuo que se adapta a las necesidades cambiantes del paciente.
- Se recomienda la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su rehabilitación.

Cuidados en Situaciones de Urgencia

¿Cuáles son los cuidados que se deben proporcionar en situaciones de urgencia presentadas en pacientes oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos?

La atención de urgencia en cuidados paliativos se centra en aliviar el sufrimiento del paciente y mejorar su calidad de vida. La atención de urgencia en cuidados paliativos debe ser individualizada y adaptada a las necesidades del paciente. Se recomienda la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su atención de urgencia. La atención de urgencia en cuidados paliativos puede incluir:

- Control del dolor
- Manejo de la disnea
- Control de las náuseas y vómitos
- Manejo de la constipación
- Control de la sed

- Manejo de la incontinencia
- Atención psicosocial y espiritual.
- La atención de urgencia en cuidados paliativos debe ser proporcionada por un equipo multidisciplinario.
- Se recomienda la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su atención de urgencia.
- Punto de buena práctica
- La atención de urgencia en cuidados paliativos debe ser proporcionada en un ambiente tranquilo y confortable.
- Se recomienda la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su atención de urgencia.

Atención al Final de la Vida

¿Cuáles son los criterios para la sedación paliativa del paciente adulto oncológico y no oncológico en fase agónica?

La sedación paliativa debe ser utilizada como último recurso cuando otros tratamientos no han sido efectivos. Se recomienda la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su sedación paliativa, siempre que sea posible.

¿Cuáles son los criterios de inclusión para la atención domiciliaria de pacientes que requieren cuidados paliativos?

La atención domiciliaria es una opción viable para los pacientes en cuidados paliativos que cumplen con los siguientes criterios:

- El paciente debe tener un pronóstico de vida limitado.
- El paciente debe tener un entorno familiar estable y que pueda brindar los cuidados necesarios.
- El paciente debe tener acceso a los servicios de salud necesarios.
- El paciente debe tener la capacidad de tomar decisiones sobre su atención.

- La atención domiciliaria debe ser individualizada y adaptada a las necesidades del paciente.
- Se recomienda la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su atención domiciliaria, siempre que sea posible.
- La atención domiciliaria puede incluir:
 - Control del dolor
 - Manejo de la disnea
 - Control de las náuseas y vómitos
 - Manejo de la constipación
 - Control de la sed
 - Manejo de la incontinencia
 - Atención psicosocial y espiritual
- La atención domiciliaria debe ser proporcionada por un equipo multidisciplinario.
- Se recomienda la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su atención domiciliaria, siempre que sea posible. La atención domiciliaria debe ser proporcionada en un ambiente tranquilo y confortable. Se recomienda la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su atención domiciliaria, siempre que sea posible.

ANEXOS:

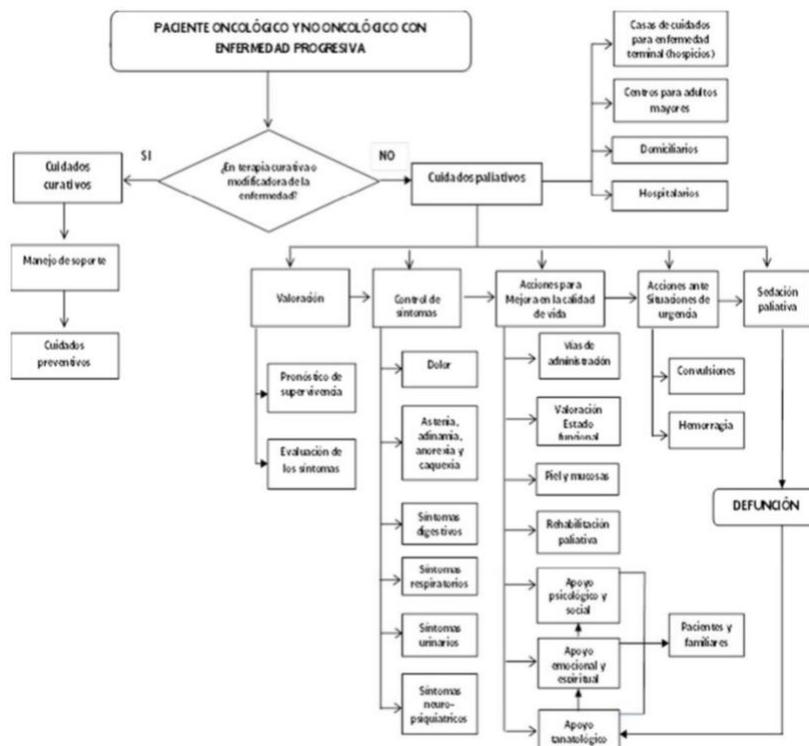


Figura. Flujograma de cuidados paliativos

Cuadro 3.2.1. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SINTOMAS EDMONTON (ESAS)

Evalúa el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un periodo de tiempo determinado (24 horas, 48 horas y 1 semana), según la condición del paciente. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

Fuente: Watanabe, S. M., Nekolaichuk, C. L. and Beaumont, C. The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement. *Psycho-Oncology*. 2012; 21: 977–985.

Cuadro 3.2.2. ESCALA PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE (PaP SCORE)

VARIABLE		PUNTAJE
Disnea	Presente	1
	Ausente	0
Anorexia	Presente	1
	Ausente	0
Estimación clínica	>12	0
	11-12	2
	9-10	2.5
	7-8	2.5
	5-6	4.5
	3-4	6
	1-2	8.5
Índice de Karnofsky	>30	0
	10-20	2.5
Leucocitos totales por mm³	<8.500	0
	8.501 – 11.000	0.5
	>11.000	1.5
Porcentaje de linfocitos	< 12	2.5
	12-19.9	1
	>20	0

Grupos de Riesgo		PUNTAJE TOTAL
Grupos de Riesgo	A Probabilidad de sobrevivir a 30 días > 70%	0 – 5.5
	B Probabilidad de sobrevivir a 30 días 30-70%	5.6 – 11
	C Probabilidad de sobrevivir a 30 días < 30%	11.1 – 17.5

Fuente: López B. Validación del Índice Pronóstico de Supervivencia (Pap Score) en Cuidados Paliativos. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014;13(3):162-166

Cuadro 3.2.3 ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY

ESCALA	VALORACIÓN FUNCIONAL
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
40	Invalidez, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
30	Invalidez grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
10	Moribundo
0	Fallecido

Fuente: López B. Validación del Índice Pronóstico de Supervivencia (Pap Score) en Cuidados Paliativos. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;13(3):162-166

3.2.8 detección del síndrome confusional agudo (delirium).

Confusion assessment method (CAM)

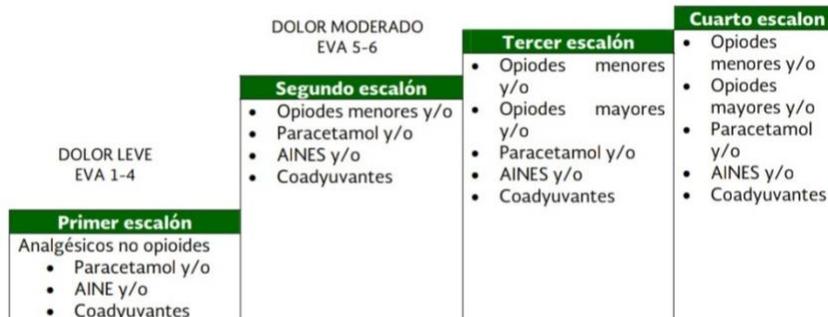
Criterio1 Comienzo agudo y fluctuante	Hay evidencia de un cambio agudo o reciente en el estado mental del paciente, o bien la conducta o el estado mental fluctúa durante el día.
Criterio2 Desatención	El paciente tiene dificultad para concentrarse, se distrae fácilmente.
Criterio3 Pensamiento desorganizado	El paciente tiene una conversación vaga, incoherente, ilógica, flujo de ideas o cambios no justificados de un tema a otro.
Criterio4 Nivel de conciencia disminuido	La respuesta a preguntas es lenta, o bien está somnoliento.

Para establecer la sospecha de síndrome confusional (delirium) se requieren los criterios 1 y 2 de forma obligada y uno cualquiera de los criterios 3 y 4.

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Howitz, RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990;113, 941-8.

Cuadro 3.2.10. ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS MODIFICADA

DOLOR SEVERO EVA 7-10



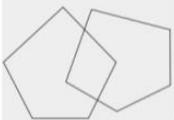
Fuente: Fernández Hernández M, Bouzas Pérez D, Maldonado Vega S, Carceller Malo J M. Guía Básica de Fármacos y Dolor. Rev electron AnestesiaR 2014; Vol 6 (2): 29

Cuadro 3.2.11. CAUSAS DE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS

Gastrointestinal	Metabólicas	Fármacos	Centrales	Otras
<ul style="list-style-type: none"> Estreñimiento Irritación/distensión gástrica Obstrucción intestinal (parcial o total) De origen reflejo 	<ul style="list-style-type: none"> Hipercalemia Uremia Cetosis Deshidratación 	<ul style="list-style-type: none"> Opioides Quimioterápicos AINES Corticoides 	<ul style="list-style-type: none"> Procesos expansivos Patología vestibular 	<ul style="list-style-type: none"> Post radioterapia Psicogénicas

Fuente: Jacob G. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014

Cuadro 3.2.7. ESCALA MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN (MMSE-30)

Orientación temporal				
Día	0	1		
Fecha	0	1		
Mes	0	1		
Estación	0	1		
Año	0	1		
Orientación espacial				
Hospital o lugar	0	1		
Planta	0	1		
Ciudad	0	1		
Provincia	0	1		
Nación	0	1		
Fijación				
Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:				
Papel	0	1		
Bicicleta	0	1		
Cuchara	0	1		
Concentración (solo una de las 2 opciones)				
a. Restar desde 100 de 7 en 7	0	1	2	3
b. Deletree la palabra "MUNDO" al revés	0	1	2	3
	4	5		
	0	1	2	3
Memoria				
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0	1	2	3
Lenguaje				
Mostrar un bolígrafo, ¿Qué es esto?	0	1		
Repetirlo con el reloj	0	1		
Repita la frase: "Ni sí, ni no, ni peros"	0	1		
Tome este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0	1	2	3
Lea esto y haga lo que	0	1		
CIERRE LOS OJOS				
Escriba una frase	0	1		
Copie este dibujo	0	1		
				
Total =				
Años escolarización=				
Deterioro cognitivo:				
<18 puntos en analfabetos.				
<21 puntos en escolaridad baja (no estudios primarios).				
<24 puntos en escolaridad alta (estudios primarios o más).				

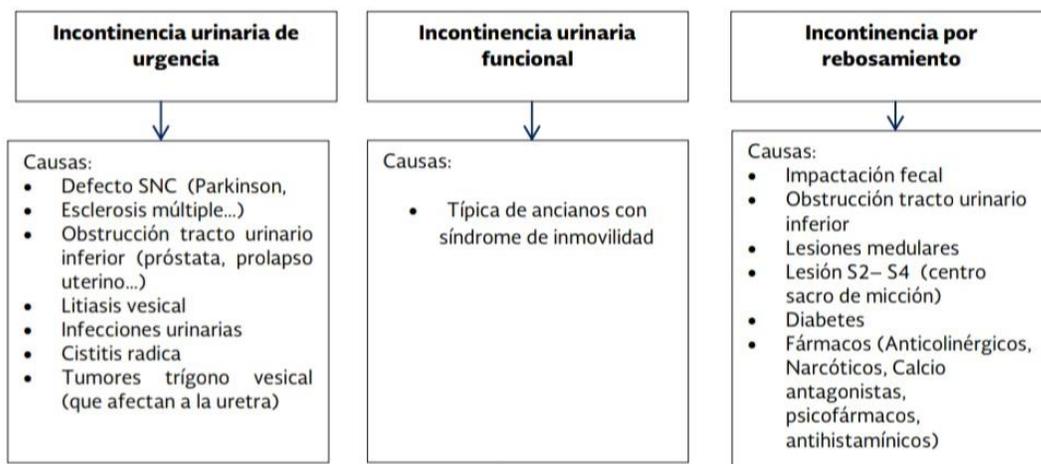
Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Bermejo F, Morales JM, Valerga C, Del Ser T, Artolazábal J, Gabriel R. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia. Datos de un estudio en ancianos residentes en la comunidad. Med Clin [Barc] 1999; 112: 330-4.

Cuadro 3.2.1.4. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (Beck Anxiety Inventory BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

Fuente: Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Clínica y Salud 25 (2014) 39-48

Cuadro 3.2.15 TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA



Fuente: Jacob G. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014