



**Universidad del sureste
Campus Comitán
Medicina Humana**



**Xóchitl Monserrath Jiménez del Agua
y Culebro.**

Medicina Paliativa.

6°

“A”

Dr. Jorge Arturo López Cadenas.

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

Es importante resaltar que 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 sobrevivida.

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. Se prevé que en el año 2030 las ENT superarán a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como principal causa de defunción

Diagnostico

- se recomienda la utilización de instrumentos validados como la escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)
- la escala Palliative Prognostic Score (PaP) para la evaluación de los pacientes que requieren cuidados paliativos
- Utilizar la escala de Karnofsky para evaluar la supervivencia.
- En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor

❖ Escalas visuales analógicas (EVA)



❖ Escala de dolor para pacientes con demencia (PAINAD)

Ítem	0	1	2	3	4
Respostas verbales	Responde verbalmente a preguntas sencillas				
Respostas físicas	Responde físicamente a preguntas sencillas				
Respostas faciales	Responde facialmente a preguntas sencillas				
Respostas motoras	Responde motoramente a preguntas sencillas				
Respostas de cuidado	Responde con cuidado a preguntas sencillas				

- ❖ Cuestionario Breve del Dolor (CBD)
- ❖ Se sugiere emplear el test mini mental de Folstein (MMT) para realizar evaluación de la función cognitiva

Tratamiento

1. La vía oral es la vía de elección para la administración de fármacos. Las indicaciones para la elección de una vía alternativa a la oral son:
 - ❖ 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.
2. La vía subcutánea puede resultar una opción adecuada, a través de catéteres intermitentes, jeringas de insulina, o infusión continua mediante dispositivos portátiles.

Los fármacos más utilizados por vía subcutánea son:

- Morfina
- Midazolam
- Haloperidol
- Hioscina
- Metoclopramida
- Furosemide
- Ceftriaxona
- Difenhidramina
- Octreótida
- Levomepromazina
- Ondansetrón

No deben utilizarse fármacos oleosos o irritantes como: diazepam y la mayoría de los antibióticos.

3. No se recomienda la aplicación de fármacos por vía intramuscular ya que es dolorosa
4. La vía endovenosa es frecuentemente utilizada en pacientes hospitalizados.

Analgésicos más eficaces para el tratamiento

Para el dolor se recomienda: evaluación multidimensional del dolor e identificar el tipo de dolor, su intensidad, causas, características, cronología y repercusiones en el paciente y su familia.

Cuadro 3.2.10. ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS MODIFICADA



Fuente: Fernández Hernández M, Bouzas Pérez D, Muñoz Vega S, Carriller Mato J M. Guía Básica de Fármacos y Dolor. Rev. electron Anestesiol. 2014; Vol 6 (2): 29

Se recomienda terapia combinada, tratamiento complementario como terapias físicas, ocupacionales y psicológicas. Técnicas quirúrgicas o intervencionistas

Soporte nutricional que deben tener los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos

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.

En casos seleccionados en los que la anorexia sea un síntoma predominante, se puede considerar un tratamiento farmacológico, los corticoides son los fármacos de elección, para el manejo de la astenia incluye el uso de corticoesteroides y psicoestimulantes.

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.

Intervenciones

1. 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.

De acuerdo al comportamiento psicomotor y al estado de alerta se describen tres subtipos:

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

2. 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%

El inventario DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI: Beck Depression Inventory) es una escala estandarizada para población mexicana

Cuadro 3.2.13. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Instrucciones: Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión	
1. a) No me siento triste. b) Me siento triste. c) Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza. d) Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.	6. a) No creo que este siendo castigado. b) Creo que puedo ser castigado. c) Espero ser castigado. d) Creo que estoy siendo castigado.
2. a) No me siento especialmente desanimado ante el futuro. b) Me siento desanimado con respecto al futuro. c) Siento que no tengo nada que esperar. d) Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.	7. a) No me siento decepcionado de mi mismo. b) Me he decepcionado a mi mismo. c) Estoy disgustado conmigo mismo. d) Me odio.
3. a) No creo que sea un fracaso. b) Creo que he fracasado más que cualquier persona normal. c) Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos. d) Creo que soy un fracaso absoluto como persona.	8. a) No creo ser peor que los demás. b) Me critico por mis debilidades o errores. c) Me culpo siempre por mis errores. d) Me culpo de todo lo malo que sucede.
4. a) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes. b) No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo. c) Ya no tengo verdadero satisfacción de nada. d) Estoy insatisfecho o oaburrido de todo.	9. a) No pienso en matarme. b) Pienso en matarme, pero no lo haría. c) Me gustaría matarme. d) Me mataría si tuviera la oportunidad.
5. a) No me siento especialmente culpable. b) No me siento culpable una buena parte del tiempo. c) Me siento culpable casi siempre. d) Me siento culpable siempre.	10. a) No lloro más de lo de costumbre. b) Ahora lloro más de lo que lo solía hacer. c) Ahora lloro todo el tiempo. d) Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

Fuente: Vega J. et al. Validity of a version in Spanish of the Beck Depression Inventory in medical in-patients. Rev Neuropsiquiatr 2014;77 (2).

Cuadro 3.2.13. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Instrucciones: Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión	
11. a) Las cosas no me irritan más que de costumbre. b) Las cosas me irritan más que de costumbre. c) Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo. d) Ahora me siento irritado todo el tiempo.	17. a) No me canso más que de costumbre. b) Me canso más fácilmente que de costumbre. c) Me canso sin hacer nada. d) Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
12. a) No he perdido el interés por otras cosas. b) Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre. c) He perdido casi todo el interés por otras personas. d) He perdido todo mi interés por otras personas.	18. a) Mi apetito no es peor que de costumbre. b) Mi apetito no es tan bueno como solía ser. c) Mi apetito está mucho peor ahora. d) Ya no tengo apetito.
13. a) Tomo decisiones casi siempre. b) Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre. c) Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes. d) Ya no puedo tomar decisiones.	19. a) No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente. b) He rebajado más de dos kilos y medio. c) He rebajado más de cinco kilos. d) He rebajado más de siete kilos y medio.
14. a) No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre. b) Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos. c) Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parece poco atractivo. d) Creo que me veo feo.	20. a) No me preocupo por mi salud más que de costumbre. b) Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento. c) Estoy preocupado por mis problemas físico y me resulta difícil pensar en otra cosa. d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
15. a) Puedo trabajar tan bien como antes. b) Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo. c) Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa. d) No puedo trabajar en absoluto.	21. a) No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo. b) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar. c) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. d) He perdido por completo el interés en el sexo.
16. a) Puedo dormir tan bien como antes. b) No puedo dormir tan bien como solía. c) Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir. d) Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.	

Fuente: Vega J. et al. Validity of a version in Spanish of the Beck Depression Inventory in medical in-patients

3. 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.

4. INSOMNIO

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.

INTERVENCIÓN CON ENFOQUE PSICOSOCIAL, EMOCIONAL Y ESPIRITUAL

Enfrentarse a una enfermedad amenazante para la vida ocasiona una serie de necesidades psicosociales en los pacientes. 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 espiritual debe ser parte integral del plan de cuidados paliativos, tomar en cuenta las creencias. Detectar a familiares con riesgo de desarrollar un duelo patológico para su posterior control.

REHABILITACIÓN PALIATIVA MAS EFECTIVA PARA RETRASAR O DISMINUIR LA PERDIDA DE LA FUNCIONALIDAD

La fisioterapia en cuidados paliativos, es el trabajo en equipo para tratar el dolor, prevenir las lesiones de piel, las complicaciones respiratorias y cardiovasculares, incentivar y mantener la actividad física autónoma mientras sea posible

CUIDADOS EN URGENCIA A PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS

El manejo inicial de un paciente con crisis convulsivas en cuidados paliativos debe incluir la identificación y el tratamiento de las posibles causas desencadenantes e instrucciones a los cuidadores del paciente, incluida la posibilidad de administración de medicación anticonvulsivante. D NICE MINSAL, 2016 El tratamiento inicial de la crisis convulsiva es diazepam intravenoso. La opción alternativa es midazolam subcutáneo.

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. Se recomienda que a los enfermos con sangrado activo y potencialmente fatal o grave, deban de ser hospitalizados, evaluados y tratados según la importancia del mismo, según el profesional a cargo.

Las intervenciones paliativas deberían basarse en las necesidades del enfermo y de su familia y en un plazo de supervivencia esperada. 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 y sus familiares puedan comprender y asociar con medidas terapéuticas estandarizadas.

Bibliografía

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