



**Universidad del sureste
Medicina humana**



**Trabajo:
Resumen**

**Nombre del alumno:
Hugo de Jesus Monjaras Hidalgo**

**Grado y Grupo
6 "A"**

**Materia
Medicina Paliativa**

**Docente:
Dr. Jorge Lopez Cadenas**

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de octubre del 2024

Cuidados paliativos en pacientes adultos

El abordaje de los pacientes con necesidades paliativas debe realizarse por parte del profesional realizando una valoración multidimensional, que permita identificar todo tipo de necesidad que surge en el proceso de la enfermedad, por lo cual se requiere hacer revisión detallada de cada una de las siguientes áreas: historia de la enfermedad, situación física (síntomas y exploración), situación emocional, nivel de información y deseos de participar en la toma de decisiones, situación sociofamiliar y sistema de valores e inquietudes relativas a la esfera existencial/espiritual.

La trayectoria de la enfermedad se presenta de forma diferente en pacientes oncológicos y no oncológicos, la sintomatología varía en gran medida según el tipo de patología que predomina en cada grupo, por lo cual la evaluación de este tipo de pacientes es diferente entre sí.

El uso de escalas es una herramienta común en cuidados paliativos, pese a que algunas de ellas no se encuentran validadas para el contexto latinoamericano, por lo que los profesionales de la enfermería acuden a factores clínicos para determinar la necesidad de cuidados paliativos.

En la atención al dolor en cuidados paliativos se recomienda la evaluación constante integral 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.

Las vías de administración de medicamentos más efectivas en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos son: 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. Existen, sin embargo, situaciones en las que esta vía no está disponible, debiendo considerarse la utilización de vías alternativas. 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.

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. Su aplicación no atenta contra el confort del paciente y constituye, además, un acceso seguro, de bajo costo y fácil manejo, especialmente para el cuidado en domicilio.

Los fármacos más utilizados por vía subcutánea son: morfina, midazolam, haloperidol, hioscina, metoclopramida, difenhidramina, ondansetrón y combinarse en la misma jeringa antes de aplicarlos y otros deben prescribirse y aplicarse en forma separada como: dexametasona, fenobarbital, furosemide, diclofenaco y ketorolaco.

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.

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.

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.

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).

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 (ver tabla de medicamentos).

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.

ASTENIA, ANOREXIA Y CAQUEXIA

La evaluación inicial por parte del equipo ante un paciente con astenia, anorexia o caquexia incluye valoración nutricional, la identificación, si es posible el tratamiento de las causas desencadenantes, el registro de las actividades, reposo-sueño adaptados a cada situación, y una exploración de las expectativas/creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores.

En caso de necesidad de tratamiento farmacológico en enfermedad terminal, los corticoides son los fármacos de elección para anorexia, astenia o caquexia. No se recomienda el uso de hidracina.

El tratamiento farmacológico para el manejo de la astenia incluye el uso de corticoesteroides y psicoestimulantes.

La evaluación inicial por parte del equipo ante un paciente con astenia, anorexia-caquexia incluye la identificación, si es posible el tratamiento de las causas desencadenantes, el consejo sobre actividades diarias; reposo-sueño adaptados a cada situación, una exploración de las expectativas/creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores.

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.

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).

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, incluidos los estadios 1 y 2 producidos por quimioterapia o radioterapia.

La loperamida está indicada hasta conseguir 12 horas sin deposiciones. En el caso de la radioterapia, está indicado durante el tiempo que dure el tratamiento.

ASCITIS MALIGNA

La ascitis maligna se puede presentar como primer síntoma de una enfermedad oncológica en el 52 a 54% de los casos y de esos un 20% tienen un tumor primario desconocido.

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.

Las causas son múltiples y en el 50% de los casos el delirium es reversible, por lo que es esencial la evaluación y la búsqueda de las causas potencialmente reversibles.

El delirium, tanto en su forma hiperactiva como en la hipoactiva, es causa de gran sufrimiento en los pacientes, su familia y el equipo de salud, especialmente cuando está asociado a alucinaciones e ideación delirante.

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.

El impacto del diagnóstico y tratamiento del cáncer provoca una serie de respuestas psiconeuroinmunológicas, psicobiológicas y psicosociales, que afectan la calidad de vida del paciente.

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 pacientes con niveles significativos de sufrimiento psicológico deben ser derivados para recibir apoyo psicológico especializado.

El abordaje familiar es una parte esencial dentro de los cuidados paliativos, es indispensable que los profesionales de la enfermería realicen las intervenciones necesarias para asegurar la continuidad de los cuidados, y es su deber educar y orientar con el fin de apoyar a los cuidadores familiares durante este proceso. Una enfermedad grave provoca una crisis en la familia (ansiedad, miedo, confusión, rechazo, ira), por las necesidades de atención que requiere el paciente, además es indispensable una buena atención al final de la vida como brindar atención básica y apoyo espiritual a los pacientes, reconocer y tratar los síntomas, asegurar la continuidad en la atención, respetar los deseos al final de la vida, ofreciendo apoyo ambiental, emocional y psicosocial, mantener informada a la familia, promover la comprensión familiar; y establecer una asociación con los cuidadores familiares guiándolos en una toma de decisiones compartida.

Bibliografía

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