



Universidad del sureste
Campus Comitán
Medicina Humana



Tema:

Cuidados paliativos en pacientes adultos

Nombre del alumno:

Daniela Elizabeth Carbajal De León

Materia:

Medicina Paliativa

Grado: 6

Grupo: "A"

Docente:

Dr. Jorge Arturo López Cadenas

Comitán de Domínguez, Chiapas a 12 de octubre del 2024

CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ADULTOS

La OMS define a los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

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; Evalúa la persona en forma integral multidimensional, apreciando además la esfera emocional, social y espiritual. 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.

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); se utiliza en pacientes que reciben cuidados paliativos y con cáncer avanzado. La Escala Pronóstica Paliativa (Palliative Prognostic Score PaP), otorga un pronóstico de supervivencia de pacientes con cáncer que permite al equipo de salud planear y ejecutar labores asistenciales de manera correcta. Se puede 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; Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA), escala de dolor para pacientes con demencia (PAINAD), Cuestionario Breve del Dolor (CBD). La evaluación de la función cognitiva es fundamental por la alta frecuencia de alteraciones cognitivas en pacientes con cáncer, 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%.

Tras completar la evaluación, debe definirse una estrategia terapéutica considerando los siguientes aspectos:

1. Corregir lo corregible: identificar causas potencialmente reversibles e indicar el o los tratamientos específicos.
2. Medidas no farmacológicas de confort: proponer pautas higiénico-dietéticas, consejos o tratamientos no farmacológicos (recomendaciones posturales, adaptación y cuidado del ambiente, acupuntura, fisioterapia, técnicas de respiración).

3. 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.

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. 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.

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.

El dolor es una experiencia multidimensional que requiere la evaluación y el tratamiento de los factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales que intervienen en su expresión. El dolor oncológico es un problema de primera magnitud puesto que hasta el 95% de los pacientes en estadios avanzados de su enfermedad lo padecen. Se estima que entre un 25% a un 45% de los casos, el dolor es tratado de forma insuficiente. 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. 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.

Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS así como fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor. La morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia y de rescate excepto en pacientes con insuficiencia renal, se recomienda el uso de un laxante, siempre que se indique el uso de un opioide. 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, (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).

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%) y se deben tratar de forma específica las causas reversibles de disnea. También se valora el inicio o continuidad del tratamiento con oxígeno para aliviar la disnea, según la respuesta individual. La disnea, también se asocia con factores psicológicos, como la ansiedad y la depresión. 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 general para la disnea es con morfina y benzodiazepina se agrega en caso de ansiedad.

En el síndrome de anorexia-caquexia se deben identificar y tratar las causas secundarias: dolor no controlado, disnea, ascitis, edemas, estreñimiento, náuseas, vómitos, estomatitis y delirium. El tratamiento farmacológico para el manejo de la astenia incluye el uso de corticoesteroides y psicoestimulantes. Es importante reconocer que la astenia, anorexia caquexia, constituye un gran problema de confort para el mayor número de enfermos en fase avanzada.

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. 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. Se sugiere valorar el uso de suplementos y/o complementos nutricionales orales de acuerdo a la etapa de la enfermedad.

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 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. En los vómitos inducidos por quimioterapia con moderado o bajo riesgo de emesis, se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT₃ (como ondansetrón) y corticoides. La metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náuseas y vómitos; sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los vómitos ocasionados por los opioides, especialmente la morfina, generalmente desaparecen a las 48 / 72 horas de iniciado el tratamiento, por lo que en ese plazo debe prescribirse junto a la antieméticos.

Más del 50% de pacientes presentan estreñimiento en grado variable como efecto del tratamiento con opiodes. Es necesario realizar profilaxis con laxantes de acción osmótica (polietilenglicol, lactitol, lactulosa). En situación de agonía es frecuente la impactación fecal o fecaloma, debe tratarse solo si causa disconfort o bien causa o exacerba un síntoma como el delirium.

El tratamiento de la diarrea en cuidados paliativos requiere la identificación de posibles causas corregibles, la loperamida está indicada cuando persista la diarrea de origen no infeccioso,

incluidos los estadios 1 y 2 producidos por quimioterapia o radioterapia. Procurar abundantes líquidos por la vía que mejor tolere el paciente, así como una dieta anti diarreica (exenta de fibras y azúcares).

La oclusión intestinal (OI) es una complicación frecuente de los pacientes oncológicos en etapa terminal, especialmente en aquellos portadores de tumores abomino-pélvicos. La colocación de una sonda nasogástrica con aspiración es el tratamiento estándar para la descompresión, reduciendo las secreciones, los vómitos, el dolor y la distensión abdominal, tanto en el período preoperatorio como en pacientes inoperables. La neostigmina es un inhibidor reversible de la acetilcolinesterasa, que promueve la actividad motora colónica y el tránsito intestinal. Se utiliza para el alivio de la distensión abdominal provocada por íleo adinámico.

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. Se inicia con la espirolactona, hasta llegar a un máximo de 400 mg/d. Toma 2 semanas ver el efecto completo del diurético. Si los cambios en el estilo de vida y el uso de diuréticos falla, se debe realizar una paracentesis. Si se drena más de 5 litros; se debe valorar reponer 6 a 8 g de albúmina endovenosa por cada litro removido. Se recomienda utilizar albúmina al 5% si hay hipovolemia y al 25% si hay hipervolemia.

Entre otros síntomas es importante, 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.

El objetivo de 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, una vez perdida, colaborar con el resto del equipo y con la familia en el cuidado del enfermo.

La sedación paliativa se utiliza para controlar y aliviar los síntomas refractarios en los pacientes durante sus últimos días u horas de vida. Los síntomas refractarios más frecuentes son delirium 54%, disnea 30%, trastornos psicológico 19%, dolor 17%, vómito 5%, entre otros. El consentimiento verbal se considera suficiente, si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Es imprescindible dejar constancia en la historia clínica. Los medicamentos más usados en sedación paliativa son los benzodiazepínicos, especialmente el midazolam y los barbitúricos

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

Es importante considerar las diferencias culturales respecto a la espiritualidad, sin que ello justifique la falta de atención a estos aspectos en personas que pertenecen a grupos culturales distintos al nuestro. Una evaluación espiritual debe ser parte integral del plan de cuidados paliativos. Se recomienda derivar a servicios especializados (psicología y psiquiatría) a la persona con duelo complicado para que reciba atención específica y estructurada.

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.

Bibliografía

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