

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

**Guía de Referencia
Rápida**

cuidados paliativos

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-419-10**



CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-10: Z51.5 Atención paliativa

GPC

Cuidados Paliativos

ISBN 978-607-7790-27-3

DEFINICION

La OMS define 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 supervivencia.

ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

No hay evidencia sobre cuál es el mejor modelo organizativo, la mayoría de los programas contemplan varios niveles de atención, dependiendo de la cantidad y diagnóstico de los pacientes.

El primer nivel: Debería evaluar las necesidades de los pacientes y responder, de acuerdo a sus capacidades en cuanto a conocimientos, habilidades, competencias y recursos. También saber cuándo derivar a los pacientes a otro nivel de atención.

El segundo nivel debería proporcionar la atención a pacientes con necesidades más complejas. Realizar pruebas diagnósticas complementarias o tratamientos específicos ante síntomas de difícil control.

Las intervenciones paliativas deben basarse en las necesidades del enfermo y de su familia más que en un plazo de supervivencia esperada.

Todos los PaFEC (Paciente fuera de expectativa curativa) deberían tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención

El médico proporcionara los cuidados paliativos desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad y se haya informado al enfermo las opciones que existan de cuidados Paliativos, respetando su decisión y (Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos,CAPÍTULO IV Artículo 166 Bis 9) pidiendo el consentimiento informado del enfermo por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal.

ABORDAJE DE LOS SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

A nivel mundial, los centros especializados en cuidados paliativos en los diferentes niveles de atención constan de equipos interdisciplinarios, capacitados, que dependen de los recursos disponibles y asignados para brindar la mejor atención al paciente y su familia.

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

La valoración del dolor requiere una evaluación multidisciplinaria (nocicepción, percepción y expresión), determinar la causa y medir la intensidad)

En el primer escalón de la escalera analgésica, se indican AINE, preferentemente para el tratamiento del dolor de leve a moderado en el paciente que no ha recibido opioides

En el segundo escalón de la escalera analgésico, los opioides de este nivel están indicados en pacientes con dolores leves a moderados.

En el tercer escalón de la escalera analgésica. La morfina ha constituido la primera línea de tratamiento por vía oral o subcutánea, por ser un fármaco de fácil titulación debido a sus cuatro horas de promedio de vida activa, prolongables hasta el doble en los pacientes geriátricos

En la atención al dolor en Cuidados Paliativos se recomienda realizar una evaluación integral, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia

Para valorar el dolor, se recomienda el uso de escalas validadas como la Escala Visual Análoga (EVA) o el Cuestionario Breve del Dolor

La evaluación del dolor y la eficacia del tratamiento debe ser continua y requiere ser documentada, efectuarse a intervalos regulares y después de iniciar el tratamiento, se debe instruir a los pacientes para informar sobre algún cambio en las características del dolor para permitir así una reevaluación apropiada y la consiguiente modificación en el tratamiento.

Morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo. El tratamiento alternativo es fentanilo oral transmucoso

Las terapias alternativas no constituyen un tratamiento de primera línea para el dolor en pacientes en cuidados paliativos.

Los bisfosfonatos por vía IV son los fármacos de elección en la hipercalcemia aguda; se recomiendan dosis altas de aminobisfosfonatos potentes

Los pacientes con tos en CP precisan una evaluación individualizada para diagnosticar y, en la medida de lo posible, tratar las causas específicas de la tos. En el caso del cáncer pulmonar debería valorarse la

quimioterapia paliativa

Para la elección de fármacos, se recomienda valorar otros síntomas acompañantes (dolor, disnea), el uso previo de opioides y posibles interacciones farmacológicas y la vía de administración

En pacientes con cáncer de pulmón en los que la tos no responde a los tratamientos habituales, puede utilizarse cromoglicato disódico

La hipercalcemia ocurre en el 10%-20% de los pacientes con cáncer, tanto en tumores sólidos como en leucemia. Los tumores que se asocian con mayor frecuencia a hipercalcemia son los de mama, pulmón, próstata y mieloma múltiple

COMPRESIÓN MEDULAR

Se estima que la compresión medular maligna (CMM) podría afectar al 3-5% de los pacientes con cáncer y que el 10% de los pacientes con metástasis ósea pueden desarrollarla.

Ante un paciente con CMM se debe realizar una valoración individual que incluya nivel y número de compresiones espinales, tipo de tumor y extensión, pronóstico vital y funcional, grado de afectación neurológica, preferencias del paciente y disponibilidad de tratamiento con radioterapia y cirugía

Hemorragia

Se recomienda, en los pacientes de riesgo, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores:

Disponer en la cabecera del paciente una palangana y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber y disimular la sangre

Colocar al paciente en decúbito lateral y semifowler en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento

Preparar una jeringa precargada con midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mgs Administrados por vía parenteral

Advertir y preparar a los cuidadores de los pacientes de riesgo sobre la posibilidad de un sangrado masivo

Síndrome de la Vena Cava Superior

Actualmente el SVCS se considera una urgencia "relativa", y casi nunca está justificado administrar tratamiento radioterápico urgente hasta no tener el diagnóstico histológico

Las medidas generales para conseguir alivio sintomático:

1. Elevación de la cabecera de la cama a 45-90° para disminuir la presión venosa
2. Oxigenoterapia a alto flujo
3. Diuréticos para reducir el edema
4. Corticoides

Es altamente recomendable que los pacientes susceptibles de desarrollar SVCS, sean monitoreados con radiografías de tórax, examen clínico, pruebas respiratorias y gases arteriales

Náusea y Vómito

El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente en CP requiere una valoración cuidadosa en la etiología y factores implicados por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, para poder realizar un tratamiento individualizado

En los vómitos irruptivos tras el tratamiento con quimioterapia o radioterapia pueden utilizarse los corticoides, domperidona, metoclopramida o combinaciones de corticoides con metoclopramida o domperidona, dependiendo de la intensidad de los síntomas

Metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náuseas y vómitos sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los antagonistas de 5HT₃ pueden añadirse a la terapia convencional en caso

de escaso control de síntomas

Estreñimiento

Se recomienda el uso de laxantes (sen, lactulosa sola o asociada a sen, polietilenglicol, sales de magnesio y parafina líquida) junto a una dieta adecuada (fibra e hidratación suficiente) y ejercicio adaptado. En el caso de impactación fecal pueden utilizarse laxantes por vía rectal (supositorios o enemas)

Oclusión Intestinal

Los pacientes con Oclusión intestinal (OI) requieren una valoración individual que tenga en cuenta su situación funcional, incluidas las contraindicaciones quirúrgicas; la localización de la obstrucción; sus preferencias; la disponibilidad de las técnicas quirúrgicas o endoscópicas, y la experiencia con ellas en el medio donde se trata al paciente

La cirugía y la colocación endoscópica de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA/stents) pueden utilizarse en pacientes con OI seleccionados

El tratamiento médico de la obstrucción intestinal debe incluir analgésicos, antieméticos y antisecretorios. Pueden utilizarse, como terapia añadida, corticoides y butilescopolamina

Piel y Mucosas

Es importante considerar las medidas de prevención de úlceras por decúbito: movilización frecuente (cada 2 horas), lubricación adecuada de la piel, protección de salientes óseas, uso de colchón de agua, aseo diario, especialmente de la zona genital, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza y lubricación

Proporcionar cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente y prevención de lesiones de rascado

Síntomas urinarios

Los fármacos que pueden utilizarse para el tratamiento del tenesmo vesical en CP, son los anticolinérgicos, antiespasmódicos, AINE, corticoides y anestésicos locales

Sedación Paliativa

Cuando el dolor u otro síntoma llegan a ser intratables a pesar de los esfuerzos de su manejo, la sedación paliativa es un recurso que debe utilizarse.

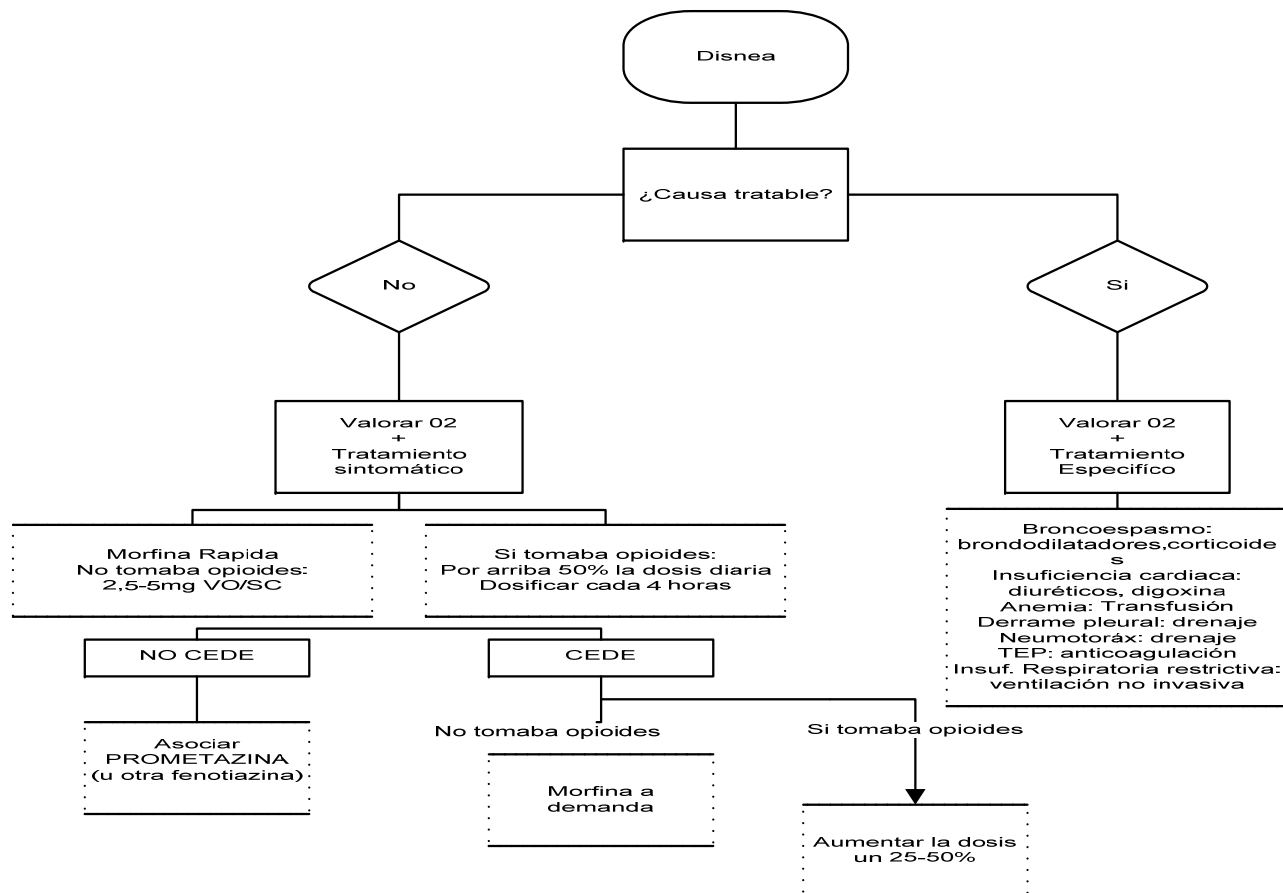
La sedación paliativa se define como la disminución del nivel de conciencia de un paciente sin expectativa curativa con la administración de fármacos, en dosis y combinaciones requeridas, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito

El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere:

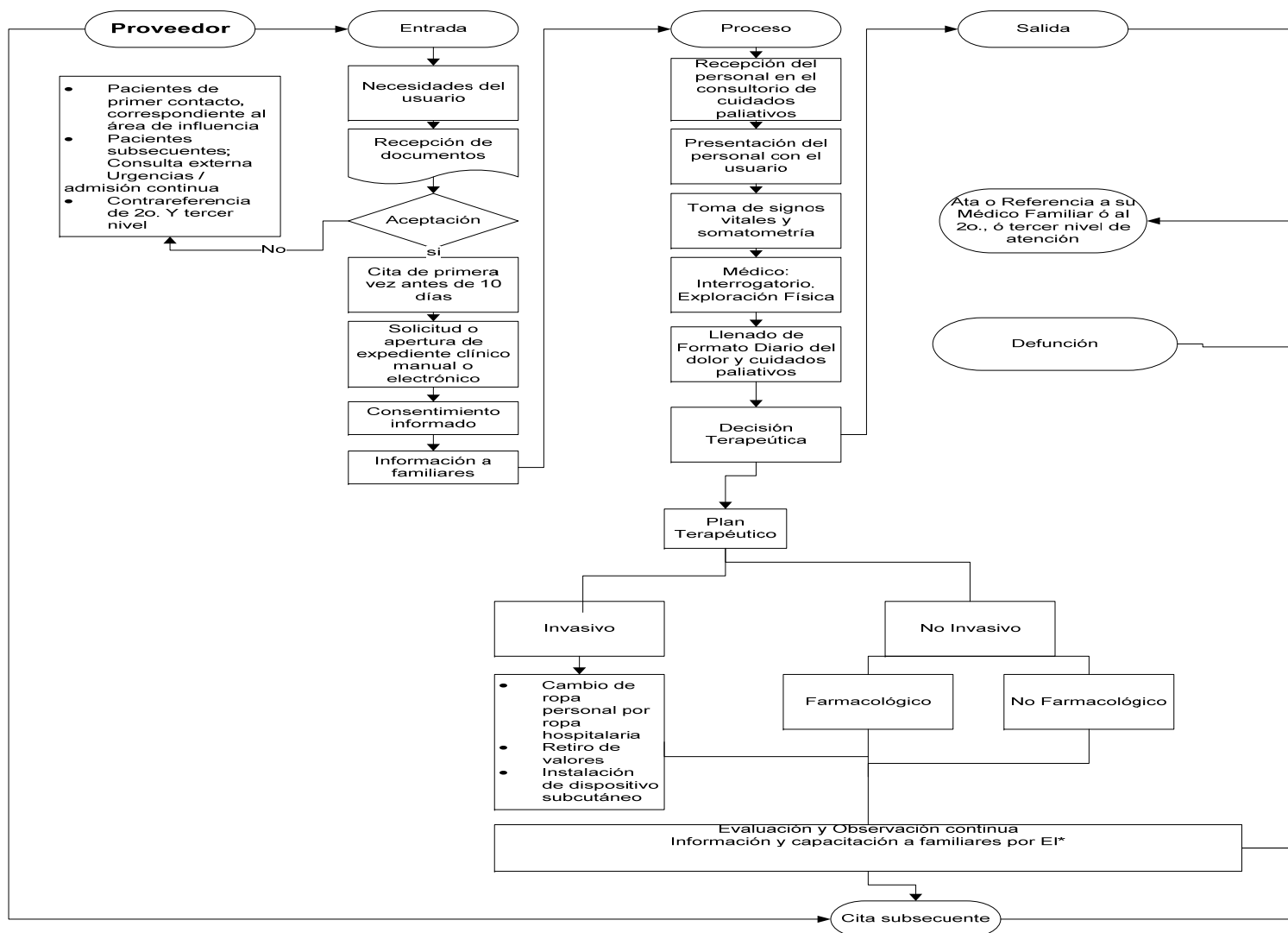
- a) Una indicación terapéutica correcta, efectuada por un médico e idealmente, validada por otro médico
- b) Consentimiento explícito del enfermo, o de la familia cuando el paciente se considere incompetente
- c) Los profesionales implicados deben tener una información clara y completa del proceso y efectuar el registro en la historia clínica
- d) La administración de los fármacos debe ser en las dosis y combinaciones necesarias para lograr el nivel de sedación adecuado

ALGORITMOS

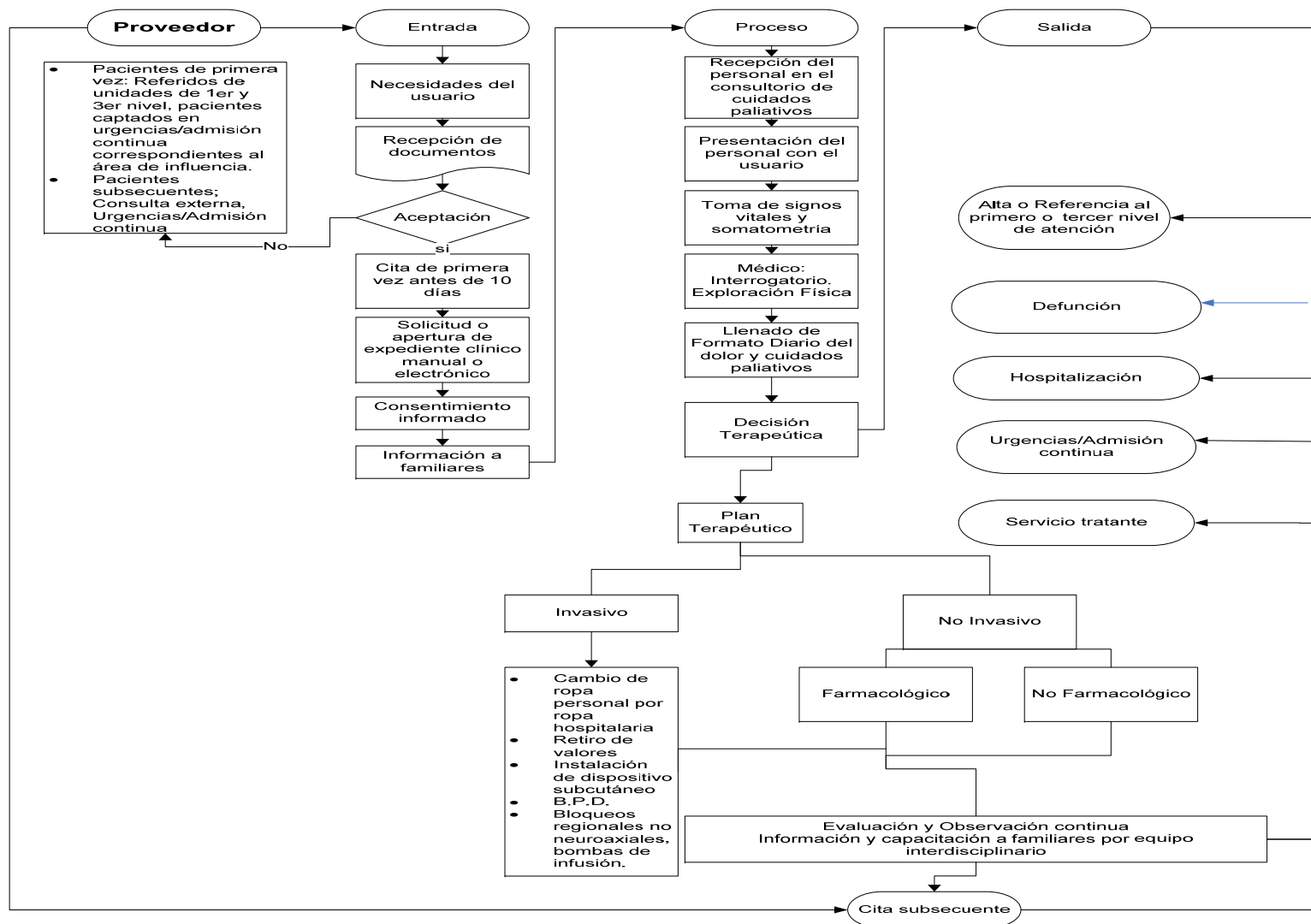
Algoritmo 1. Tratamiento de la disnea en el paciente en cuidados paliativos



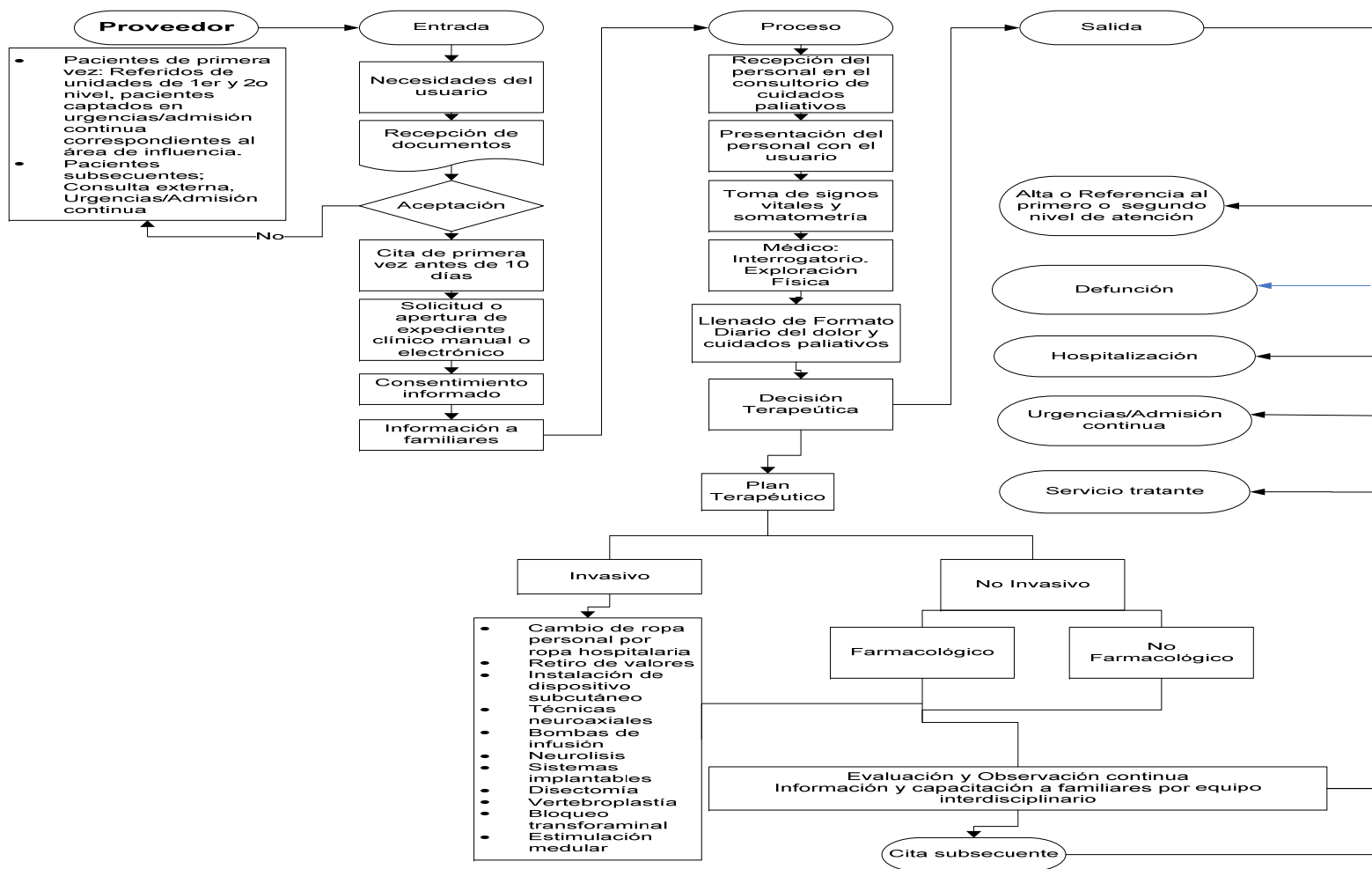
Algoritmo 2. Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención



Algoritmo 3. Cuidados Paliativos en el Segundo Nivel de Atención



Algoritmo 4. Cuidados Paliativos en el Tercer Nivel de Atención



CUADRO 1. NIVELES DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS

NIVELES DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS

	Primer Nivel de Atención	Segundo Nivel de Atención	Tercer Nivel de Atención
	Leve (1 - 3)	Moderado (4 - 6)	Severo (7 -10)
	Curación		Paliativos
Enfermedad	Intervencionismo		
	Medicina Alternativa Dispositivo subcutáneo	Medicina Alternativa Dispositivo subcutáneo Intervencionismo Bloqueo peridural lumbar	Lisis simpática Disectomia Vertebroplastia Bloqueo sacro iliaco Bloqueo del ganglio estelar Bloqueo de plexo celiaco Bloqueo hipogástrico superior Bloqueo transforaminal Bloqueo interlaminar Bloqueo caudal Estimulación Espinal
			Paciente terminal

Nota:

- Los síntomas se miden con la escala ESAS.

El paciente terminal puede contrarreferirse al primer nivel de atención