MINSALUD

IETS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Guía de Práctica Clínica
para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción)

Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia

Guía completa 2016 Guía No 58

Población

Grupos que se consideran:

Pacientes de 18 años de edad o más, oncológicos o no oncológicos, quienes requieren cuidados paliativos.

Grupos que no se consideran:

No se incluye población pediátrica, dado que no se encontraron recomendaciones específicas para menores de 18 años en las GPC que cumplieron los criterios de selección para la adopción. Además las GPC orientadas a la población pediátrica identificada en la búsqueda sistemática no cumplieron los criterios de calidad establecidos a priori para su inclusión en el proceso de adopción.

Aspectos clínicos centrales

Aspectos clínicos abordados por la guía

- Aspectos generales de los cuidados paliativos.
- Comunicación con el paciente y su familia.
- Control de síntomas, sedación y duelo.
- Apoyo psicosocial y espiritual.
- Atención a la familia.
- Tratamiento con opioides fuertes.

Aspectos clínicos no cubiertos por la guía

Esta guía no cubre de manera exhaustiva, todas las áreas de los cuidados paliativos. Por lo tanto no se han incluido los siguientes aspectos:

- Nutrición.
- Técnicas específicas de tratamiento como terapias invasivas para el dolor.
- Tipos específicos de psicoterapia.
- Aspectos emocionales que afectan a los miembros de los equipos que proporcionan cuidados paliativos.

Fuerza de las recomendaciones en el sistema SIGN

Fuerza de las recomendaciones en el sistema SIGN	**A**	Al menos un metanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico, clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
	B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren una gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ o 1+.
	C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren una gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
	D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Fuerza de las recomendaciones en el sistema GRADE

Fuerza de las recomendaciones en el sistema GRADE	**Fuerte a favor (Se recomienda…)**	La mayoría de los pacientes se beneficiarían; > 90 % lo elegirían si fueran informados. Poca variabilidad esperada en la práctica clínica.
	Débil a favor (Se sugiere…)	Incierto que sea lo más adecuado para todos; > 10 % elegirían una Alternativa. Es necesaria ayuda para tomar la decisión. Probable variabilidad en la práctica clínica.

Las recomendaciones marcadas con una llave () son las recomendaciones consideradas prioritarias para el proceso de implementación.

Aspectos organizativos de los cuidados paliativos

1. Las intervenciones paliativas deberían basarse en las necesidades del enfermo y de su familia y en un plazo de supervivencia esperada.



***Recomendación* D**

2. Todos los enfermos en fase final de la vida deberían tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención.



Recomendación D

3. Las organizaciones de salud deben fomentar la formación de sus profesionales para proporcionar unos cuidados paliativos básicos y estar dentro de una red integral de prestadores de servicios de salud.



Recomendación B

4. Los cuidados paliativos deben ser proporcionados por un equipo interdisciplinario.

***Recomendación B*.**

Predicción de la supervivencia

5. Para la estimación de la supervivencia en enfermos con cáncer avanzado, además de la impresión clínica, se recomienda tener en cuenta otros elementos, como la presencia de factores pronósticos (hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbúminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia), el estado funcional (Karnofski), la escala ECOG (Eastern Coopertive Oncology Group), la escala pronóstica PaP (Palliative Prognostic Score), la escala PPS (Palliative Performacnce Status) y PPI (Palliative Prognostic Index), la escala de Barthel, la presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium, el concepto del clínico sobre la calidad de vida y el deterioro cognitivo.



6. En enfermos no oncológicos, los modelos predictivos generales de supervivencia precisan una mayor validación. Es preferible considerar los factores de mal pronóstico de cada enfermedad o escalas validadas (*Seattle Heart Failure Model* para insuficiencia cardíaca congestiva, *MODEL* para insuficiencia hepática, *BODE* para EPOC y otras para valoración clínica específica a consideración del médico tratante), siempre teniendo presente la incertidumbre y el curso poco predecible de las enfermedades no malignas.



Recomendación C

Información, comunicación y toma de decisiones

7. Debería fomentarse la participación de enfermos y cuidadores en la toma de decisiones al final de la vida, a través de profesionales adecuadamente entrenados y respetando el deseo de las personas si no quieren tomar parte en las decisiones.

Recomendación D

8. Los profesionales que participan en la toma de decisiones deben aportar información clara y suficiente, permitiendo al paciente y a sus familiares expresar sus dudas y temores, resolviendo sus preguntas y facilitando el tiempo necesario para la reflexión.

Recomendación D

9. Si el paciente no es capaz de tomar decisiones sobre los cuidados paliativos, deberían considerarse las siguientes opciones en el orden en el que se presentan:

a) Directrices previas, en caso de que las haya.
b) Deseos expresados por el paciente y recogidos en su historia clínica, en caso de que los haya.
c) Representante legal.
d) Familiares a cargo más próximos*.

**La ley 1733 de 2014 del congreso de Colombia define como derechos de los familiares: "Si se trata de un paciente adulto que está inconsciente o en estado de coma, la decisión sobre el cuidado paliativo la tomará su cónyuge e hijos mayores y faltando estos sus padres, seguidos de sus familiares más cercanos por consanguinidad".*

Principios generales del control de síntomas

10. La valoración de los síntomas del paciente en fase final de la vida debe ser interdisciplinar, individualizada, adaptada al enfermo y su familia y continuada en el tiempo

Recomendación D

11. En el caso de optar por el uso de escalas de valoración de síntomas, se recomienda la utilización de instrumentos validados. En nuestro medio puede utilizarse la escala *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS-r). La escala *Rotterdam Symptom Checklist* (validada en lengua española) puede ser utilizada en el contexto de la investigación o en estudios sobre evaluación del impacto de los cuidados paliativos.

12. La vía de administración de medicamentos preferente debe ser la vía oral. Cuando la vía oral no es posible, se recomienda utilizar la vía subcutánea. En algunos casos (fentanilo y buprenorfina) puede utilizarse la vía transdérmica.

Recomendación D

Tratamiento del dolor en cuidados paliativos

13. En la atención al dolor en cuidados paliativos se recomienda realizar una evaluación integral del dolor, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia.



Recomendación D

14. 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.

Recomendación C

Tratamiento del dolor en cuidados paliativos

15. Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS* junto a fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes oncológicos. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente.



*El siguiente es un enlace a la escalera; se recomienda seguir sus instrucciones:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41854/1/9243544829.pdf

Los opioides que tienen registro INVIMA son los siguientes (con sus formas farmacéuticas): buprenorfina (transdérmica), codeína (tabletas), fentanilo (tabletas, soluciones y transdérmica), hidrocodona (tabletas), hidromorfona (tabletas y soluciones), metadona (tabletas), morfina (soluciones), nalbufina (soluciones), oxicodona (tabletas y soluciones), petidina (soluciones), tapentadol (tabletas), tramadol (tabletas y soluciones).

Recomendación D

16. La administración de analgésicos debería ser titulada. Se debe monitorizar la respuesta al tratamiento y adecuar la dosis de forma individualizada.



Recomendación D

Tratamiento del dolor en cuidados paliativos

17. Morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia.



Recomendación A

18. Morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo (1/6 de la dosis total diaria por dosis), para los pacientes con insuficiencia renal se debe ajustar al 10 % de la dosis diaria definida.

Recomendación B

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

Recomendación B

Uso seguro de opioides de pacientes en situación terminal

20. En pacientes en situación terminal, con dolor moderado no controlado o intenso, se sugiere utilizar morfina oral como opioide de primera elección*

*Para hacer la titulación de los opioides se sugiere seguir las recomendaciones del libro Paliación y Cáncer de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos:

- Pacientes nuevos en opioides: dependiente de las características individuales, la titulación se inicia con 1–3 mg intravenoso, cada 10 a 15 minutos, se debe evaluar la eficacia y efectos adversos, hasta lograr un control adecuado del dolor. Debe corresponder a una disminución del 50 % de la calificación inicial, o una disminución a 3 (o menos) en la escala numérica análoga. En adelante, se debe continuar con un esquema de horario basado en la dosis que logró controlar el dolor. Adicionalmente, se pueden ordenar otras dosis "de rescate", equivalentes al 10-20 % de la dosis total de 24 horas, o al 50 % de la dosis regular, cada 4 o 6 horas. Lo anterior, con la finalidad de controlar exacerbaciones del dolor.
- Pacientes tolerantes de opioides: en estos pacientes, es muy importante interrogarse previamente, sobre la causa del mal control del dolor, a pesar del uso de opioides. Se inicia la titulación, con dosis equivalentes al 10-20 % de la dosis total de opioide que venía recibiendo en 24 horas, y reevaluar cada 10 a 15 minutos, hasta lograr el control analgésico. Sin embargo, es frecuente encontrar que dicho control se alcanza con dosis menores de las esperadas en algunos pacientes, por lo tanto, es conveniente tener precaución.



(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

Uso seguro de opioides de pacientes en situación terminal

21. En pacientes en situación terminal, con disnea refractaria, se sugiere utilizar morfina oral, subcutánea o intravenosa.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

Uso seguro de opioides de pacientes en situación terminal

22. En pacientes en situación terminal con dolor moderado no controlado, o intenso, se sugiere utilizar oxicodona oral, hidromorfona oral, fentanilo transdérmico o buprenorfina transdérmica, como alternativa a la morfina oral*.

*La siguiente es la tabla sugerida para establecer la equivalencia de opioides:



(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

Conversión a morfina oral*	Factor para convertir a morfina oral	Factor para convertir de morfina oral
Morfina vo	×1	÷1
Morfina sc	×2	÷2
Morfina ev	×3	÷3
Oxicodona vo	×2	÷2
Hidromorfona vo	×5	÷5
Fentanilo ev	÷10	×10
Fentanilo transdérmico	×24 y ÷10	÷24 y ×10
Buprenorfina transdérmica	÷ 0,583	× 0,583

ev: vía endovenosa; **sc**: vía subcutánea; **ROP**: rotación de opioides; **vo**: vía oral.

Adaptado de: Gonzalez-Barboteo J, Trelis-Navarro J, Tuca-Rodriguez A, Gomez-Batiste X. [Opioid rotation: a therapeutic choice in the management of refractory cancer pain]. Med Clin (Barc). 2010 Nov; 135(13):617–22

Uso seguro de opioides de pacientes en situación terminal

*Indicaciones:

1. Siempre que se requiere convertir la dosis de un opioide a otro para rotarlo, se debe convertir primero a morfina (dosis oral diaria) y luego se hará la conversión al opioide deseado.
2. Por ejemplo, si deseamos convertir oxicodona a morfina oral, se debe:
    a. El paciente recibe 30 mg de oxicodona por vía oral
    b. Se multiplican los 30 mg por 2 y así obtenemos un valor de 60 mg de morfina.
3. Un ejemplo más complejo: convertir fentanilo transdérmico a hidrocodona.
    a. El paciente recibe 50mcg/hora de fentanilo
    b. Tomamos la columna 1, donde se multiplican los 50 mcg de fentanilo por 24 horas (50* 24=1200), y luego se divide por el factor de conversión, es decir 10, lo que resulta una dosis diaria de morfina de 120 mg.
    c. Para conocer la dosis de hidrocodona, utilizamos la segunda columna, para esto se divide 120 entre el factor de hidromorfona que es 5.
    d. Dosis de hidromorfona diaria es de 24 mg.

Uso seguro de opioides de pacientes en situación terminal

23. En pacientes en situación terminal con dolor intenso no controlado a pesar de un tratamiento inicial adecuado, se sugiere realizar una rotación o cambio de opioide*.

* Los opioides que tienen registro INVIMA son los siguientes (con sus formas farmacéuticas): buprenorfina (transdérmica), codeína (tabletas), fentanilo (tabletas, soluciones y transdérmica), hidrocodona (tabletas), hidromorfona (tabletas y soluciones), metadona (tabletas), morfina (soluciones), nalbufina (soluciones), oxicodona (tabletas y soluciones), petidina (soluciones), tapentadol (tabletas), tramadol (tabletas y soluciones).

Para hacer la rotación de los opioides se sugiere seguir las recomendaciones del libro Paliación y Cáncer de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos:

- Para la rotación, es importante tener en cuenta la equipotencia analgésica de los medicamentos opioides. Según el control del dolor, se debe iniciar con un 25 % menos de la dosis calculada para el nuevo opioide, y ajustar según la respuesta para minimizar los efectos adversos. Sobre este punto, medicamentos como el fentanil y la metadona, tienen reglas de conversión específicas en virtud de sus características farmacocinéticas diferenciales, y debe recurrirse a otras tablas de conversión.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia muy baja)

Uso seguro de opioides de pacientes en situación terminal

24. Se sugiere mantener el tratamiento con opioides, en pacientes en situación terminal, mientras permanezca la causa que lo motiva.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

25. En los pacientes en situación terminal en los que se detecta una reducción o desaparición del dolor, se sugiere valorar de forma individualizada el retiro progresivo del opioide, parcial o totalmente, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, el balance beneficio/riesgo, la duración del tratamiento, y la posible presencia de dependencia para evitar el síndrome de abstinencia a opioides.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

26. En caso de decidir reducir la dosis del opioide, el ritmo de reducción se sugiere hacerlo de forma individualizada, según la respuesta (reaparición de dolor, síndrome de deprivación) y prescribiendo siempre dosis de rescate.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

Uso seguro de opioides de pacientes en situación terminal

27. En pacientes en situación terminal, en los que se requiere utilizar un opioide a largo plazo, se sugiere utilizar la vía oral si está disponible. En caso de no estar disponible la vía oral puede utilizarse la vía subcutánea.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

28. No se sugiere el uso de la vía nebulizada para el tratamiento de la disnea refractaria con opioides.

(Recomendación débil en contra, calidad de la evidencia baja)

29. En pacientes en situación terminal que presentan neurotoxicidad por opioides, se sugiere realizar rotación de opioides.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

Uso seguro de opioides de pacientes en situación terminal

30. En pacientes en situación terminal a los que se prescribe un opioide se sugiere utilizar al mismo tiempo medidas preventivas para el estreñimiento como laxantes, dieta rica en residuos y líquidos.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

31. Para la prevención y el tratamiento de las náuseas y los vómitos, inducidos por opioides, se sugiere prescribir metoclopramida como primera elección y los antagonistas de los receptores de la serotonina (5HT3) cuando el control es insuficiente.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

32. En pacientes en situación terminal con dolor irruptivo, se sugiere utilizar la morfina de liberación rápida como fármaco de elección. En pacientes con dificultad para la deglución, se recomienda utilizar morfina subcutánea.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

Dolor neuropático de origen oncológico

33. Se sugiere ofrecer la opción de la amitriptilina, duloxetina, gabapentina o pregabalina como tratamiento de inicio del dolor neuropático, salvo en la neuralgia del trigémino.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

34. 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.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

35. 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

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

Dolor neuropático de origen oncológico

36. 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.

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

37. Se sugiere como tratamiento complementario las terapias no farmacológicas, por ejemplo, terapias físicas, psicológicas, así como cirugía (que pueden ser ofrecidos a través de servicios especializados)

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

38. Se sugiere el uso de opioides fuertes en el manejo de dolor neuropático de origen oncológico cuando los demás tratamientos farmacológicos han fracasado

(Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja)

Astenia, anorexia y caquexia

39. 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 registro de las actividades; reposo y sueño adaptados a cada situación, y una exploración de las expectativas y creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores.

* La astenia es un síntoma multidimensional frecuente en la enfermedad avanzada. Se define como la disminución de la energía o aumento de la necesidad de descansar desproporcionado con la actividad física habitual. Para su diagnóstico el síntoma debe estar presente casi a diario en las últimas dos semanas y acompañarse de 5 o más de los siguientes síntomas:

- Debilidad generalizada o pesadez de las extremidades.
- Disminución de la concentración o atención.
- Disminución de la motivación para realizar actividades habituales.
- Insomnio o hipersomnia.
- Sueño no reparador.
- Necesidad percibida de luchar para superar la inactividad física.
- Reactividad emocional al sentir la astenia (tristeza, frustración, irritabilidad).
- Dificultad para completar las tareas diarias.
- Dificultades de memoria a corto plazo.
- Malestar general tras el ejercicio físico que dura varias horas después de hacerlo.

*** El síndrome de anorexia-caquexia es un estado de emaciación que implica la pérdida de músculo y grasa causada por la enfermedad subyacente y mediada indirectamente por factores secundarios. La disminución de la ingesta oral y los complejos cambios metabólicos causan un balance negativo crónico de energía y proteína, lo cual se asocia a aceleración del metabolismo.*

En la valoración inicial debe existir: anorexia (mayor o igual de 3/10 en escala numérica o visual análoga) o pérdida de peso (2 % en 2 meses, 5 % en 6 meses) o percepción del paciente de una disminución de la ingesta oral mayor del 25 %.

Recomendación D

Astenia, anorexia y caquexia

40. En casos seleccionados en los que la anorexia sea un síntoma predominante, se puede ensayar un tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta la predicción de la supervivencia, los síntomas acompañantes, las interacciones farmacológicas y los posibles efectos secundarios de la medicación.

Recomendación A

41. En caso de necesidad de tratamiento farmacológico, los corticoides, en primer lugar, y el acetato de megestrol, como segunda opción, son los fármacos de elección. No se recomienda el uso de hidracina. Se requieren más estudios con metilfenidato.

Recomendación A

Deshidratación

42. La vía oral es la vía de elección para el aporte de líquidos; siempre que se pueda debe evitarse el uso de la vía parenteral.

Recomendación D

43. La administración de líquidos por vía parenteral requiere una valoración individualizada, sopesando riesgos y beneficios y el pronóstico del paciente a corto plazo.

Recomendación D

44. Si se opta por la rehidratación parenteral en ámbito hospitalario o no hospitalario, puede considerarse en primer lugar la vía subcutánea, siempre que se cuente con los medios necesarios y personal entrenado.

Recomendación B

Disnea

45. Deben tratarse de forma específica las causas reversibles de la disnea, como la insuficiencia cardiaca, la exacerbación de la EPOC, las arritmias cardiacas, la anemia, el derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar, el síndrome de la vena cava superior, el asma, la linfagitis carcinomatosa y la obstrucción de la vía aérea.

Recomendación D

46. En ausencia de evidencia adecuada que permita predecir qué pacientes pueden beneficiarse más del tratamiento con oxígeno para aliviar la disnea, se recomienda valorar la continuidad del tratamiento según la respuesta individual.

Recomendación B

47. La morfina es el fármaco de primera elección, por vía oral y parenteral, para el manejo de disnea.

Recomendación A

1.3.4.2 Tos

48. 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.

Recomendación D

49. Como fármacos iniciales pueden utilizarse dihidrocodeína y codeína.

Recomendación B

1.3.4.3 Obstrucción de la vena cava superior

50. Pacientes con obstrucción de la vena cava superior pueden ser tratados con corticoides y remitir a un nivel de atención superior.

Recomendación D

Delirium

51. La atención inicial al paciente con delirium debería incluir la identificación y tratamiento de las causas desencadenantes, la información adecuada a los familiares y cuidadores, y la valoración de la necesidad del tratamiento sintomático farmacológico.

Recomendación D

52. Haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delirium.

Recomendación B

53. Se sugiere añadir lorazepam a haloperidol en caso de delirium con ansiedad o agitación.

Recomendación D

Delirium

54. En el delirium con agitación intensa no controlado con haloperidol se puede adicionar midazolam.



Recomendación D

55. 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.

Recomendación D

Insomnio

56. 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.

Recomendación D

57. Siempre que sea posible se deben intentar corregir los factores que predisponen al insomnio o lo desencadenan.

Recomendación D

58. En los casos de depresión asociada pueden utilizarse los antidepresivos con acción sedante para el tratamiento del insomnio.

Recomendación D

Ansiedad

59. El tratamiento de la ansiedad requiere una evaluación individual del paciente en fase 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.

Recomendación D

60. Las medidas de apoyo psicológico al enfermo y sus allegados son la primera medida que debe proporcionarse tras la valoración individual.

Recomendación D

61. Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando el apoyo psicológico no es suficiente. Pueden utilizarse benzodiacepinas, preferentemente las de acción corta o intermedia.

Recomendación D

Depresión

62. 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.

***Recomendación* D**

63. 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 profesionales de la salud especializados dentro de un programa estructurado.

***Recomendación* B**

64. En caso necesario pueden utilizarse fármacos antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina o tricíclicos), teniendo en cuenta sus propiedades farmacológicas, otros fármacos que recibe el paciente y el perfil de síntomas.

***Recomendación* B**

Boca seca (Xerostomía)

65. En los pacientes con xerostomía, además de la higiene de la boca, se pueden utilizar estimulantes de la salivación, hielo o saliva artificial.

Recomendación D

66. En el caso de precisarse tratamiento farmacológico de la xerostomía está indicada la pilocarpina, teniendo en cuenta su beneficio y la posibilidad de efectos secundarios.

Recomendación A

Candidiasis

67. La candidiasis no relacionada directamente con radioterapia o quimioterapia puede ser tratada en primer lugar con antifúngicos tópicos y, en caso necesario, con antifúngicos orales.

Recomendación B

68. En los pacientes oncológicos con candidiasis oral tras tratamiento inmunosupresor, puede utilizarse el tratamiento con ketoconazol y fluconazol.

Recomendación A

69. 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 o ketoconazol) son los fármacos de elección en la prevención de la candidiasis oral.

Recomendación A

Disfagia

70. El tratamiento de la disfagia requiere una valoración individualizada para identificar y, si es posible, tratar las diferentes causas implicadas.

Recomendación D

71. 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.

Recomendación D

72. En caso de disfagia obstructiva por invasión tumoral se puede ensayar un ciclo corto de corticoides.

Recomendación D

73. En caso de disfagia grave que no responde al tratamiento y que impide la alimentación oral, el equipo, el paciente y sus cuidadores en conjunto podrían considerar el uso de sonda nasogástrica o de la realización de ostomías, teniendo en cuenta el pronóstico de paciente.

Recomendación D

Náuseas y vómitos

74. En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de las náuseas y vómitos debería basarse en el riesgo de vómitos.

Recomendación D

75. En los vómitos inducidos por quimioterapia con moderado o bajo riesgo de vómitos, se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3 (como ondansetrón) y corticoides.



Recomendación B

76. En los vómitos inducidos por quimioterapia con alto riesgo de vómitos se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3, corticoides y aprepitant.

Recomendación B

Náuseas y vómitos

77. 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.

Recomendación D

78. 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.

Recomendación B

79. En los vómitos anticipatorios puede utilizarse la psicoterapia mediante técnicas conductuales. Alprazolam y lorazepam pueden utilizarse como terapia añadida al consejo y a la psicoterapia.

Recomendación B

Estreñimiento

80. De acuerdo con el estado clínico del paciente se recomienda el uso de laxantes (sen, lactulosa sola o asociada a sen, polietilenglicol, sales de magnesio y glicerina líquida) junto con una dieta adecuada (fibra e hidratación suficiente) y ejercicio adaptado.

Recomendación A

81. La prescripción de opioides debe acompañarse de medidas preventivas para el estreñimiento, incluidos los laxantes.

Recomendación B

82. En el caso de impactación fecal pueden usarse los laxantes por vía rectal (supositorios o enemas).

Recomendación D

Diarrea

83. El tratamiento de la diarrea en pacientes 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.

Recomendación D

84. Loperamida está indicado cuando persista la diarrea de origen no infeccioso, incluidos la toxicidad grado 1 y 2 producidos por quimioterapia o radioterapia.

Recomendación B

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

Recomendación D

Obstrucción intestinal

86. Los pacientes con obstrucción intestinal maligna 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.

Recomendación D

87. La cirugía y la colocación endoscópica de prótesis pueden utilizarse en pacientes con obstrucción intestinal maligna seleccionados, debe remitirse a tercer o cuarto nivel de atención.

Recomendación C

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

Recomendación C

1.3.6.9 Ascitis

89. En caso de ascitis maligna que precise tratamiento sintomático puede utilizarse la paracentesis.

Recomendación D

90. Puede plantearse el tratamiento con diuréticos en casos muy seleccionados en los que se sospeche presencia de niveles de renina elevados, y en ascitis por cirrosis avanzada.

Recomendación D

1.3.6.10 Hipo

91. En caso de persistencia del hipo, con afectación importante, puede utilizarse un tratamiento farmacológico (baclofeno, metoclopramida, haloperidol, nifedipino o gabapentina) teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios en cada caso.

Recomendación D

92. En caso de hipo intratable, y tras el fracaso de la terapia por vía oral, puede utilizarse midazolam parenteral.

Recomendación D

Prevención y tratamiento de las úlceras

93. 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.



Recomendación D

94. Se recomienda utilizar superficies especiales de apoyo en pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Recomendación A

95. Se puede considerar el uso de ácidos grasos hiperoxigenados en pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión.



Recomendación A

96. Puede utilizarse metronidazol por vía tópica para disminuir el olor en úlceras neoplásicas.

Recomendación D

Prurito

97. 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, etc.

Recomendación D

98. Deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente y prevención de lesiones de rascado.

Recomendación D

Prurito

99. En caso necesario se administrarán tratamientos farmacológicos según el origen del prurito (opioides, urémico, colestasis, paraneoplásico, piel seca). El tratamiento se podrá cambiar según la respuesta terapéutica, siguiendo el esquema propuesto:

Propuesta de selección de tratamiento según etiología del prurito

Etiología del prurito	Tratamiento
Colestasis	1. Rifampicina 2. Colestiramina
Uremia	1. Fototerapia 2. Antihistamínicos 3. Ondansetrón 4. Mirtazapina
Síndromes paraneoplásicos	1. Paroxetina 2. Mirtazapina 3. Combinación de 1 y 2
Neoplasias hematológicas	1. Cimetidina 2. Paroxetina
Piel seca	1. Hidratación tópica. Emolientes 2. Antihistamínicos
Opioides	1. Sustitución o rotación de opiodes 2. Ondansetrón

Recomendación D

Tenesmo vesical

100. En ausencia de evidencia sobre cuál es el mejor tratamiento del tenesmo vesical en cuidados paliativos, pueden utilizarse fármacos anticolinérgicos, antiespasmódicos, antiinflamatorios no esteroideos*, corticoides y anestésicos locales.

*Tenga en cuenta las contraindicaciones para antiinflamatorios no esteroideos.

Recomendación D

Hipercalcemia

101. El tratamiento de elección de la hipercalcemia grave es la hidratación junto con el uso de corticoides. En caso de no haber una respuesta adecuada realice remisión a un nivel especializado.

Recomendación A

102. Los bifosfonatos por vía intravenosa son los fármacos de elección en la hipercalcemia aguda; se recomiendan dosis altas de aminobifosfonatos potentes según nivel de atención.

Recomendación A

103. Puede utilizarse calcitonina de salmón por vía subcutánea o intramuscular durante las primeras horas y continuar después con bifosfonatos.



Recomendación D

Compresión medular

104. Ante la sospecha clínica de compresión medular maligna debe solicitarse una resonancia magnética nuclear para confirmar el diagnóstico.

Recomendación D

105. Ante un paciente con compresión medular maligna debe realizarse 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.

Recomendación D

106. Se recomienda administrar corticoides a dosis altas, tanto en el tratamiento con radioterapia como con cirugía.

Recomendación B

Compresión medular

107. La radioterapia como único tratamiento es preferible en casos de contraindicación de la cirugía, tumores radiosensibles, paraplejia establecida, compresiones a varios niveles, fracaso de la cirugía o deseo del paciente.

Recomendación D

108. La cirugía combinada con la radioterapia es el tratamiento de elección en pacientes seleccionados con pronóstico vital superior a tres meses.

Recomendación B

Crisis convulsivas

109. 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.

Recomendación D

110. El estatus epiléptico es una emergencia médica que requiere una derivación urgente hospitalaria.

Recomendación D

111. El tratamiento inicial de la crisis convulsiva debe ser con benzodiazepinas por vía parenteral.

Recomendación D

112. En caso de precisarse tratamiento para prevenir nuevas crisis, la elección del tratamiento tiene que realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta los tipos de crisis; la experiencia de uso; los efectos secundarios; y la posibilidad de interacciones farmacológicas, incluida la quimioterapia.

Recomendación D

Hemorragia

113. Se debe advertir y preparar a los cuidadores de los pacientes del riesgo sobre la posibilidad de un sangrado masivo.

Recomendación D

114. Es necesario ofrecer disponibilidad de atención urgente con la mayor cobertura horaria posible, incluido un teléfono de contacto directo para el caso de sangrado masivo.

Recomendación D

115. Se recomienda, en los pacientes de riesgo, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores, incluidas las siguientes:

a) Disponer en la cabecera del paciente un recipiente y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber y disimular la sangre.
b) Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento.
c) Disponer de midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mg administrados por vía parenteral, preferiblemente subcutánea, que podría repetirse en caso necesario.
d) Notificación al equipo de cuidados paliativos.

Recomendación D

Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en fase final de la vida

116. Debe valorarse de forma regular el bienestar psicosocial de los pacientes con enfermedades amenazantes para la vida.

Recomendación B

117. 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 uno mismo, relaciones (tipo de familia, amigos, etc.), fuentes de estrés (dificultades económicas, problemas familiares, etc.), recursos espirituales, circunstancias económicas, relación médico-paciente, red de recursos sociales (centros de salud, trabajadores sociales, etc.)

Recomendación D

118. Los profesionales de la salud que atienden a pacientes en cuidados paliativos deberían ofrecerles un soporte emocional básico.

Recomendación B

Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en fase final de la vida

119. Los pacientes con niveles significativos de sufrimiento psicológico deberían ser derivados para recibir apoyo psicológico especializado.

Recomendación D

120. Se debería promover la formación de los profesionales en salud en técnicas de apoyo psicosocial.



Recomendación D

121. En ausencia de evidencia apropiada sobre cuál es la mejor forma de proporcionar apoyo espiritual, se recomienda ofrecer dicho apoyo como parte integral de los cuidados, cualquiera que sea el contexto de atención, y con un enfoque basado en los principios de la comunicación efectiva.

122. El equipo que atiende a una persona en cuidados paliativos debería tener en cuenta sus creencias y necesidades espirituales.

Recomendación D

123. 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.

Recomendación D

Apoyo psicosocial a la familia

124. Debe ofrecerse a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información.

Recomendación C

125. Se recomienda ofrecer un soporte emocional básico a los cuidadores.

Recomendación D

126. La planificación de servicios para los cuidadores debería incluir las siguientes premisas:

a) Los servicios deben estar centrados en las necesidades de los cuidadores.
b) La accesibilidad y aceptabilidad debe valorarse al inicio.
c) Los objetivos deben ser claros y modestos.
d) Los resultados deberían ser evaluados.



Recomendación C

127. Se recomienda identificar a los cuidadores más vulnerables o deprimidos con el objeto de ofrecerles un apoyo psicosocial intensivo o servicios especializados.

Recomendación D

Atención en los últimos días. Agonía

128. La atención adecuada en los últimos días de la vida debería incluir:

a) Informar a la familia y a los cuidadores acerca de la situación de muerte cercana y, en general, proporcionar la información necesaria y adecuada a sus necesidades.
b) Explicar y consensuar el plan de cuidados con el paciente y su familia.
c) Valorar la medicación que toma el paciente, suspendiendo los fármacos no esenciales previa explicación de los motivos.
d) Tratar los síntomas que producen sufrimiento. Los fármacos necesarios deben estar disponibles si el paciente está en el domicilio.
e) Interrumpir intervenciones o pruebas innecesarias o fútiles, según los deseos del paciente.
f) Valorar las necesidades psicológicas, religiosas y espirituales del paciente, su familia y sus cuidadores.
g) Facilitar la atención en un ambiente tranquilo, respetando la intimidad y facilitando la proximidad de familiares y amigos.
h) Facilitar las vías y los recursos necesarios tanto para la hospitalización como para la atención a domicilio.

Recomendación D

Sedación paliativa

129. El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere:
   a) Una indicación terapéutica correcta efectuada por un médico en la fase final de la vida del enfermo.
   b) Profesionales con una información clara y completa del proceso, con registro en la historia clínica.
   c) Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.



Recomendación D

130. La correcta prescripción de la sedación paliativa en la agonía requiere:
   a) Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida.
   b) La presencia de síntomas refractarios y de sufrimiento.

Recomendación D

131. Se recomienda la utilización de midazolam como primera opción para la sedación para la mayoría de los síntomas.



Recomendación D

132. Se recomienda monitorizar el nivel de sedación del paciente, utilizando para ello la escala de Ramsay.

Recomendación D

Duelo

133. La identificación del riesgo de duelo complicado debería realizarse en base a lo siguiente:

a) Los factores de riesgo.
b) El juicio clínico.
c) La información acerca del entorno familiar (genograma) o procedente de éste.

Recomendación D

134. No se recomiendan las intervenciones formales o estructuradas en el duelo normal.

Recomendación B

135. En el duelo normal se recomienda proporcionar información acerca del duelo, los recursos disponibles, y apoyo emocional básico.

Recomendación D

Duelo

136. En el duelo de riesgo se recomienda realizar un seguimiento regular, con apoyo emocional, valorando individualmente la necesidad de psicoterapias específicas y estructuradas.

Recomendación B

137. Se recomienda derivar a servicios especializados (psicología, psiquiatría, etc.) a la persona con duelo complicado para que reciba atención específica y estructurada.

Recomendación B

138. Los profesionales que atienden a los pacientes en la fase final de la vida y a sus familiares deberían tener acceso a una formación elemental en duelo que les capacite para proporcionar cuidados básicos a los dolientes, comprender y explorar sus necesidades, valorar los factores de riesgo, y detectar a las personas con duelo complicado y derivarlas a un servicio especializado.

Recomendación D

Gracias!