Preguntas para responder

Introducción a los cuidados paliativos

1. ¿Cuál es la validez de las escalas pronósticas para predecir la supervivencia en pacientes en FFV?

Información, comunicación y toma de decisiones

2. ¿Cómo tiene que ser la comunicación del equipo que atiende al paciente y su familia?

3. ¿Cómo debe ser la formación en comunicación del profesional sanitario que trabaja con pacientes en FFV?

4. ¿Cuáles son la normativa legal y los principios éticos relativos a la comunicación con la persona en FFV y con su familia en nuestro medio?

5. ¿Cuáles son los elementos para la toma de decisiones en la FFV?

Control de síntomas

6. ¿Cuál es la prevalencia de los distintos síntomas en el paciente en FFV?

7. ¿Cuál es la validez de las escalas que valoran la intensidad de los síntomas en el paciente en FFV?

8. ¿Cómo debe ser el uso de fármacos en cuidados paliativos?

Tratamiento del dolor

9. ¿Cuál es la prevalencia del dolor en la FFV?

10. ¿Cuál es la validez de las distintas escalas para valorar el dolor?

11. ¿Cuál es la eficacia de los distintos analgésicos (analgésicos simples, AINE, combinaciones de los anteriores, opioides, etc.) y de los fármacos adyuvantes en el dolor?

12. ¿Cuál es la eficacia de los distintos opioides para el dolor irruptivo?

13. ¿Cuál es la eficacia analgésica de la radioterapia, quimioterapia paliativa, bisfosfonatos y calcitonina en el paciente oncológico con metástasis óseas?

14. ¿Cuál es la eficacia de los fármacos en el tratamiento del dolor neuropático en la persona en FFV?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Astenia, anorexia-caquexia y deshidratación

15. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la astenia en la persona en FFV?

16. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la anorexia-caquexia en la persona en FFV?

17. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la deshidratación en la persona en FFV?

Síntomas respiratorios

18. ¿Cuál es la eficacia de los opioides y de los tratamientos adyuvantes en el tratamiento de la disnea?

19. ¿Cuál es la eficacia del oxígeno en el tratamiento de la disnea?

20. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la tos en la persona en FFV?

21. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la obstrucción de la vena cava superior?

Síntomas psicológicos y psiquiátricos

22. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del delirium en la persona en FFV?

23. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del insomnio en la persona en FFV?

24. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la ansiedad en la persona en FFV?

25. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la depresión en la persona en FFV?

Síntomas digestivos

26. ¿Cuáles son las medidas más adecuadas para la prevención y el tratamiento de la mucositis en la persona en FFV?

27. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la boca seca?

28. ¿Cuáles son las medidas más adecuadas para la prevención y el tratamiento de la candidiasis oral?

29. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la disfagia?

30. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las náuseas y vómitos?

31. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del estreñimiento?

32. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la diarrea?

33. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la obstrucción intestinal?

34. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la ascitis?

35. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del hipo?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Cuidados de la piel

36. ¿Cuál es la mejor forma de prevenir úlceras en personas en FFV?

37. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las úlceras en personas en FFV?

38. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las úlceras neoplásicas?

39. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del prurito?

Síntomas urinarios

40. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del tenesmo vesical?

Urgencias

41. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la hipercalcemia en la persona en FFV?

42. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la compresión medular en la persona en FFV?

43. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de las crisis convulsivas en la persona en FFV?

45. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de la hemorragia en la persona en FFV?

Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV

45. ¿Cómo se identifican las necesidades psicosociales de la persona en FFV?

46. ¿Cuál es la mejor forma de atender las necesidades psicosociales?

47. ¿Cómo se identifican las necesidades espirituales?

48. ¿Cómo influyen las necesidades espirituales en la evolución de las personas en FFV?

49. ¿Cuál es la estrategia más adecuada para atender las necesidades espirituales de las personas en FFV?

Apoyo psicosocial a la familia

50. ¿Cómo se identifican las necesidades de apoyo psicosocial a la familia?

51. ¿Cuál es la mejor forma de atender las necesidades psicosociales y de apoyo a la familia?

52. ¿Cuáles son los factores de riesgo de la claudicación familiar?

Atención en los últimos días. Agonía

53. ¿Cómo debe ser la atención al enfermo y su familia en los últimos días de la vida?

54. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de los estertores del moribundo?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Sedación paliativa

55. ¿Cuáles son las indicaciones para realizar una sedación paliativa?

56. ¿Cómo debe ser el proceso de la toma de decisiones en la sedación paliativa?

57. ¿Cuáles son los fármacos y las vías de administración recomendadas para realizar una sedación paliativa?

Duelo

58. ¿Cuál es la definición de duelo normal y cuáles son sus fases y manifestaciones?

59. ¿Cuál es la definición de duelo complicado y cuáles son sus manifestaciones?

60. ¿Cuáles son los factores de riesgo para el duelo complicado y cómo se valoran?

61. ¿Cuál es la eficacia de las intervenciones en el duelo normal, el duelo de riesgo y el duelo complicado?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Resumen de las recomendaciones

Introducción a los cuidados paliativos

Aspectos organizativos de los cuidados paliativos

D	Las intervenciones paliativas deberían basarse en las necesidades del enfermo y de su familia más que en un plazo de supervivencia esperada.
D	Todos los enfermos en FFV deberían tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención.
B	Las organizaciones sanitarias deberían fomentar la formación de sus profesionales para proporcionar unos CP básicos, independientemente del ámbito asistencial.
D	Las organizaciones de servicios deberían garantizar la accesibilidad de los cuidados especializados cuando sean necesarios.
B	Los CP de cualquier nivel deberían ser proporcionados, preferentemente, por un equipo multidisciplinar adecuado.
B	Las organizaciones sanitarias deberían definir las funciones que tienen que desempeñar y la capacitación con la que deben contar los diferentes niveles de prestación de servicios en la atención en CP a los pacientes y sus familias.
B	Las organizaciones sanitarias y los propios servicios asistenciales deberían garantizar la coordinación entre los distintos servicios y ámbitos asistenciales y la continuidad de cuidados, durante 24 horas al día, los 365 días del año.

Predicción de la supervivencia

C	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, el estado funcional (Karnofski) o la escala pronóstica PaP (Palliative Prognostic Score). Esta última se recomienda en el contexto de unidades especializadas de CP o en oncología, ya que no ha sido validada en otros ámbitos.
C	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 ICC y MODEL para insuficiencia hepática), siempre teniendo presente la incertidumbre y el curso poco predecible de las enfermedades no malignas.
√	La forma en que se comunica el pronóstico es tan importante como la precisión del mismo.
√	Es necesaria la validación de los distintos instrumentos en nuestro medio, así como la evaluación del impacto de su utilización sobre la práctica clínica.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Información, comunicación y toma de decisiones

C	Los profesionales sanitarios deberían disponer de las habilidades necesarias para una comunicación efectiva con pacientes y cuidadores, y deberían recibir una formación adecuada al respecto.
√	La información y la comunicación deberían basarse en las preferencias expresadas por los pacientes, evitando la interpretación de sus deseos por parte de los profesionales sanitarios.
D	Es importante que los profesionales sanitarios muestren explícitamente su disponibilidad para escuchar e informar.
B	Las necesidades de información y las preferencias del enfermo deben valorarse regularmente.
D	Las noticias relevantes, como el diagnóstico, no deberían retrasarse, respetando de manera individual los deseos de información de cada paciente (incluido el deseo de no ser informado). Deberían comunicarse de forma sincera, sensible y con margen de esperanza. Este tipo de información ha de proporcionarse en un lugar cómodo, tranquilo, con privacidad y sin interrupciones.
B	La información verbal puede acompañarse de otros métodos de información de refuerzo, como la información escrita. Los métodos deberían basarse en preferencias individuales.
B	Las organizaciones sanitarias deberían proporcionar la posibilidad de que los profesionales que trabajan con pacientes que precisan CP tengan una formación adecuada en habilidades para la comunicación. La formación debería ser intensiva, basada en escenarios reales y con sesiones posteriores de recordatorio.
D	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 de no tomar parte en las decisiones.
D	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.
D	Los clínicos deberían facilitar la toma de decisiones ante dilemas éticos en la FFV (limitación del esfuerzo terapéutico, alimentación e hidratación, sedación, etc.), teniendo en cuenta los valores y preferencias del enfermo y su familia.
D	Si el paciente no es capaz de tomar decisiones, 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Se recomienda informar al equipo de las decisiones adoptadas y registrar el proceso en la historia clínica.
D	En caso de dudas durante el proceso de toma de decisiones, puede estar indicada una solicitud de asesoramiento a expertos (otros profesionales, Comité de Ética Asistencial, etc.).

Control de síntomas

Principios generales del control de síntomas

D	La valoración de los síntomas del paciente en FFV debe ser multidisciplinar, individualizada, adaptada al enfermo y su familia y continuada en el tiempo.
D	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 ESAS. 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 CP.
D	Los principios de un control efectivo de síntomas incluyen una valoración individualizada y, si fuera posible, el tratamiento de la etiología o mecanismo subyacente a cada síntoma; una evaluación de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles; la elección de la pauta de tratamiento más sencilla, efectiva y cómoda; la información al enfermo y a su familia de las opciones disponibles, y la consideración de sus preferencias.
D	La vía de administración 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.

Tratamiento del dolor

D	En la atención al dolor en CP se recomienda realizar una evaluación integral del dolor, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia.
D	El equipo de profesionales que trata el dolor en CP debería instruir e involucrar al paciente y a su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas.
C	En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA) o el Cuestionario Breve del Dolor (CBD).
D	Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS junto a fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	La administración de analgésicos debería ser pautada. Se debe monitorizar la respuesta al tratamiento y adecuar la dosis de forma individualizada.
A	Morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia.
B	Los antidepresivos tricíclicos son los fármacos de elección en el dolor neuropático. En caso de intolerancia o contraindicación se recomiendan los anticonvulsivantes (gabapentina). Los opioides pueden utilizarse en el dolor neuropático y son la primera opción que debe considerarse en caso de dolor asociado de otra etiología que requiera un nivel de analgesia con dichos fármacos. Cuando la respuesta al tratamiento es insuficiente, se pueden asociar fármacos con distintos mecanismos de acción, monitorizando la respuesta y los efectos adversos.
B	Morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo (1/6 de la dosis total diaria por dosis). El tratamiento alternativo es fentanilo oral transmucosa.
B	Las terapias alternativas no constituyen un tratamiento de primera línea para el dolor en pacientes en CP.
D	Los pacientes con metástasis óseas dolorosas deberían recibir analgesia conforme a la escalera de la OMS, comenzando por los AINE.
B	La radioterapia es el tratamiento de elección en las metástasis óseas dolorosas.
B	En los pacientes con metástasis óseas dolorosas y pronóstico superior a seis meses, dependiendo del tipo de tumor y de su extensión, se recomienda el uso de bisfosfonatos (pamidronato y ácido zolendrónico).
B	Los radioisótopos no deberían utilizarse como primera línea del tratamiento de las metástasis óseas, aunque podrían ser útiles en casos seleccionados, como pacientes con cáncer de próstata con fracaso del tratamiento hormonal, o cáncer de mama o pulmón con contraindicación de radioterapia, quimioterapia y bisfosfonatos.

Astenia, anorexia-caquexia

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Deshidratación

D	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.
D	La administración de líquidos por vía parenteral requiere una valoración individualizada, sopesando ventajas e inconvenientes. Esta valoración debe incluir las expectativas sobre la administración de fluidos del paciente y su familia.
B	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.
D	En caso de imposibilidad de las vía SC y venosa, puede considerarse el uso de la vía rectal.
√	En caso de optar por la rehidratación parenteral fuera del ámbito hospitalario, la hipodermoclisis es la primera opción que debe considerarse.

Síntomas respiratorios

Disnea

D	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, derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior.
D	Se recomienda valorar la intensidad de los síntomas relatada por el paciente.
B	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.
A	Los opioides por vía oral o parenteral son fármacos de primera elección en el tratamiento de la disnea.
B	Prometazina puede utilizarse como fármaco de segunda línea cuando no pueden utilizarse opioides, o añadido a éstos. No se recomienda el uso de benzodiazepinas para la disnea, salvo en situación de ansiedad o pánico, o en las fases muy avanzadas de la vida como terapia añadida a la morfina (midazolam).
D	Los corticoides están indicados en caso de disnea producida por asma, EPOC, obstrucción tumoral de la vía aérea o linfangitis carcinomatosa.

Tos

D	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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Para la elección de fármacos, se recomienda valorar otros síntomas acompañantes (dolor, disnea), el uso previo de opioides, posibles interacciones farmacológicas y la vía de administración.
B	Como fármacos iniciales pueden utilizarse dihidrocodeína, codeína, levodropropizina o cloperastina.
C	En pacientes con cáncer de pulmón en los que la tos no responde a tratamientos habituales puede utilizarse cromoglicato disódico.
D	En caso de precisar tratamiento para la tos debida a la EPOC puede utilizarse codeína, dihidrocodeína o dextrometorfano.

Obstrucción de la vena cava superior

D	Los pacientes con OVCS pueden ser tratados con corticoides, radioterapia, quimioterapia o implantación de stents, en función de su estado general, el tipo histológico de tumor y su extensión, y la disponibilidad de las técnicas.

Síntomas psicológicos y psiquiátricos

Delirium

D	La atención inicial al paciente con delirium debería incluir la identificación y tratamiento de las causas desencadenantes, con especial atención al consumo de determinados fármacos (opioides); la información adecuada a los familiares y cuidadores, y la valoración de la necesidad del tratamiento sintomático farmacológico.
B	Haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delirium.
D	Se puede añadir lorazepam a haloperidol en caso de delirium con ansiedad o agitación.
D	En el delirium con agitación intensa no controlada se puede utilizar levomepromazina o, alternativamente, midazolam.
D	La hipodermoclisis puede utilizarse en caso de sospecha de delirium producido por opioides en pacientes deshidratados.
D	Se recomienda reservar la utilización de antipsicóticos atípicos para casos seleccionados en los que 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Insomnio

D	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.
D	Siempre que sea posible se deben intentar corregir los factores que predisponen al insomnio o lo desencadenan.
D	Se recomienda el abordaje inicial mediante una estrategia cognitivo-conductual en todos los pacientes con insomnio.
D	Se recomienda prescribir una benzodiazepina o un agonista de receptores benzodiazepínicos a los pacientes que no respondan bien al tratamiento no farmacológico o que no puedan esperar a la aplicación del mismo.
D	En los casos de depresión asociada o ante la falta de respuesta a las benzodiazepinas pueden utilizarse los antidepresivos con acción sedante para el tratamiento del insomnio.

Ansiedad

D	El tratamiento de la ansiedad requiere una evaluación individual del paciente en FFV que incluya las posibles causas desencadenantes, su estado adaptativo, el estadio de la enfermedad, los tratamientos asociados y las preferencias del paciente.
D	Las medidas de apoyo psicológico al enfermo y sus allegados son la primera medida que debe proporcionarse tras la valoración individual.
D	Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando el apoyo psicológico no es suficiente. Pueden utilizarse BZD, preferentemente las de acción corta o intermedia.
√	En caso de ansiedad asociada a depresión, delirium, disnea o dolor intenso, pueden utilizarse antidepresivos tricíclicos, haloperidol u opioides, respectivamente.

Depresión

D	La evaluación inicial del paciente deprimido en CP 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.
B	La terapia inicial del paciente deprimido en CP comprende intervenciones estructuradas psicosociales, incluida la psicoterapia por el personal del equipo que le atiende y, si el caso lo requiere, por personal especializado dentro de un programa estructurado.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	En caso necesario pueden utilizarse fármacos antidepresivos (ISRS o tricíclicos), teniendo en cuenta sus propiedades farmacológicas, otros fármacos que recibe el paciente y su perfil de síntomas en cada momento.
D	Los psicoestimulantes, como metilfenidato, pueden usarse como alternativa a los antidepresivos tricíclicos e ISRS, sobre todo cuando se precisa un inicio rápido del efecto antidepresivo o en los casos con expectativa de vida muy corta.

Síntomas digestivos

Mucositis

D	La indicación del tratamiento farmacológico preventivo debe realizarse de acuerdo con el riesgo de desarrollar mucositis, riesgo basado en la situación clínica y en la modalidad y dosificación del tratamiento (radioterapia o quimioterapia).
B	La prevención mediante fármacos o medidas locales (enzimas hidrolíticas, pastillas de hielo, bencidamina, sulfato de zinc) o parenterales (amifostina) puede realizarse en casos seleccionados.
B	No hay evidencia suficiente para recomendar el tratamiento de la mucositis con enjuagues de alopurinol, factores estimulantes del crecimiento de granulocitos o inmunoglobulinas, por lo que la base del tratamiento es la higiene cuidadosa de la boca y la analgesia.
A	La analgesia controlada por el paciente puede utilizarse para disminuir la dosis de morfina en el tratamiento del dolor por la mucositis.

Boca seca (xerostomía)

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

Candidiasis

B	La candidiasis no relacionada directamente con radioterapia o quimioterapia puede ser tratada en primer lugar con antifúngicos tópicos (preferentemente miconazol o clotrimazol) y, en caso necesario, con antifúngicos orales (itraconazol y fluconazol).
A	En los pacientes oncológicos con candidiasis oral tras tratamiento inmunosupresor, puede utilizarse el tratamiento con ketoconazol, fluconazol y clotrimazol (50 mg).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A	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, ketoconazol, itraconazol, miconazol y clotrimazol) son los fármacos de elección en la prevención de la candidiasis oral.

Disfagia

D	El tratamiento de la disfagia requiere una valoración individualizada para identificar y, si es posible, tratar las diferentes causas implicadas.
D	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.
D	En caso de disfagia obstructiva por invasión tumoral se puede ensayar un ciclo corto de corticoides.
D	En caso de disfagia grave que no responde al tratamiento y que impide la alimentación oral, el equipo, el paciente y sus cuidadores pueden decidir el uso de sonda nasogástrica o la realización de ostomías.

Náuseas y vómitos

√	El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente en FFV requiere una valoración cuidadosa de la etiología y los factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado.
D	En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de las náuseas y vómitos debería basarse en el riesgo de emesis.
B	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.
B	En los vómitos inducidos por quimioterapia con alto riesgo de emesis se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3, corticoides y aprepitant.
D	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.
B	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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	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.

Estreñimiento

√	Antes de prescribir un tratamiento con laxantes es necesario descartar la presencia de fecalomas.
A	Se recomienda el uso de laxantes (sen, lactulosa sola o asociada a sen, polietilenglicol, sales de magnesio y parafina líquida) junto con una dieta adecuada (fibra e hidratación suficiente) y ejercicio adaptado.
B	La prescripción de opioides debe acompañarse de medidas preventivas para el estreñimiento, incluidos los laxantes.
D	En el caso de impactación fecal pueden usarse los laxantes por vía rectal (supositorios o enemas).

Diarrea

D	El tratamiento de la diarrea en CP 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.
B	Loperamida está indicado cuando persista la diarrea de origen no infeccioso, incluidos los estadios 1 y 2 producidos por quimioterapia o radioterapia.
D	Loperamida está indicado hasta conseguir 12 horas sin deposiciones. En el caso de la radioterapia, está indicado durante el tiempo que dure el tratamiento.
B	En caso de diarrea refractaria puede utilizarse octreótido por vía subcutánea (incluido el uso en bombas de infusión) en casos seleccionados.

Obstrucción intestinal

D	Los pacientes con OIM 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.
C	La cirugía y la colocación endoscópica de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA/stents) pueden utilizarse en pacientes con OIM seleccionados.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

C	El tratamiento médico de la obstrucción intestinal debe incluir analgésicos, antieméticos y antisecretores. Pueden utilizarse, como terapia añadida, corticoides y butilescopolamina.
√	Octreótido puede utilizarse en caso de ausencia de respuesta a las medidas anteriores.

Ascitis

D	En caso de ascitis maligna que precise tratamiento sintomático puede utilizarse la paracentesis.
D	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.
D	Las derivaciones peritoneovenosas deben plantearse en casos seleccionados tras el fracaso de las medidas anteriores.

Hipo

D	El tratamiento del paciente con hipo persistente o intratable requiere una valoración cuidadosa y el tratamiento de las posibles causas. En caso de persistir el hipo, se debe intentar un tratamiento con medidas físicas.
D	En caso necesario puede utilizarse un tratamiento farmacológico (baclofeno, metoclopramida, haloperidol, nifedipino o gabapentina), teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios en cada caso. Baclofeno es el fármaco inicial si no existe contraindicación para su uso. Puede usarse solo o combinado con omeprazol.
D	En caso de hipo intratable, y tras el fracaso de la terapia por vía oral, puede utilizarse midazolam parenteral.

Cuidados de la piel

Prevención y tratamiento de las úlceras

D	Las medidas de prevención de las UPP son: cambios posturales, adecuada nutrición, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza e hidratación.
A	Se recomienda utilizar superficies especiales de apoyo en pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP.
A	Se recomienda el uso de ácidos grasos hiperoxigenados en pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Se recomienda elegir el tipo de apósito en función del estadio y las características de la úlcera, de los objetivos y de la preferencia del paciente.
D	Puede utilizarse metronidazol por vía tópica para disminuir el olor en úlceras neoplásicas.
B	Puede utilizarse miltefosina en solución tópica al 6% para frenar la evolución de las úlceras neoplásicas.

Prurito

D	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.
D	Deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente y prevención de lesiones de rascado.
D	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 en la tabla 26.

Síntomas urinarios

Tenesmo vesical

D	En ausencia de evidencia sobre cuál es el mejor tratamiento del tenesmo vesical en CP, pueden utilizarse fármacos anticolinérgicos, antiespasmódicos, AINE, corticoides y anestésicos locales.

Urgencias

Hipercalcemia

√	Debe considerarse la posibilidad de hipercalcemia en pacientes en CP con empeoramiento de su estado general sin una causa clara que lo explique.
A	El tratamiento de elección de la hipercalcemia grave es la hidratación junto con fármacos hipocalcemiantes.
A	Los bisfosfonatos por vía IV son los fármacos de elección en la hipercalcemia aguda; se recomiendan dosis altas de aminobisfosfonatos potentes (como ácido zolendrónico o pamidrónico).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Puede utilizarse calcitonina de salmón por vía SC o IM durante las primeras horas y continuar después con bisfosfonatos.
D	Los corticoides pueden utilizarse en tumores hematológicos o en pacientes con hipervitaminosis D debida a granulomatosis.

Compresión medular

D	Ante la sospecha clínica de CMM debe solicitarse una RMN para confirmar el diagnóstico.
√	La sospecha de CMM requiere la derivación urgente del paciente para realizar un estudio y tratamiento apropiados.
D	Ante un paciente con CMM 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.
C	El tratamiento debe llevarse a cabo lo antes posible.
B	Se recomienda administrar corticoides a dosis altas tanto en el tratamiento con radioterapia como con cirugía.
D	La radioterapia como único tratamiento es preferible en caso de contraindicación de la cirugía, tumores radiosensibles, paraplejia establecida, compresiones a varios niveles, fracaso de la cirugía o deseo del paciente.
B	La cirugía combinada con la radioterapia es el tratamiento de elección en pacientes seleccionados con pronóstico vital superior a 3 meses.

Crisis convulsivas

D	El manejo inicial de un paciente con crisis convulsivas en CP 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	El estatus epiléptico es una emergencia médica que requiere una derivación urgente hospitalaria.
D	El tratamiento inicial de la crisis convulsiva es diazepam IV o rectal. La opción alternativa es midazolam subcutáneo.
D	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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Hemorragia

D	Se debe advertir y preparar a los cuidadores de los pacientes de riesgo sobre la posibilidad de un sangrado masivo.
D	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.
D	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 una palangana 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) Preparar una jeringa precargada con midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mg administrados por vía parenteral, preferiblemente subcutánea —se facilitará el procedimiento si se deja insertada previamente una palomita—, que podría repetirse en caso necesario.

Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV

B	Debe valorarse de forma regular el bienestar psicosocial de los pacientes con enfermedades amenazantes para la vida.
D	La evaluación psicosocial del paciente en CP 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 sociosanitarios, trabajadores sociales, etc.).
B	Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en CP deberían ofrecerles un soporte emocional básico.
D	Los pacientes con niveles significativos de sufrimiento psicológico deberían ser derivados para recibir apoyo psicológico especializado.
D	Se debería promover la formación de los profesionales sanitarios en técnicas de apoyo psicosocial.
C	El aumento de la concienciación y el establecimiento de unos objetivos comunes son el primer paso para establecer puentes entre trabajadores sanitarios y sociales de los ámbitos hospitalario y comunitario.
D	El equipo que atiende a una persona en CP debería tener en cuenta sus creencias y necesidades espirituales.
D	En ausencia de evidencia apropiada sobre cuál es la mejora 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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	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.

Apoyo psicosocial a la familia

C	Debe ofrecerse a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información.
D	Se recomienda ofrecer un soporte emocional básico a los cuidadores.
C	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.
D	Se recomienda identificar a los cuidadores más vulnerables o deprimidos con el objeto de ofrecerles un apoyo psicosocial intensivo o servicios especializados.

Atención en los últimos días. Agonía

D	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.
D	Se recomienda tratar los estertores premortem mediante el uso de bromuro de butil escopolamina vía SC.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Sedación paliativa

D	El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere: a) Una indicación terapéutica correcta efectuada por un médico (existencia de un síntoma o sufrimiento físico o psíquico refractario en el final de la vida del enfermo) y, si fuera posible, validada por otro médico. 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. d) El consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente.
D	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 y de sufrimiento físico o psíquico refractario. c) Una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones.
D LG	El consentimiento verbal se considera suficiente, si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Siempre debe quedar constancia del mismo en la historia clínica. En el paciente no competente, el consentimiento se debe realizar en el siguiente orden: a) Primero, mediante consulta al Registro de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas. b) En ausencia de instrucciones previas, el equipo médico debe valorar los deseos del paciente con la familia o los allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados. c) En ausencia de b), se recomienda pactar la sedación con la familia.
D	Se recomienda la utilización de midazolam como primera opción para la sedación para la mayoría de los síntomas, y levopromazina cuando el delirium es el síntoma predominante.
D	Se recomienda monitorizar el nivel de sedación del paciente, utilizando para ello la escala de Ramsay.

Duelo

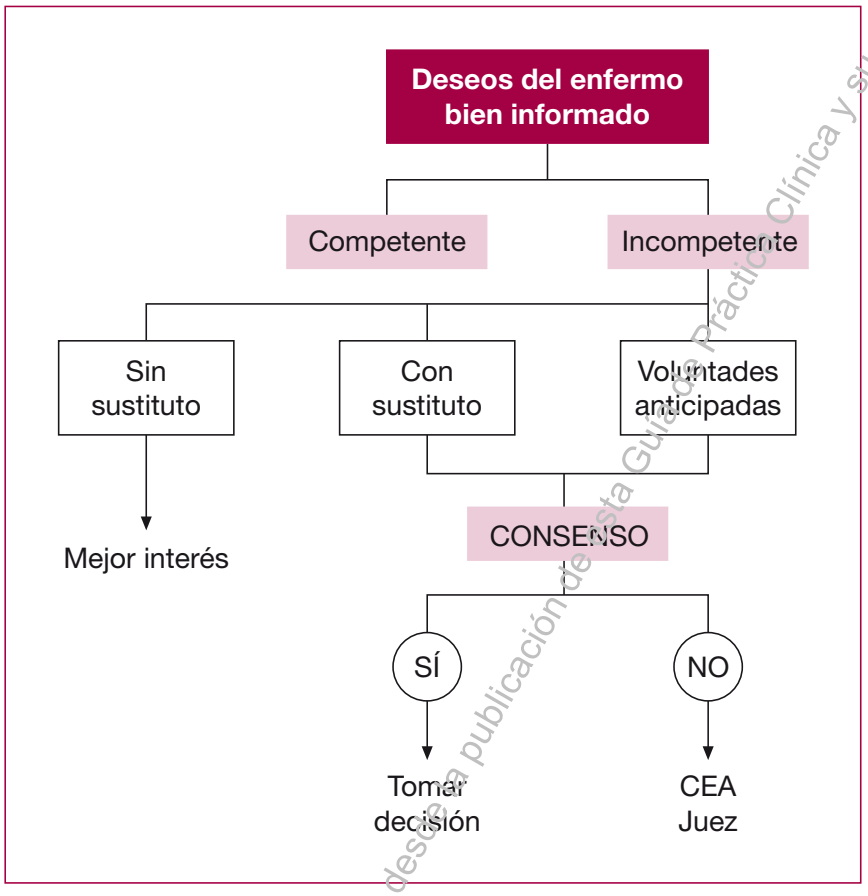
D	La identificación del riesgo de duelo complicado debería realizarse en base a lo siguiente: a) Los factores de riesgo. b) El juicio clínico. c) La información acerca del entorno familiar (genograma) o procedente de éste Se requieren estudios que valoren adecuadamente la validez de las escalas disponibles (como el Index Risk de Parkes y Weiss).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	No se recomiendan las intervenciones formales o estructuradas en el duelo normal.
D	En el duelo normal se recomienda proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles, y apoyo emocional básico.
B	En el duelo de riesgo se recomienda realizar un seguimiento regular, con apoyo emocional, valorando individualmente la necesidad de psicoterapias específicas y estructuradas.
B	Se recomienda derivar a servicios especializados (psicología, psiquiatría, etc.) a la persona con duelo complicado para que reciba atención específica y estructurada.
D	Los profesionales que atienden a los pacientes en la FFV 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.

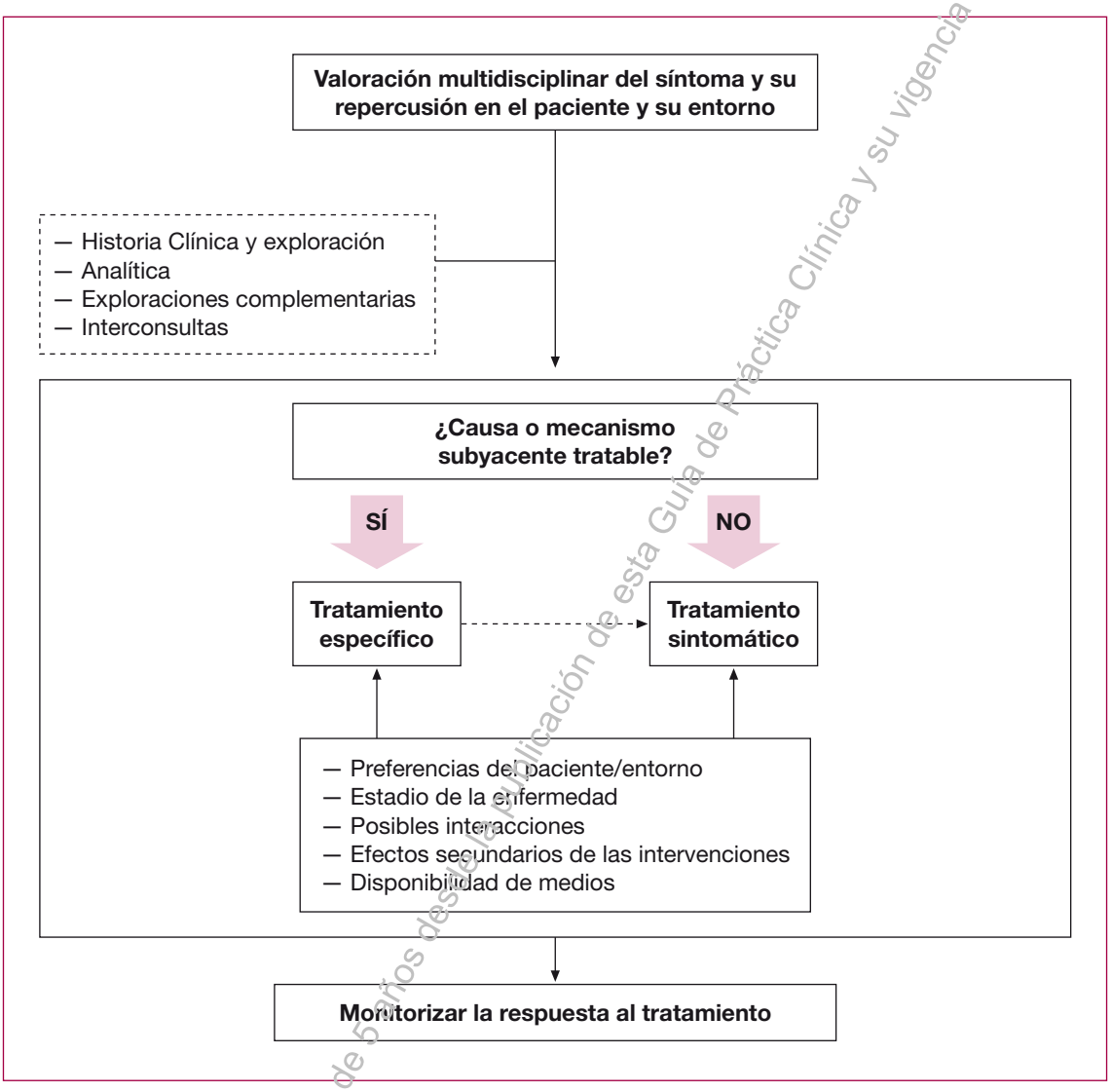
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 5. Toma de decisiones en el paciente incompetente



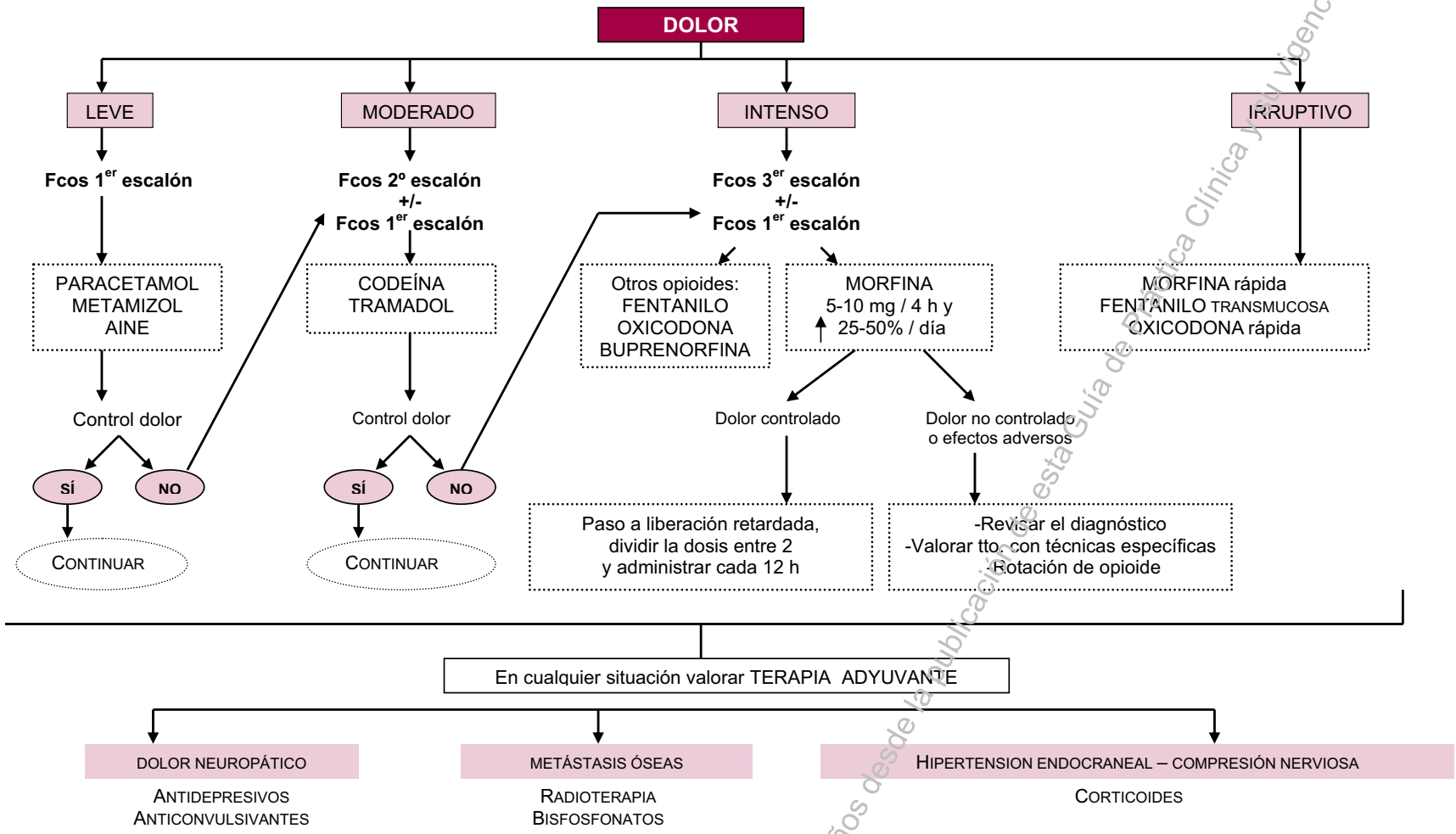
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 6. Algoritmo de tratamiento de síntomas



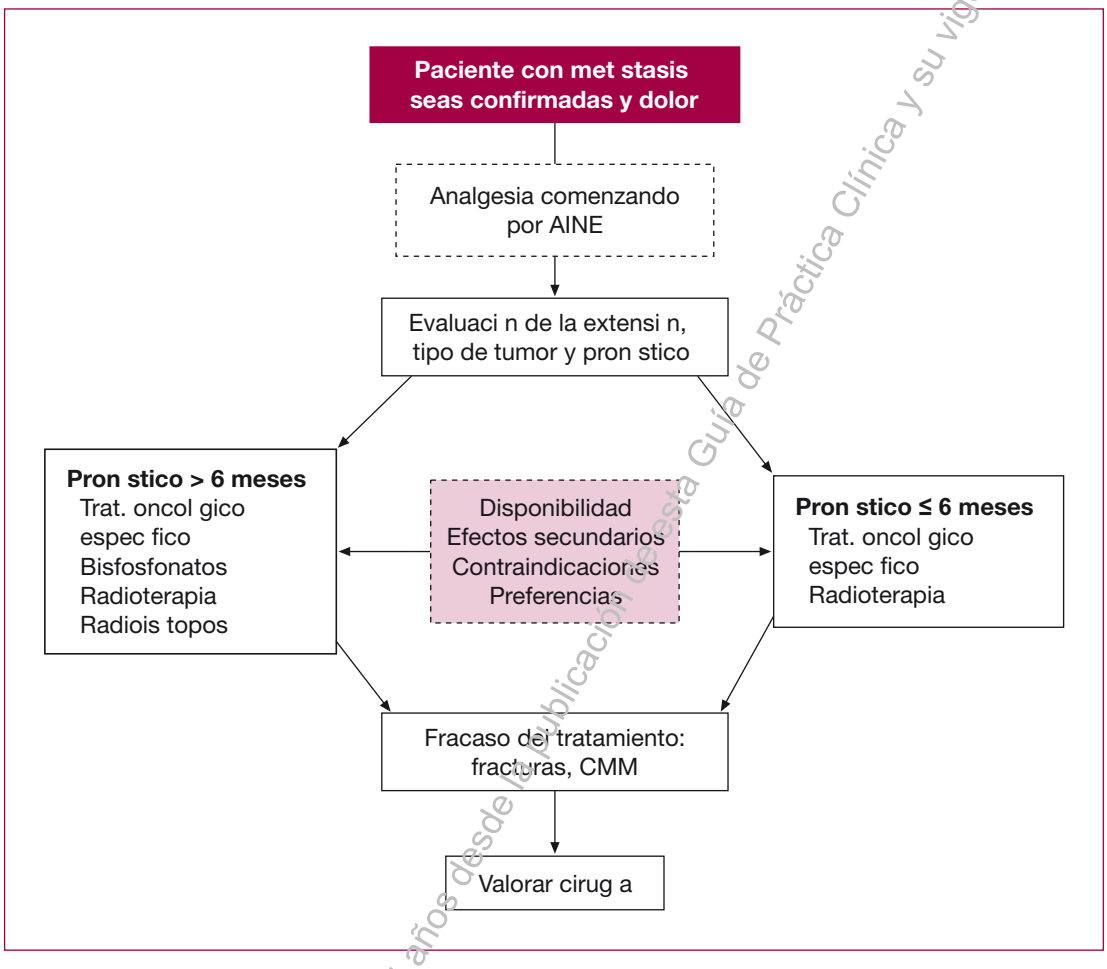
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 7. Algoritmo de tratamiento del dolor en CP



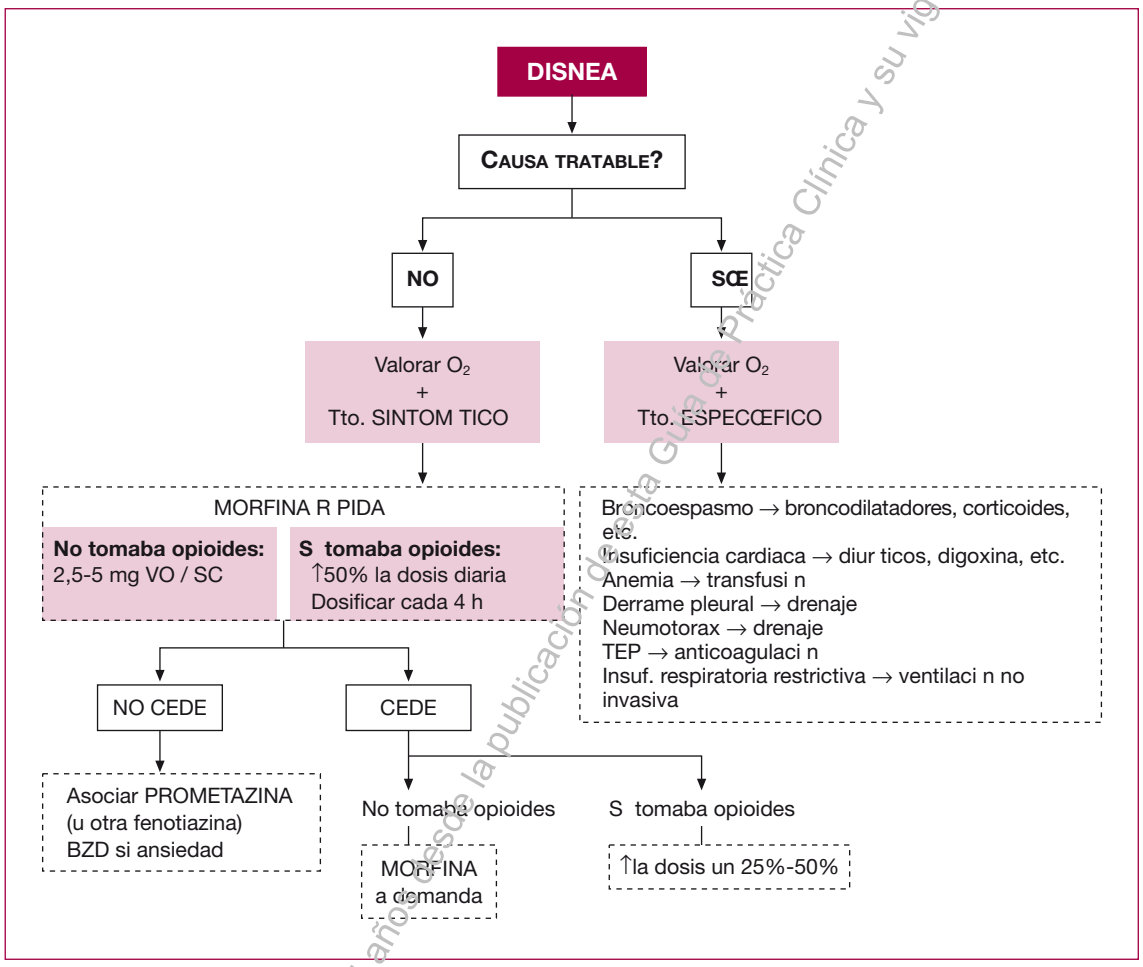
Transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisa

Figura 8. **Tratamiento de los pacientes con metástasis óseas dolorosas**



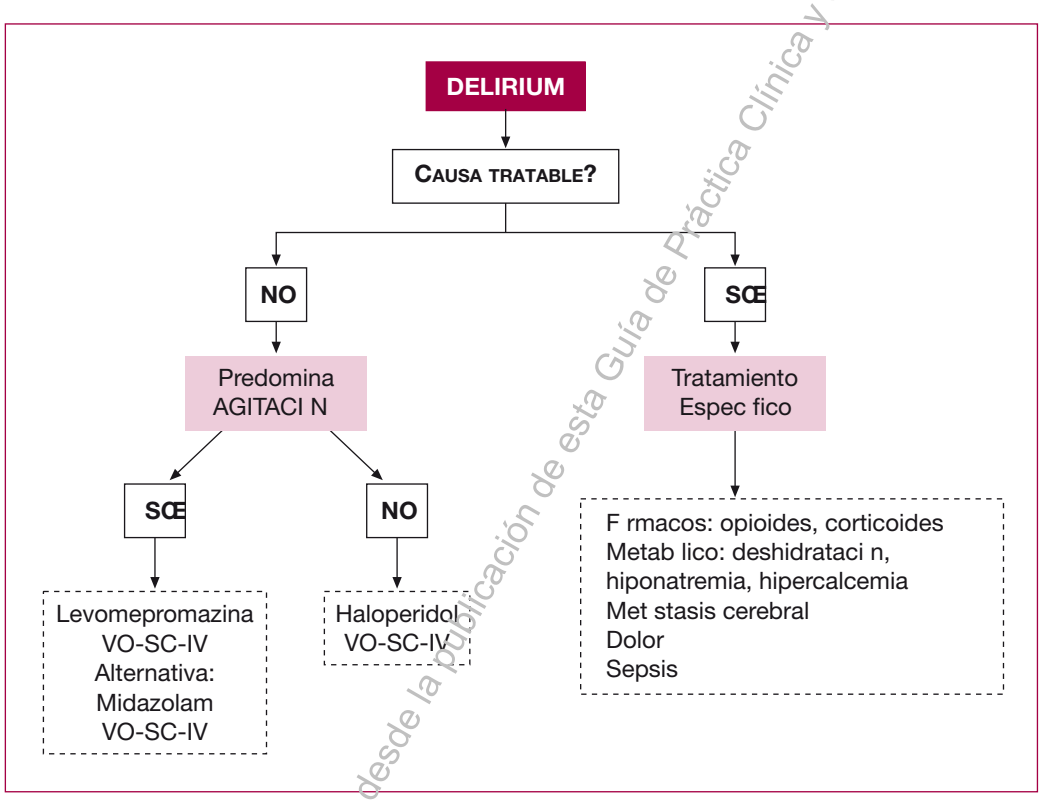
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 9. **Algoritmo del tratamiento de la disnea en el paciente en CP**



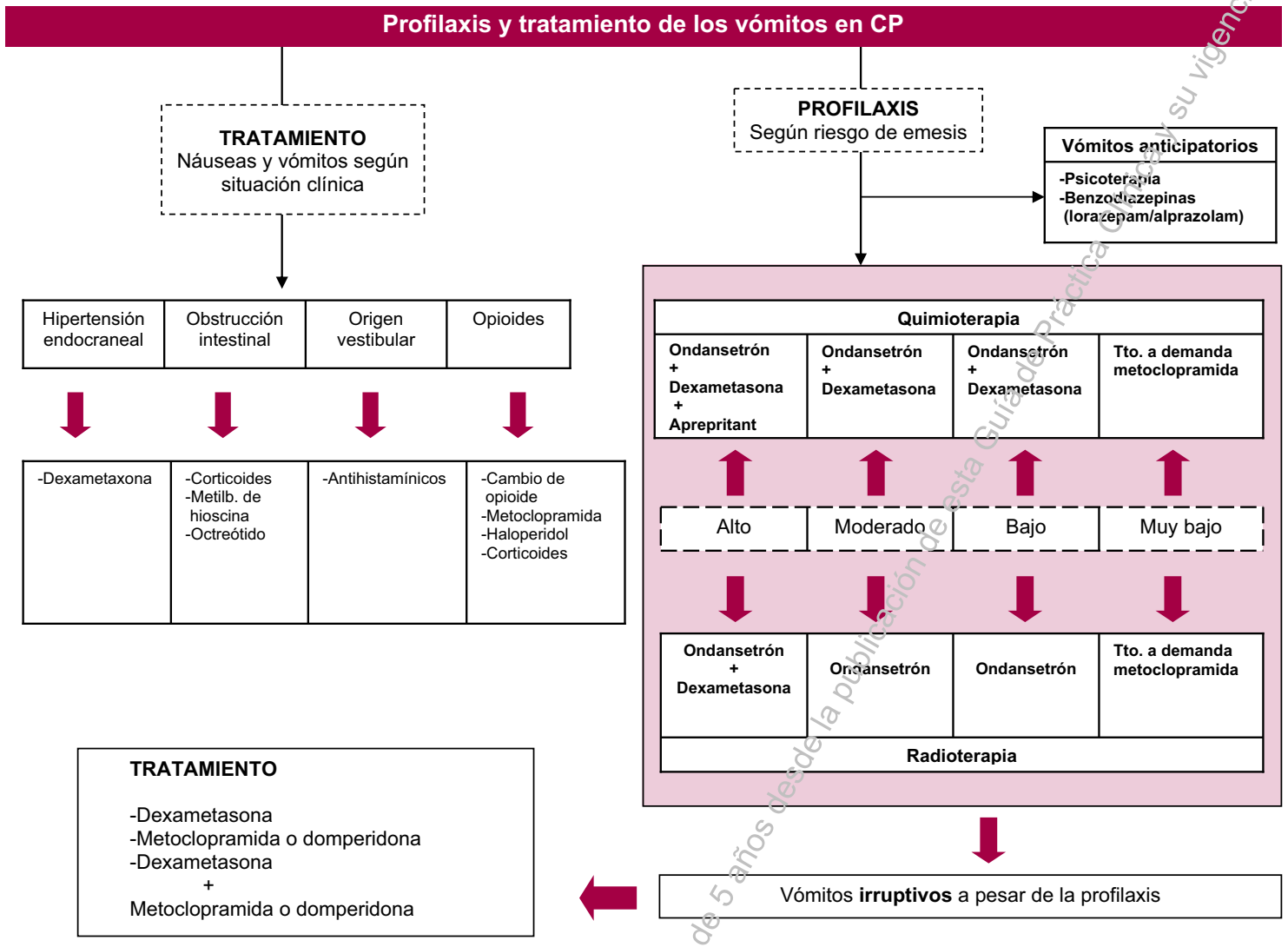
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 10. **Algoritmo de tratamiento del delirium en el paciente en CP**



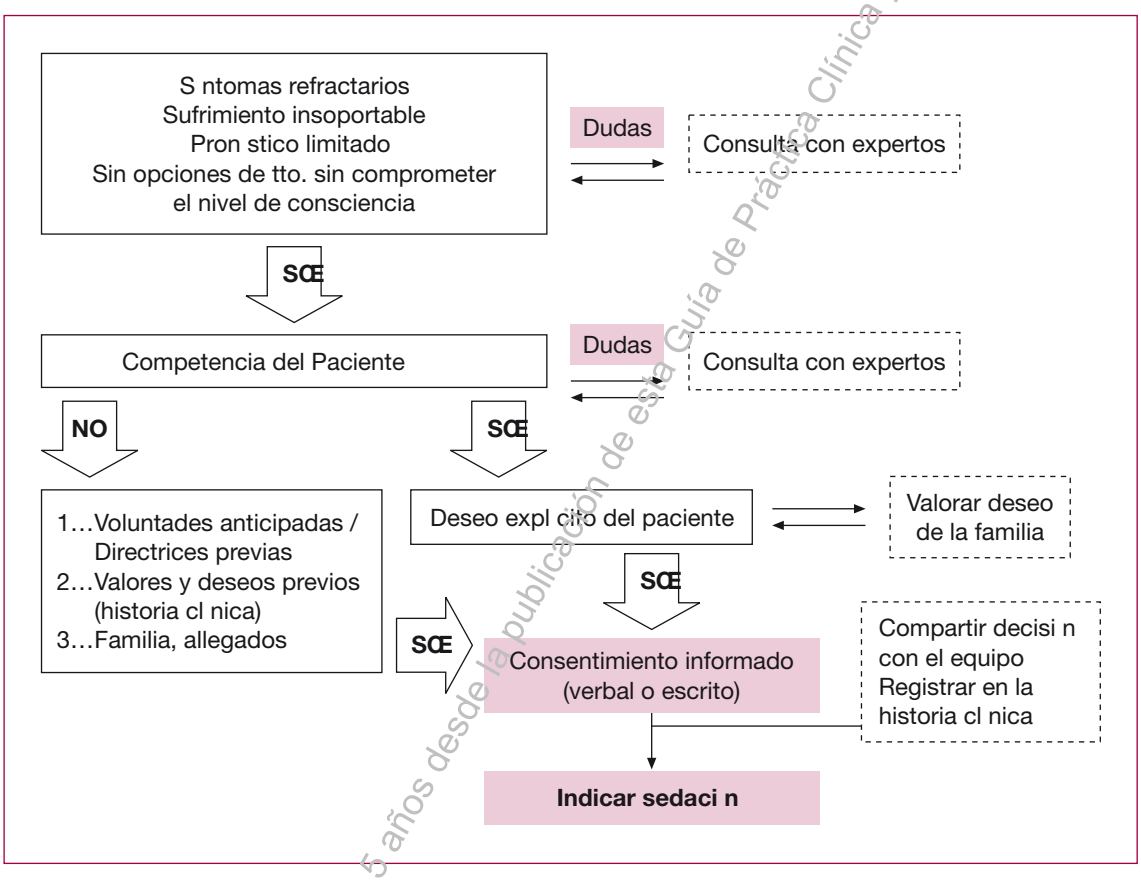
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 11. Profilaxis y tratamiento de los vómitos en los pacientes en CP



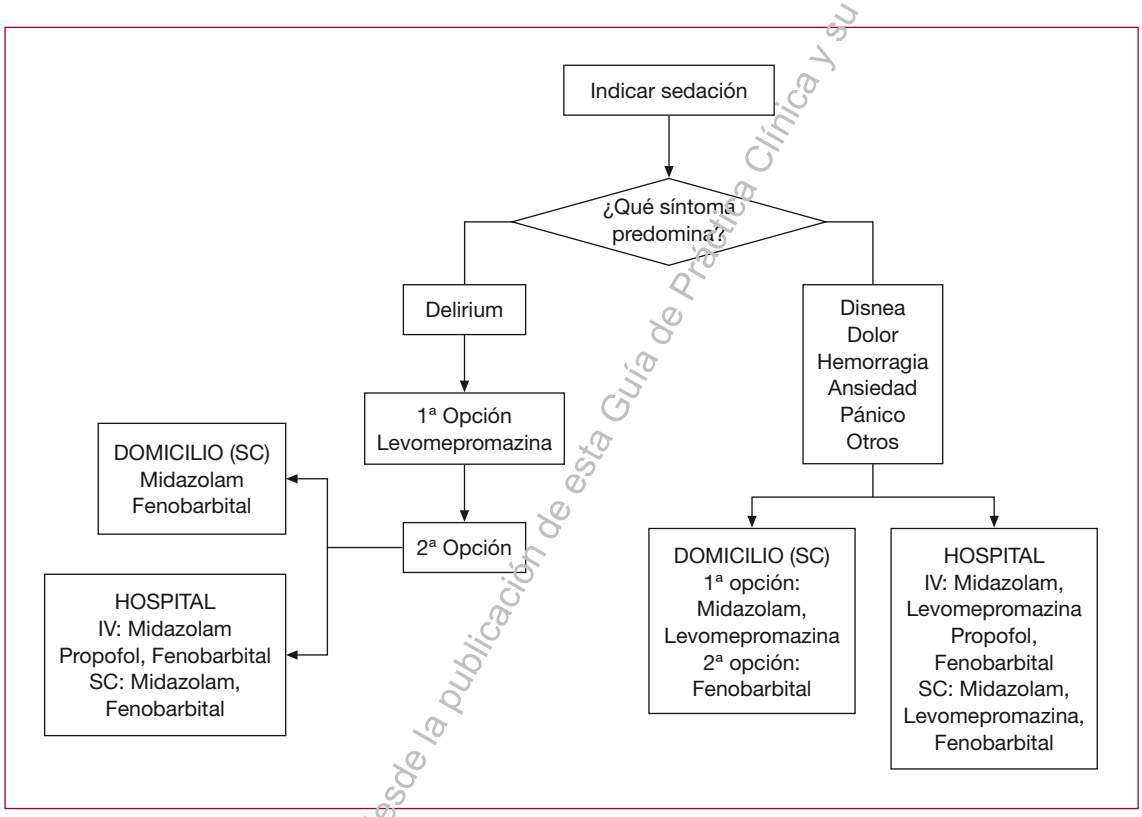
Transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisa

Figura 12. **Proceso de la sedación**



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 13. Algoritmo para el uso de fármacos en la sedación



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.