MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Actualización
2017

CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ADULTOS

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-440-11

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

DIF Nacional

PEMEX

Avenida Paseo de la Reforma No. 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C. P. 06600, México, Ciudad de México.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores se aseguraron que la información sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de interés y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Cuidados paliativos en pacientes adultos.** Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; **2017.**

Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#

Actualización: **parcial.**

ISBN en trámite

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2017

COORDINACIÓN				
Lic. Ana Belem López Morales	Licenciatura en Enfermería Licenciatura en Psicopedagogía	IMSS	Coordinadora de Programas de Enfermería CTEC, CUMAE, CDMX, IMSS	
Dr. Gilberto Espinoza Anrubio	Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública Medicina Familiar	IMSS	Coordinador Clínico de Educación e Investigación HGZ/UMF No. 8, CDMX, IMSS	
AUTORÍA				
Dra. María Concepción Serratos Vázquez	Anestesiología Algología	IMSS	Encargada del Centro Interdisciplinario para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos UMAE HTO "Dr. Victorio de la Fuente Narvaez"	Miembro del Consejo Mexicano de Algología Miembro de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor
Lic. María del Carmen Vicente Rivera	Licenciatura en Enfermería	IMSS	Enfermera General UMAE HTO "Dr. Victorio de la Fuente Narvaez""	Miembro de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor
Mtra. Lucía Hernández Amezcua	Maestría en Ciencias de la Salud	IMSS	Nutriologa Clínica HGZ No. 27, CDMX, IMSS	Miembro de la Asociación Mexicana de Geriatría y Gerontología Miembro de la asociación Mexicana Especialistas en Nutrición Renal Miembro del Colegio Mexicano de Nutriológos Renales
Lic. Heidini Brenda Sánchez Hernández	Lic. Rehabilitación	IMSS	Coordinadora de Programas División de Unidades de Rehabilitación	
Lic. Xochilt Iveth Aguayo Mendoza	Licenciatura en Psicología Especialidad en Psicoterapia Traspersonal Especialidad en Psicología Clínica	IMSS	Encargada de la Clínica de Tanatología UMAE HTO "Dr. Victorio de la Fuente Narvaez"	
Mtra. Ma. Mericenda Quiroz López	Maestría en Ciencias de la Educación	IMSS	Subjefe de Enfermería HGZ No. 2A, CDMX, IMSS	
Mtra. Marisela Moreno Mendoza	Maestría en Ciencias de la Educación Licenciatura Enfermería y	IMSS	Coordinadora de Programas de Enfermería División de Hospitales Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel	Miembro del Colegio Nacional de Enfermeras Red de Docentes de América Latina y del

	Obstetricia			Caribe
Dr. Gilberto Espinoza Anrubio	Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública Medicina Familiar	IMSS	Coordinador Clínico de Educación e Investigación HGZ/UMF No. 8, CDMX, IMSS	
Lic. Josué Eliseo Santillan Padrón	Licenciatura en Nutrición Humana Nutricionista Dietista	IMSS	UMAE HE, CMN La Raza, CDMX, IMSS	
Dr. Antonio Méndez Duran	Nefrología	IMSS	Coordinador de Programas Médicos División de Hospitales de Segundo Nivel Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel	
VALIDACIÓN				
Protocolo de Búsqueda				
Lic. Ana Belem López Morales	Licenciatura en Enfermería Licenciatura en Psicopedagogía	IMSS	Coordinadora de Programas de Enfermería Coordinación Técnica de Excelencia Clínica	
Guía de Práctica Clínica				
Dr. José de Jesús Salvador Villafaña Tello.	Anestesiología Algología	IMSS	Jefe de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos UMAE Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI	
Dra. María Luisa Peréz Carranco	Anestesiología Algología	IMSS	Jefe de División UMAE Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI	
EG. Guadalupe Estrada Zarazúa	Técnica en Enfermería General	IMSS	Enfermera General en UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza	
Lic. Claudia Hernández Cruz	Licenciatura en Enfermería	IMSS	Jefe de Área de Enfermería en Atención Integral Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel	
Dr. Gilberto Pérez Aguilar	Maestría en Tanatología Medicina de Familia	IMSS	Jefe de Área Programas Especiales División de Hospitales de Segundo Nivel Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel	
Lic. Alicia Reyes Hernández	Licenciatura en Enfermería	IMSS	Coordinadora de Programas de Enfermería Área de Calidad y Seguridad del Paciente.	
Dr. Ismael Aguilar Salas	Doctorado en Educación Medicina Interna Geriatría	IMSS	Coordinador de Programas Médicos División de Cuadros Básicos e Insumos para la Salud	Miembro del Colegio de medicina Interna de México. Certificacición por el Consejo Mexicano de

				Medicina Interna Certificación por el Consejo Mexicano de Geriatría
Dra. Mónica Osio Saldaña	Maestría en Gestión y Políticas en Salud	Secretaría de Salud	Asesor externo de la Secretaria de Salud Departamento de Cuidados Paliativos	Miembro de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Miembro de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor. Miembro de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Miembro de la Asociación Internacional de Hospice y Cuidado Paliativo. Socio del Colegio Mexicano de Cuidados Paliativos.
Mtra. María Eva Aviles Vega	Maestría en Tanatología	ISSSTE	Enfermera General C Hospital Regional General Ignacio Zaragoza	
Mtra. Ana Luisa Cabrera Ramírez	Maestría en Administración de Hospitales		Evaluadora del SINaCEM en el Proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica	

AUTORÍA VERSIÓN 2011

Dra. Laura del Pilar Torres Arreola, Dra. Elizabeth Araceli Arteaga Labra, Dr. Sergio Méndez Acuña , Dr. José Alberto Flores Cantisani, Dr. Benjamín Domínguez Trejo, Dra. María Luisa Peréz Carranco, Psicológa Ivonne Nalliely Pérez Sánchez, Dra. María Guadalupe Pérez Cabello, Dr. José de Jesús Salvador Villafaña Tello.

Índice

1. Aspectos Generales 7
1.1. Metodología 7
1.1.1. Clasificación 7
1.2. Actualización del año 2011 al 2017 8
1.3. Introducción 9
1.4. Justificación 10
1.5. Objetivos 11
1.6. Preguntas clínicas 13
2. Evidencias y Recomendaciones 14
2.1. Diagnóstico 15
2.2. Tratamiento 17
3. Anexos 69
3.1. Algoritmos 69
3.2. Cuadros o figuras 70
3.3. Listado de Recursos 87
3.3.1. Tabla de Medicamentos 87
3.4. Protocolo de Búsqueda 99
3.4.1. Búsqueda de Guías de Práctica Clínica 99
3.4.2. Búsqueda de Revisiones Sistemáticas 100
*3.4.3. Búsqueda de Ensayos Clínicos Aleatorizados y Estudios Observacionales*** 100*
3.5. Escalas de Gradación 101
3.6. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave 103
4. Glosario 105
5. Bibliografía 107
6. Agradecimientos 110
7. Comité Académico 111
8. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador 112
9. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica 113

1. Aspectos Generales

1.1. Metodología

1.1.1. *Clasificación*

CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-440-11	
Profesionales de la salud	Maestras en Ciencias de la Salud, Maestras en Ciencias de la Educación, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública, Licenciadas en Enfermería, Licenciada en Nutrición, Licenciada en Psicología, Médico Anestesiólogo- Algologo, Médico Familiar, Medico Nefrólogo. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/ANEXOS_METODOLOGIA_GPC.pdf)>.
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: Z51.5 Atención paliativa
Categoría de GPC	Primer, segundo y tercer nivel
Usuarios potenciales	Personal médico, enfermería, trabajo social, psicología, nutrición, rehabilitación, personal con formación en tanatología, algología, cuidados paliativos y personal en formación en el área de la salud
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco	Mujeres y hombres adultos con padecimientos oncológicos y no oncológicos con enfermedad avanzada limitante para la vida.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Dirección de Prestaciones Médicas Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas	Intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para la prevención y control de síntomas.
Impacto esperado en salud	1. Fomentar la oportunidad en la atención de los pacientes que requieren cuidados paliativos. 2. Evaluación y control adecuado de los síntomas en pacientes paliativos. 3. mejorar la satisfacción con la atención recibida por el usuario, su familia y personal de salud. 4. Disminuir los tiempos de estancia en los servicios hospitalarios. 5. Disminución de ingresos y reingresos hospitalarios innecesarios. 6. Uso racional de medicamentos esenciales en cuidados paliativos incluyendo opiodes. 7. Mejora de la calidad de vida del binomio paciente-familia. 8. Promover el respeto a la autonomía y dignidad de los pacientes adultos que requieren cuidados paliativos.
Metodología de Actualización[1]	Evaluación de la guía a actualizar con el instrumento AGREE II, ratificación y rectificación de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales, meta análisis, ensayos clínicos aleatorizados, estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	**Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia** Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 61 especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía. Guías seleccionadas: 6 Revisiones sistemáticas: 6 Ensayos clínicos aleatorizados: 5 Estudios observacionales: 27 Otras fuentes seleccionadas: 17
Método de validación	**Validación por pares clínicos** Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social Validación de la guía: Instituto Mexicano del Seguro Social
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Actualización	Fecha de publicación de la actualización: 2017. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.

[1] *Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la integración de esta guía se puede consultar la siguiente liga: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/herramientas_desarrollo_GPC.html.*

1.2. Actualización del año 2011 al 2017

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía:
    - Título desactualizado: **Cuidados paliativos**.
    - Título actualizado: **Cuidados paliativos en el adulto**.
2. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en:
    - **Tratamiento**

1.3. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles son la mayor causa de muerte y discapacidad en el mundo. Este panorama corresponde a la transición epidemiológica del aumento de la esperanza de vida, un fenómeno propio de los países donde mejora el nivel de vida y las enfermedades crónicas empiezan a tener mayor peso que las transmisibles. Por este motivo, la OMS instó a los países a diseñar y establecer estrategias adecuadas para hacer frente a la cronicidad reorientando sus sistemas de atención sanitaria. A partir de 2014 se diseñaron las acciones a seguir para el fortalecimiento de los cuidados paliativos (CP) como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida (Tripodoro V, 2016).

La OMS define a los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (Ascencio L, 2015).

Es importante resaltar que un paciente susceptible de recibir cuidados paliativos es aquel que cursa con una enfermedad o condición avanzada crónica e incurable que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos y oncológicos independientemente del pronóstico de tiempo de sobrevida. Entre los pacientes adultos que pueden verse beneficiados de los cuiadados paliativos estan aquellos diagnósticados con cáncer, accidente cerebro vascular, demencias como la enfermedad Alzheimer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfisema, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, insuficiencia cardíaca, renal o hepática irreversible y VIH/SIDA.

La esfera de atención no sólo se limita al malestar físico, sino que se evalúa la persona en forma integral multidimensional, apreciando además la esfera emocional, social y espiritual. En ese sentido el manejo paliativo debe ser guiado por una evaluación completa de las necesidades biopsicosociales, determinando así el manejo más apropiado del paciente al final de la vida. Por tanto el manejo interdisciplinario es indispensable y debe solventar las incertidumbres y mantener una coordinación efectiva para controlar los síntomas y proveer un mejor cuidado (López J, 2016)

Los CP pueden realizarse tanto en el domicilio como en un lugar de consulta ambulatoria, durante la internación en un hospital general o en unidades específicas, en casas de cuidados para enfermedad terminal (hospicios) o casas de asistencia y residencias geriátricas, etc.

El mirar a un paciente o a la familia de este, a través de la perspectiva que brinda el conocer y practicar los CP, nos permite ser empáticos, respetuosos y tolerantes ante el dolor de otro, siendo estas caracteristicas los pilares fundamentales en el trato digno y humano.

1.4. Justificación

Las enfermedades no transmisibles (ENT)son la principal causa de mortalidad en todo el mundo y los datos disponibles muestran que casi el 80% de las muertes por ENT ocurren en países de ingresos bajos y medios. Se prevé que en el año 2030 las ENT superarán a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como principal causa de defunción (Jacob G, 2014).

La epidemia de estas enfermedades se ve potenciada por factores críticos que afectan a todas las regiones del mundo: el envejecimiento demográfico, la urbanización rápida y no planificada y la generalización de modos de vida poco saludables. Muchas enfermedades crónicas evolucionan lentamente, pero los modos de vida y los comportamientos están cambiando a una velocidad y con un alcance sorprendentes, y las consecuencias para las sociedades y las economías son devastadoras a nivel global.

El cambio demográfico y epidemiológico al cual se ven enfrentados los países, ha generado un aumento en la expectativa de vida, así como una variación en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas. La incorporación de nuevas tecnologías en salud, también contribuyen a prolongar la expectativa de vida de personas que padecen condiciones crónicas (MINSALUD, 2016).

La cronicidad y el auge de tratamientos encaminados a prolongar la sobrevida, así como también la poca respuesta al tratamiento, demandan una atención especial, acorde al estado físico, mental y emocional. Se estima que para el año 2020, solo como consecuencia del cáncer, cinco millones de personas en el mundo van a requerir atención por síntomas severos antes de la muerte. En consecuencia, cada vez será mayor el número de personas que pueden verse afectadas por el sufrimiento prolongado de una enfermedad crónica, evolutiva y avanzada con pronóstico de vida limitado. En lo que respecta al cáncer, según indica la Organización Mundial para la Salud (OMS) hay disponibles intervenciones eficaces en términos de costo: la prevención primaria, la detección precoz, el tratamiento y los cuidados paliativos (Jacob G, 2014).

En este sentido, lo que se pretende es que todo el equipo de salud en todos los niveles asistenciales, pueda consolidar sus conocimientos y habilidades para atender a las personas que transitan los desafíos de una enfermedad avanzada, progresiva y limitante, ya que atender a personas requiere coordinar los recursos humanos, físicos y económicos disponibles para garantizar la continuidad de los cuidados.

Con la presente guía de práctica clínica, se busca que los profesionales de la salud cuenten con una herramienta que guíe su actuar y facilite la toma de decisiones.

1.5. Objetivos

La Guía de Práctica Clínica **cuidados paliativos en pacientes adultos** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer, segundo y tercer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Identificar los instrumentos y/o escalas más efectivos que evalúan los síntomas y estado funcional en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos.**
- **Identificar las vías de administración de medicamentos más eficaces para pacientes oncológicos y no oncológicos.**
- **Establecer los analgésicos más eficaces para el tratamiento de dolor en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos.**
- **Determinar las estrategias preventivas y de tratamiento que se deben realizar como parte de cuidados paliativos para los síntomas respiratorios en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos.**
- **Reconocer la importancia del soporte nutricional en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos en cuidados paliativos para el control de la astenia, adinamia, anorexia, caquexia y deshidratación.**
- **Establecer las acciones de cuidados paliativos para el control de los síntomas digestivos de pacientes adultos oncológicos y no oncológicos.**
- **Determinar las intervenciones que se deben realizar como parte de cuidados paliativos para síntomas neuropsiquiátricos de pacientes adultos oncológicos y no oncológicos.**
- **Establecer los cuidados de prevención y tratamiento paliativo a realizar en la piel y mucosas para pacientes adultos oncológicos y no oncológicos.**
- **Identificar las acciones que deben realizarse en atencion paliativa para la prevención y tratamiento de síntomas urinarios en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos.**
- **Establecer las intervenciones que se deben realizar como parte del plan de los cuidados paliativos con enfoque físico, psicosocial, emocional y espiritual a los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos y sus familiares.**
- **Identificar la importancia de la rehabilitación paliativa para retrasar o disminuir la pérdida de funcionalidad en pacientes adultos oncológico y no oncológicos.**
- **Establecer los criterios de atención al final de la vida y la pertinencia de sedación paliativa en el paciente adulto oncológico y no oncológico en fase agónica.**

Lo anterior favorecerá la mejora en la calidad y efectividad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

1.6. Preguntas clínicas

1. ¿Cuáles son los instrumentos y/o escalas más efectivos que evalúan los síntomas y el estado funcional en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos?
2. ¿Cuáles son las vía de administración de medicamentos más efectivas en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos?
3. ¿Cuáles son los analgésicos más eficaces para el tratamiento de dolor en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos?
4. ¿Cuáles son las estrategias preventivas y de tratamiento que se deben realizar como parte de cuidados paliativos para los síntomas respiratorios en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?
5. ¿Cuál es el soporte nutricional que deben tener los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos en cuidados paliativos para la astenia, adinamia, anorexia, caquexia y deshidratación?
6. ¿Cuáles son las acciones de cuidados paliativos para los síntomas digestivos de pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?
7. ¿Cuáles son las intervenciones que se deben realizar como parte de cuidados paliativos para síntomas neuropsiquiátricos de pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?
8. ¿Qué cuidados de prevención y tratamiento paliativo se realizan a la piel y mucosas en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?
9. ¿Cuáles son las acciones que deben realizarse en atencion paliativa para la prevención y tratamiento de síntomas urinarios en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?
10. ¿Cuáles son las intervenciones a realizar como parte del plan de cuidados paliativos con enfoque físico, psicosocial, emocional y espiritual a los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos y sus familiares?
11. ¿Cuál es la rehabilitación paliativa más efectiva para retrasar o disminuir la pérdida de la funcionalidad en pacientes adultos oncológico y no oncológicos?
12. ¿Qué cuidados se deben proporcionar en situaciones de urgencia presentadas en pacientes oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos?
13. ¿Cuáles son los criterios para la sedación paliativa del paciente adulto oncológico y no oncológico en fase agónica?
14. ¿Cuáles son los criterios de inclusión para la atención domiciliaria de pacientes que requieren cuidados paliativos?

2. Evidencias y Recomendaciones

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE, GRADE y OCEBM .**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

Evidencia E

Recomendación R

Punto de buena práctica ✓

En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	En un estudio de serie de casos realizado por Delahaye en 2003, se evaluó la utilidad del ultrasonido prenatal para el diagnóstico temprano de craneosinostosis en fetos con factores de riesgo, determinado por la disminución del espacio de las suturas craneales; se documentó una sensibilidad de 100% y especificidad de 97% para el ultrasonido.	**MUY BAJA** ⊕OOO **GRADE** *Delahaye S, 2003*

2.1. Diagnóstico

1. ¿Cuáles son los instrumentos y/o escalas más efectivos que evalúan los síntomas, el estado funcional y cognitivo en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	*El Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS)* se utiliza en pacientes que reciben cuidados paliativos y con cáncer avanzado desde su desarrollo inicial teniendo una confiabilidad del 75% y una validez de p< 0,001.	**3** **NICE** *Carvajal A, 2013*
R	En el caso de optar por el uso de escalas de valoración de síntomas, se recomienda la utilización de instrumentos validados como la escala *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) (ver cuadro 3.2.1).	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016* *Carvajal A, 2013*
R	Las escalas uni o multidimensionales constituyen instrumentos útiles, que ayudan al paciente a elaborar una percepción comunicable y facilitan a los profesionales la valoración objetiva del síntoma.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	La Escala Pronóstica Paliativa (*Palliative Prognostic Score* PaP), otorga un pronóstico de supervivencia de pacientes con cáncer que permite al equipo de salud planear y ejecutar labores asistenciales de manera correcta.	**3** **NICE** *López B, 2014* *Fernández L, 2013*
R	Utilizar la escala *Palliative Prognostic Score* (PaP) para la evaluación de los pacientes que requieren cuidados paliativos (Ver cuadro 3.2.2 y 3.2.3).	**D** **NICE** *López B, 2014* *Fernández L, 2013*
E	Los factores pronósticos en pacientes con cáncer asociados a la supervivencia son: el estado funcional (Karnofsky), la estimación clínica de la supervivencia, el deterioro cognitivo, la anorexia, la disnea, la xerostomía, la pérdida de peso y la disfagia.	**3** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	La estimación es más precisa cuanto menor sea el tiempo de supervivencia y en enfermos con un índice de Karnofsky inferior a 40.	**3** **NICE** *MINSALUD, 2016*

R	Utilizar la escala de Karnofsky para evaluar la supervivencia.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	El dolor en cuidados paliativos requiere de una evaluación integral multidimensional teniendo en cuenta su etiología, intensidad, repercusión en la calidad de vida del enfermo y el impacto en la familia.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Es necesario utilizar escalas de valoración de la intensidad del dolor validadas y acordes al grupo etario y estado cognitivo.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA), (ver cuadro 3.2.4.) escala de dolor para pacientes con demencia (PAINAD) (ver cuadro 3.2.5), el Cuestionario Breve del Dolor (CBD) o la que el médico tratante considere adecuada (ver cuadro 3.2.6).	**C** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	En la atención al dolor en cuidados paliativos se recomienda la evaluación constante integra del dolor, teniendo en cuenta el estado general del paciente, para evitar confusión con el enfermo y su familia, adiestrándolos en la correcta utilización de las diversas escalas que se adecuen a sus necesidades.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	La evaluación de la función cognitiva es fundamental por la alta frecuencia de alteraciones cognitivas en pacientes con cáncer.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	La mayoría de los pacientes en las etapas finales de la vida presentan alteraciones cognitivas.	**3** **NICE** *Grassi L, 2015*
E	El test mini mental de Folstein (MMT) MMT (Mini Mental Test) es útil para detectar la falla cognitiva. Tiene una sensibilidad: 86% y especificidad: 66%.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Se sugiere emplear el test mini mental de Folstein (MMT) para realizar evaluación de la función cognitiva (ver anexo 3.2.7).	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*

R	Considerando el impacto multidimensionaldel síntoma, se debe asegurar un abordaje integral y, en lo posible, interdisciplinario. Tras completar la evaluación, debe definirse una estrategia terapéutica considerando los siguientes aspectos: • Corregir lo corregible: identificar causas potencialmente reversibles e indicar el o los tratamientos específicos. • Medidas no farmacológicas de confort: proponer pautas higiénico-dietéticas, consejos o tratamientos no farmacológicos (recomendaciones posturales, adaptación y cuidado del ambiente, acupuntura, fisiokinesioterapia, técnicas de respiración). • Tratamiento farmacológico sintomático: prescribir medicación para el alivio de los síntomas teniendo en cuenta, principalmente, tratamientos previos y respuesta a éstos, características, situación y preferencias del paciente.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
✓	El éxito en el control de síntomas se basa en una correcta evaluación, un adecuado manejo terapéutico y una reevaluación y monitoreo continuo de los mismos con atención al detalle.	**Punto de buena práctica**

2.2. Tratamiento

2. ¿Cuáles son las vías de administración de medicamentos más efectivas en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	La vía oral es la vía de elección para la administración de fármacos en cuidados paliativos, por su comodidad y efectividad para el control de los síntomas, aun en pacientes en sus últimos días de vida. Existen, sin embargo, situaciones en las que esta vía no esta disponible, debiendo considerarse la utilización de vías alternativas.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	Las indicaciones para la elecciónde una vía alternativa a la oral son: • Presencia de náuseas severas o vómitos. • Disfagia severa. • Alteración del nivel de conciencia. • Debilidad extrema (últimos días de vida). • Síndromes de mala absorción. • Poca adherencia terapeutica del paciente.	**4** **NICE** *Matoses C, 2015* *Jacob G, 2014*

R	La vía subcutánea puede resultar una opción adecuada, a través de catéteres intermitentes (punzocat o aguja tipo mariposa), aplicación de dosis usando jeringas de insulina, o infusión continua mediante dispositivos portátiles. Su aplicación no atenta contra el confort del paciente y constituye, además, un acceso seguro, de bajo costo y fácil manejo, especialmente para el cuidado en domicilio.	**D** **NICE** *Matoses C, 2015* *Jacob G, 2014*
E	Los fármacos más utilizados por vía subcutánea son: morfina, midazolam, haloperidol, hioscina, metoclopramida, furosemide, ceftriaxona, difenhidramina, octreótida, levomepromazina, ondansetrón y ranitidina. Algunos pueden combinarse en la misma jeringa antes de aplicarlos y otros deben prescribirse y aplicarse en forma separada como: dexametasona, fenobarbital, furosemide, diclofenaco y ketorolaco.	**4** **NICE** *Matoses C, 2015* *Jacob G, 2014*
R	No deben utilizarse por vía subcutánea fármacos oleosos o irritantes como: diazepam y la mayoria de los antibióticos.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Las vías sublingual, transdérmica, transmucosa, rectal o espinal, podrán utilizarse según la condición del paciente, las características y disponibilidad del fármaco (p. ej., parche de fentanilo transdérmico).	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	No se recomienda la aplicación de fármacos por vía intramuscular ya que es dolorosa, de absorción errática y no ofrece beneficios respecto de la vía subcutánea.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	La vía endovenosa es frecuentemente utilizada en pacientes hospitalizados, en los que ya se dispone de un acceso central o periférico, o bien cuando resulta imprescindible para la administración de fármacos no disponibles por otra vía. De otro modo, esta opción deberá evitarse, teniendo en cuenta que podría generar un franco disconfort al paciente, e implica manejo por parte de personal entrenado, mayores costos y riesgo de complicaciones.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*

3. ¿Cuáles son los analgésicos más eficaces para el tratamiento y control de dolor en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	El dolor es una experiencia multidimensional que requiere la evaluación y el tratamiento de los factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales que intervienen en su expresión.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Se recomienda realizar evaluación multidimensional del dolor e identificar el tipo de dolor (ver cuadro 3.2.9)	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	El dolor oncológico es un problema de primera magnitud puesto que hasta el 95% de los pacientes en estadios avanzados de su enfermedad lo padecen. Se estima que entre un 25% a un 45% de los casos, el dolor es tratado de forma insuficiente.	**4** **NICE** *Dopico L, 2014*
E	El objetivo del tratamiento del dolor en la atención paliativa es el control, ya que disminuye la actividad física, el apetito, el sueño, la pérdida del autocontrol y reducción significativa de la pérdida de la calidad de vida.	**Débil** **GRADE** *McCusker M, 2013*
E	Un manejo óptimo del dolor necesita de una evaluación individualizada y sistemática de los síntomas basándose en la situación clínica y deseos del paciente, con el objetivo de maximizar la función y la calidad de vida.	**4** **NICE** *Dopico L, 2014*
R	Se recomienda proveer información oral y escrita sobre el tratamiento del dolor al enfermo y su familia, enfatizando en el beneficio, efectos adversos y la importancia de la participación del paciente para una mejor respuesta al tratamiento.	**D** **NICE** *Dopico L, 2014* *Allende S, 2013*
R	Antes de iniciar el manejo del dolor es indispensable evaluar detalladamente el dolor: su intensidad, causas, caracteristicas, cronología y repercusiones en el paciente y su familia.	**D** **NICE** *Dopico L, 2014*

R	Reevaluar continuamente la respuesta analgésica, así como la aparición de efectos secundarios de la medicación (ver tabla de medicamentos).	**D** **NICE** *Dopico L, 2014*
R	Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS así como 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 (ver cuadro 3.2.10).	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016* *Dopico L, 2014* *Jacob G, 2014*
R	La administración de fármacos debe titularse en forma progresiva, adecuar dosis de forma individualizada, monitorizar la respuesta y en lo posible evitar la polifarmacia.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016* *Jacob G, 2014*
✓	El esquema analgésico siempre deberá establecer dosis de "rescate" para dolor incidental calculado de acuerdo a la dosis diaria total (aproximadamente 10% de la dosis diaria total) además de la dosis regular.	**Punto de buena práctica**
R	La morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia.	**A** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	La morfina es el fármaco de elección para rescate en el dolor irruptivo, excepto, en los pacientes con insuficiencia renal (10 % de la dosis diaria por dosis).	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Las terapias alternativas no constituyen un tratamiento de primera línea para el dolor en pacientes en cuidados paliativos.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Se recomienda iniciar fármacos neuromoduladores en el tratamiento de dolor neuropático (antidepresivos y anticonvulsivantes)	**Débil** **GRADE** *MINSALUD, 2016*
R	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.	**Débil** **GRADE** *MINSALUD, 2016*

R	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.	**Débil** **GRADE** *MINSALUD, 2016*
R	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.	**Débil** **GRADE** *MINSALUD, 2016*
R	Se sugiere como tratamiento complementario terapias no farmacológicas como terapias físicas, (que pueden ser ofrecidas a través de servicios de rehabilitación con personas especializadas), ocupacionales y psicológicas. Así como técnicas quirúrgicas o intervencionistas (que pueden ser ofrecidos a través de servicios especializados).	**Débil** **GRADE** *MINSALUD, 2016*
R	Se sugiere agregar el uso de opioides fuertes en el manejo de dolor neuropático de origen oncológico cuando los demás tratamientos farmacológicos han fracasado.	**Débil** **GRADE** *MINSALUD, 2016*
E	Los pacientes en tratamiento con opioides pueden presentar constipación, náuseas, somnolencia, boca seca, prurito y signos de neurotoxicidad (delirium, alucinaciones, mioclonías). Si bien este cuadro neuropsiquiátrico puede presentarse con cualquier opioide, es más frecuente cuando se utilizan opioides de eliminación renal en presencia de insuficiencia renal, deshidratación y con dosis elevadas (ver tabla de medicamentos).	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	La presencia de efectos adversos severos debe ser tratada enérgicamente y debe considerarse el ajuste de la dosis del opioide o la rotación a un opioide alternativo.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Explicar los signos de alarma que requieran valoración por el equipo de salud: náuseas, vómitos, somnolencia, confusión, alucinaciones, mioclonías y/o constipación de más de 3 días.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
✓	Los eventos adversos de los opioides deben ser monitorizados y los efectos secundarios inevitables deben ser tratados profilácticamente.	**Punto de buena práctica**

E	El monitoreo del tratamiento incluye: el grado de respuesta analgésica, los efectos adversos, el cálculo de la dosis por día (dosis fijas + número de rescates), la función cognitiva y el estado de hidratación.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	Se considera un buen control del dolor cuando el paciente carece de dolor la mayor parte del día, tiene pocos episodios de dolor leve (ENA 1-4) o requiere, menos de dos rescates diarios con un buen balance analgesia/efectos adversos durante, al menos, 48 hs. Se trata de un mal control cuando el dolor es moderado/severo la mayor parte del día (ENA 6-10), requiere más de tres rescates por día o tiene efectos adversos incapacitantes.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Monitorear la respuesta y los efectos adversos en 24-48 hs posteriores al inicio del tratamiento y por lo menos una vez por semana en situación estable.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
✓	El equipo de profesionales que trata el dolor en cuidados paliativos debería instruir e involucrar al paciente y a su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas, para lograr adecuada adherencia y continuidad al tratamiento.	**Punto de buena práctica**
✓	La evaluación del manejo multimodal del dolor debe ser efectuada por un profesional en el área, con adecuación a las circunstancias de salud del paciente y los recursos existentes.	**Punto de buena práctica**
✓	Se recomienda el uso de un laxante, siempre que se indique el uso de un opioide.	**Punto de buena práctica**
✓	En nuestro país una de las prácticas más comunes en el manejo del dolor intratable en cáncer es el intervencionismo de mínima invasión, efectuado por Anestesiólogos Algólogos.	**Punto de buena práctica**

4. ¿Cuáles son las estrategias preventivas y de tratamiento que se deben realizar como parte de cuidados paliativos para los síntomas respiratorios en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	La disnea es un síntoma frecuente en pacientes con insuficiencias orgánicas como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) avanzada (75%) así como en pacientes oncológicos (16 al 18%), especialmente los que padecen cáncer de pulmón (entre el 70 y el 90% en el final de la vida). Su incidencia aumenta a 90 % en los pacientes en los últimos días de vida.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Deben tratarse de forma específica las causas reversibles de disnea, como: insuficiencia cardíaca, la exacerbación de EPOC, arritmias cardíacas, anemia, derrame pleural o pericárdico, infección bronquial, embolismo pulmonar, síndrome de la vena cava superior, asma, linfagitis carcinomatosa y obstrucción de la vía aérea.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	La disnea es un síntoma común en pacientes con cáncer avanzado que interfiere con la capacidad funcional y la calidad de vida.	**3** **NICE** *Greer J, 2015* *Freeman S, 2015*
E	En pacientes con hipoxia que no padecen EPOC, se pone de manifiesto la sensación de ahogo cuando la saturación de oxígeno es menor de 90%.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Valorar el inicio o continuidad del tratamiento con oxígeno para aliviar la disnea, según la respuesta individual.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	El oxígeno no es necesario en pacientes con patología restrictiva previa que manejan valores bajos de saturación y tienen ya mecanismos compensatorios.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	En ausencia de evidencia que permita predecir qué pacientes pueden beneficiarse más del tratamiento con oxígeno para aliviar la disnea, se recomienda valorar la pertinencia del tratamiento según la respuesta individual.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*

R	Se recomienda el monitoreo de la frecuencia respiratoria.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	La disnea, también se asocia con factores psicológicos, como la ansiedad y la depresión.	**3** **NICE** *Greer J, 2015* *Freeman S, 2015*
R	A través de ejercicios de relajación, respiración controlada y ejercicio supervisado es posible disminuir la angustia y la ansiedad por dificultad respiratoria.	**C** **NICE** *Greer J, 2015*
R	El esfuerzo respiratorio se reduce si se endereza al paciente y se le coloca en una posición apropiada y confortable.	**D** **NICE** *Estela DA, 2013*
R	Las técnicas para aumentar la expulsión de secreciones por la percusión torácica serán usadas con precaución en pacientes paliativos y están contraindicadas en la osteoporosis y depósitos metastáticos en las costillas o columna vertebral.	**D** **NICE** *Estela DA, 2013*
R	Aspirar secreciones orotraqueales para liberar las vías aéreas se realiza a requerimiento de cada paciente.	**D** **NICE** *Estela DA, 2013*
✓	Se puede administrar por vía subcutánea o sublingual, agentes anti-muscarínicos para disminuir los esterores gruesos en la fase agónica, con intención de “secar” las secreciones.	**Punto de buena práctica**
R	Valorar la frecuencia e intensidad de la disnea, referida por el paciente.	**C** **NICE** *Freeman S, 2015*

✓	Se recomienda: • Tranquilizar al paciente rompiendo con el círculo vicioso de disnea-ansiedad. • No dejar solo al enfermo, transmitir seguridad y tranquilidad. • Favorecer corrientes de aire: habitación aireada y/o ventilador cerca del paciente. • Detectar y evitar factores que desencadenen crisis de disnea. • Adaptar el medio domiciliario u hospitalario a las necesidades del paciente.	**Punto de buena práctica**
E	El estándar de tratamiento es con morfina y benzodiazepina se agrega en caso de ansiedad.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	La morfina se usa como tratamiento sintomático de la disnea, cuando no existen causas reversibles a tratar, y con el único objetivo de mejorar la sensación de falta de aire.	**2+** **NICE** *MINSALUD, 2016* *Barnes H, 2016*
R	La morfina es el fármaco de primera elección, por vía oral y parenteral, para el manejo de disnea.	**A** **NICE** *MINSALUD, 2016* *Barnes H, 2016*
R	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.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	Evitar la intubación para la ventilación mecánica del paciente	**Punto de buena práctica**

5. ¿Cuál es el soporte nutricional que deben tener los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos en cuidados paliativos para la astenia, adinamia, anorexia, caquexia y deshidratación?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	***ASTENIA, ANOREXIA Y CAQUEXIA*** La evaluación inicial por parte del equipo ante un paciente con astenia, anorexia o caquexia incluye valoración nutricional, la identificación, si es posible el tratamiento de las causas desencadenantes, el registro de las actividades, reposo-sueño adaptados a cada situación, y una exploración de las expectativas/creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	En casos seleccionados en los que la anorexia sea un síntoma predominante, se puede considerar un tratamiento farmacológico, tomando en cuenta la predicción de la supervivencia, los síntomas acompañantes, las interacciones farmacológicas y los posibles efectos secundarios de la medicación.	**A** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	En caso de necesidad de tratamiento farmacológico en enfermedad terminal, los corticoides son los fármacos de elección para anorexia, astenia o caquexia. No se recomienda el uso de hidracina.	**A** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	En el síndrome de anorexia-caquexia se deben identificar y tratar las causas secundarias: dolor no controlado, disnea, ascitis, edemas, estreñimiento, náuseas, vómitos, estomatitis y delirium.	**Punto de buena práctica**
✓	Se debe brindar asesoría nutricional y evaluación de hábitos alimenticios, intolerancias, preferencias, alteraciones de la percepción de los sabores en pacientes con síndrome de anorexia-caquexia.	**Punto de buena práctica**
✓	El paciente debe seguir las indicaciones del nutriólogo porque el uso de nuevas dietas, basadas en creencias del paciente o en la cultura popular, pueden ocasionar problemas tales como una baja ingesta de proteínas.	**Punto de buena práctica**
✓	Se deben seleccionar los alimentos mejor tolerados y aceptados, de manera fraccionada, pequeñas cantidades y frecuentes; las cuales pueden ser complementadas con suplementos nutricionales, según la necesidad.	**Punto de buena práctica**

✓	Orientar a los familiares sobre: • Preparación adecuada de los alimentos. • Servir comidas a gusto del paciente, con presentación llamativa y en porciones pequeñas, • Fraccionada. • Evitar la preparación de los alimentos delante de los pacientes para evitar aromas no deseados. • Higiene bucal diaria y varias veces en el día, manteniendo la boca húmeda y limpia.	**Punto de buena práctica**
E	Pueden existir múltiples factores que influyen en la astenia del paciente oncológico (relacionados con los tratamientos antitumorales, mal control de otros síntomas, anemia, infecciones, hipoxia, alteraciones metabólicas o endocrinas, fármacos, trastornos del ánimo) que pueden precisar un tratamiento específico.	**4** **NICE** *Bruera E, 2013*
R	El tratamiento farmacológico para el manejo de la astenia incluye el uso de corticoesteroides y psicoestimulantes.	**D** **NICE** *Bruera E, 2013*
R	La evaluación inicial por parte del equipo ante un paciente con astenia, anorexia-caquexia incluye la identificación, si es posible el tratamiento de las causas desencadenantes, el consejo sobre actividades diarias; reposo-sueño adaptados a cada situación, una exploración de las expectativas/creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	No existe suficiente evidencia para el uso de metilfenidato y modafinilo para tratamiento de astenia.	**1++** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	Es importante reconocer que la astenia, anorexia caquexia, constituye un gran problema de confort para el mayor número de enfermos en fase avanzada.	**Punto de buena práctica**

E	***DESHIDRATACIÓN*** Las indicaciones para mantener la hidratación deben ser individualizadas para cada paciente, pero en general son para prevenir la deshidratación –que puede provocar delirium hiperactivo–, la insuficiencia renal prerrenal y la acumulación de metabolitos de drogas (p. ej., morfina-6-glucurónido), que causan complicaciones como convulsiones, mioclonías y delirium.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	En la deshidratación la vía oral es la vía de elección para el aporte de líquidos; en lo posible evitar el uso de la vía parenteral.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	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.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Si se opta por la rehidratación parenteral, puede considerarse en primer lugar la vía subcutánea, siempre que se cuente con los medios necesarios y personal preparado (personal médico, personal de enfermería, promotor de salud o cuidadores entrenados en caso de no contar con el recurso humano mencionado).	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Los líquidos por vía parenteral se pueden administrar por un período de tiempo limitado para superar una etapa aguda de la enfermedad.	**Muy Bajo** **GRADE** *Volkert D, 2015*
R	No se recomienda el uso de Nutrición Artificial (Nutrición enteral, nutrición parenteral y líquidos por vía parenteral) en la fase terminal de la vida.	**Muy Bajo** **GRADE** *Volkert D, 2015*
✓	No se recomienda ningún alimento especial para corregir la evolución de la enfermedad de base.	**Punto de buena práctica**
✓	Se sugiere valorar el uso de suplementos y/o complementos nutricionales orales de acuerdo a la etapa de la enfermedad.	**Punto de buena práctica**

R	Es recomendable que cada decisión a favor o en contra de la nutrición e hidratación artificial se haga sobre una base individual con respecto al estado de salud general y preferencias de los pacientes.	**Muy Bajo** **GRADE** *Volkert D, 2015*

6. ¿Cuáles son las acciones de cuidados paliativos para los síntomas digestivos de pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	***MUCOSITIS*** El que los familiares aprendan y acepten la evolución de su paciente, les da seguridad y confianza en el cuidado que otorgan y el desgaste que lleguen a manifestar es menor ya que el saber que su familiar una de las principales alteraciones son las gastrointestinales pero el que se encuentren informados les da tranquilidad en el manejo.	**3** **NICE** *Morishita M, 2014*
R	La indicación del tratamiento farmacológico preventivo debe realizarse de acuerdo con el riesgo de desarrollar mucositis, riesgo basado en la situación clínica, en la modalidad y dosificación del tratamiento (radioterapia o quimioterapia).	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Evaluar el grado de mucositis utilizando la clasificación de la mucositis según la OMS.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	La prevención de la mucositis mediante fármacos o medidas locales (enzimas hidrolíticas, hielo, sulfato de zinc) o parenterales (amifostina) puede realizarse en casos seleccionados y cuando se disponga del recurso.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	La base del cuidado de la mucositis es la higiene cuidadosa y la analgesia sistémica.	**Punto de buena práctica**

E	***XEROSTOMÍA O BOCA SECA*** La xerostomía es un síntoma que se presenta en diversas condiciones patológicas, ya sea como efecto secundario a la radiación de cabeza y cuello, a la ingesta de algunos medicamentos o a la disminución de la función de las glándulas salivales.	**4** **NICE** *De Luca F, 2014*
E	La xerostomía es causada por disminución o ausencia de la secreción salival en condiciones de reposo, sin embargo las causas pueden ser múltiples, englobadas en tres grandes grupos: • Orgánicas (Síndrome de Sjögren, Amiloidosis, Sarcoidosis, Infección por VHC y VIH, Parotiditis transitoria (viral o bacteriana), Cirrosis biliar, Fibrosis quística, Diabetes mellitus, Agenesia glandular, Depósito de hierro (talasemia) • Farmacológicas (Antidepresivos tricíclicos, Antiespasmódicos, Neurolépticos, Inhibidores de la MAO, Agentes antiparkinsonianos, Litio, Agonistas adrenérgicos centrales, Diuréticos, Descongestionantes nasales, Antihistamínicos, Broncodilatadores, Descongestivos – anticatarrales, Anorexígenos (anfetaminas) • Funcionales (factores que producen cambios en el fluido o en el balance electrolítico de la saliva son la deshidratación, la privación o pérdida de líquidos, la diarrea y/o vómitos persistentes, los déficits proteínicos, las alteraciones cardíacas, la uremia y el edema).	**4** **NICE** *De Luca F, 2014*
E	Los pacientes oncológicos son otro grupo de riesgo para presentar xerostomía, observándose en el 77% de los pacientes con algún cáncer diagnosticado y entre 60% a 100% en aquellos pacientes con antecedente de cáncer de cabeza y cuello que fueron irradiados.	**4** **NICE** *Ulloa J, 2016*
E	El tratamiento de la xerostomía es básicamente sintomático; consiste en la asociación de medidas generales con sustitutos de saliva y sialagogos	**4** **NICE** *Ulloa J, 2016*

R	Se recomienda como medidas generales para el tratamiento de la xerostomía: • No fumar ni consumir alcohol. • Higiene dental: Uso de pasta dental fluorada, enjuague bucal con antimicrobianos. • Control periódico con odontólogo. • Usar un humidificador nocturno. • Masticar chicle o consumo de dulces sin azúcar para estimular la salivación. • Ingesta de 2 litros de agua de diario dividido en pequeños sorbos de forma frecuente. Existen alimentos que al contener ácidos orgánicos pueden estimular la salivación, pero perjudicar la integridad del esmalte, por ejemplo el ácido cítrico, es por esto que actualmente se recomienda la estimulación con dulces o gomas de mascar sin azúcar en vez de alimentos cítricos.	**D** **NICE** *Ulloa J, 2016*
E	Los sustitutos de saliva han demostrado ser útiles para el alivio de la boca seca. Son confeccionados con un pH neutro y contienen electrolitos en concentración similar a la saliva normal. Su matriz corresponde a mucina o metilcelulosa. Los productos basados en mucina son mejor tolerados y presentan una duración mayor.	**4** **NICE** *Ulloa J, 2016*
R	En los pacientes con xerostomía, además de la higiene de la boca, se pueden utilizar estimulantes naturales de la salivación tales como hielo, manzanilla con limón o saliva artificial.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	Los fármacos se encuentran aprobados por la FDA para el tratamiento de la xerostomía: pilocarpina y cevimelina.	**4** **NICE** *Ulloa J, 2016*
E	Un metaanálisis concluyó que el uso de agonistas colinérgicos es más efectivo que los sustitutos de saliva, oxígeno hiperbárico y acupuntura en el tratamiento de los pacientes con xerostomía inducida por radiación.	**1++** **NICE** *Lovelace T, 2014*
R	Los fármacos se encuentran aprobados por la FDA para el tratamiento de la xerostomía: pilocarpina y cevimelina.	**B** **NICE** *Ulloa J, 2016*

E	***CANDIDIASIS ORAL*** Dentro de las causas favorecerdoras de candidiasis oral se encuentran: • Sequedad de la boca / deshidratación. • Corticoterapia. • Uso de antibióticos. • Tratamiento con radio y quimioterapia.	**4** **NICE** *Silk H, 2014*
E	La candidiasis no relacionada directamente con radioterapia o quimioterapia puede ser tratada en primer lugar con antifúngicos tópicos (preferentemente miconazol) y, en caso necesario con antifúngicos orales (itraconazol y fluconazol).	**2+** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	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 y miconazol) son los fármacos de elección en la prevención de la candidiasis oral.	**2+** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	En los pacientes oncológicos con candidiasis oral pos tratamiento inmunosupresor, puede utilizarse el miconazol, ketoconazol y fluconazol.	**A** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	***DISFAGIA*** El tratamiento de la disfagia requiere una valoración individualizada para identificar y, si es posible tratar las diferentes causas implicadas.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	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** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	En caso de disfagia obstructiva por invasión tumoral se puede considerar un ciclo corto de corticoides.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	En caso de una disfagia por componente obstructivo que no responda a ninguna medida puede valorarse según el pronóstico y decisión del paciente la alimentación mediante sonda nasogástrica, gastrostomía o yeyunostomía.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*

R	En caso de disfagia grave en pacientes no oncologicos con afecciones neurológicas que no responde al tratamiento y que impide la alimentación oral; el equipo, el paciente y sus cuidadores en conjunto pueden decidir el uso de sonda nasogástrica o la realización de ostomías, teniendo en consideración el pronóstico de paciente.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	***NÁUSEAS Y VÓMITO*** Las náuseas y los vómitos son síntomas comunes cerca del final de la vida que pueden causar sufrimiento físico y psicológico, para los pacientes y sus familias; e impactan significativamente la calidad de vida.	**4** **NICE** *Del Fabbro E, 2016*
E	Las náuseas y los vómitos están presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado. Pueden deberse a múltiples etiologías siendo con frecuencia de origen multifactorial. Las principales causas a evaluar y descartar son: las secundarias al propio tratamiento oncológico, alteraciones en líquidos y electrolítos, efecto secundario de fármacos, estreñimiento, obstrucción intestinal, gastroparesia, alteraciones cerebrales.	**4** **NICE** *Del Fabbro E, 2016*
R	Evaluación clínica, integral y documentar las posibles causas de náuseas y vómitos en cada paciente. (ver cuadro 3.2.12).	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Es necesario tratar las causas reversibles, en paciente al final de la vida puede ser razonable realizar únicamente tratamiento empírico de los síntomas.	**D** **NICE** *Del Fabbro E, 2016*
R	Pedir al paciente que registre sus síntomas diariamente, así como la respuesta al tratamiento utilizando alguna de las escalas propuestas: EVA, ESAS (Ver cuadros 3.2.1 y 3.2.4).	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de las náuseas y vómitos debería basarse en el riesgo de emesis.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*

E	Para la profilaxis en quimioterapia existen datos que avalan la eficacia de dexametasona (20 mg/día), antagonistas de 5HT3 (ondansetrón 16-24 mg/día) y metoclopramida (40-60 mg/día). Los antagonistas de 5HT3 y dexametasona son más eficaces que metoclopramida; la combinación de dexametasona con antagonistas 5HT3 es más eficaz que la monoterapia en los pacientes con riesgo de emesis bajo o moderado.	**1+** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	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** **NICE** *MINSALUD, 2016* *NICE, 2015*
R	La 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.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	Las náuseas y los vómitos son complicaciones comunes de la exposición temprana a opioides y normalmente desaparecen durante la primera semana de tratamiento. La cobertura antiemética adecuada durante la fase de iniciación de la toma de opioides suele ser eficaz en la eliminación de este efecto. Si se trata de vómitos postprandiales están indicados los antieméticos procinéticos.	**4** **NICE** *Dopico L, 2014*
E	Los vómitos ocasionados por los opioides, especialmente la morfina, generalmente desaparecen a las 48 / 72 horas de iniciado el tratamiento, por lo que en ese plazo debe prescribirse junto a la antieméticos.	**4** **NICE** *Dopico L, 2014*
R	La metoclopramida es el antiemético procinético ideal para el tratamiento de las náuseas y vómitos secundarios al tratamiento con opioides.	**D** **NICE** *Dopico L, 2014*
R	Utilizar la vía subcutánea si la ingesta oral no es posible (no administrar antieméticos por vía oral en el paciente que vómita). La vía intravenosa puede utilizarse si hubiera razones que lo justifiquen (en el contexto de los cuidados paliativos la preferencia por la vía subcutánea se basa en su mayor simpleza).	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*

E	En los vómitos anticipatorios es útil la psicoterapia cognitivo-conductual, así como benzodiacepinas como terapia añadida al acompañamiento y psicoterapia.	**2++** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	Actualmente no hay suficientes evidencia para demostrar la efectividad de la levomepromazina para el manejo de náuseas y vómitos en adultos que reciben cuidados paliativos, aunque estudios no controlados sugieren que es eficaz.	**2+** **NICE** *Cox L, 2015*
R	Considerar el alprazolam para el tratamiento de vómitos anticipatorios.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente en la fase final de la vida requiere una valoración cuidadosa de la etiología y los factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral) y de esta manera establecer un tratamiento individualizado.	**Punto de buena práctica**
✓	De acuerdo al estado del paciente es necesario considerar la suspensión transitoria de la vía oral. Al retomar la vía oral tener en cuenta: • Presentación adecuada de alimentos. • Alimentos frescos (helados, gelatinas). • No forzar la ingesta. • Evitar el contacto con aromas fuertes. • Cuidados de la boca (tratamiento de micosis). • Si se prescriben opioides prescribir al menos inicialmente antieméticos.	**Punto de buena práctica**
E	***ESTREÑIMIENTO*** Más del 50% de pacientes presentan esteñimiento en grado variable como efecto del tratamiento con opiodes. Es necesario realizar profilaxis con laxantes de acción osmótica (polietilenglicol, lactitol, lactulosa). Si persiste el estreñimiento son útiles los laxantes estimulantes (bisacodilo). Los pacientes con enfermedad avanzada en tratamiento paliativo que no responden a los laxantes habituales pueden ser tratados con bromuro de metilnaltrexona subcutáneo.	**1++** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	De acuerdo con el estado clínico del paciente se recomienda el uso de laxantes estimulantes (ejemplo: senosidos, glicerol) junto con una dieta rica en fibra, hidratación suficiente y ejercicio adaptado.	**A** **NICE** *MINSALUD, 2016*

R	La prescripción de opioides debe acompañarse de medidas preventivas para el estreñimiento, incluidos los laxantes.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	Los laxantes formadores de volumen no son efectivos en los pacientes con cáncer avanzado y debilidad ya que pueden agravar el síntoma sobretodo en pacientes tratados con opioides o postrados.	**Punto de buena práctica**
E	En situación de agonía es frecuente la impactación fecal o fecaloma, debe tratarse solo si causa disconfort o bien causa o exacerba un síntoma como el delirium.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	En el caso de impactación fecal pueden usarse los laxantes por vía rectal (supositorios o enemas).	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	En caso de impactación fecal realizar medidas rectales sencillas, supositorios o enemas de bajo volumen con analgesia y sedación posterior sobre todo si se acompaña de extracción manual.	**Punto de buena práctica**
✓	En la sospecha de obstrucción intestinal no utilizar laxantes estimulantes del peristaltismo.	**Punto de buena práctica**
✓	Antes de prescribir un tratamiento con laxantes, evalúe y trate las posibles causas.	**Punto de buena práctica**
E	***CONSTIPACIÓN*** La constipación es un síntoma común en el cáncer avanzado. Se estima que está presente en el 20-50% de los pacientes al momento del diagnóstico y en más del 75% de los sujetos en etapa avanzada.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	La constipación puede estar relacionada con la enfermedad, asociada a ella, por los tratamientos o por causas concomitantes (ver cuadro 3.2.12).	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*

R	El ejercicio reduce el riesgo de constipación; debe alentárse cuando sea posible, así como fomentar una mayor ingesta de fibra, salvado o formulaciones de fibra soluble, teniendo presente que estos suplementos requieren actividad y la ingesta de líquidos para evitar la impactación.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Es necesario el control adecuado de los síntomas que puedan interferir con la defecación (dolor abdomino-perineal), favorecer un ambiente adecuado (privacidad, silla sanitaria) y administrar preventivamente laxantes al indicar drogas que producen constipación.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	Para la elección racional del esquema laxante se deben tener presentes la causa identificada, el mecanismo de acción y los efectos adversos.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Titular la dosis de los laxantes hasta encontrar un buen equilibrio entre el efecto deseado (evacuacion sin dificultad cada 2 o 3 días) y los efectos secundarios (dolor, diarrea). El inicio del efecto de la mayoría de los laxantes es de 12-48 hs después de comenzado el tratamiento.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Cuando no se logra obtener la deposición con laxantes orales están indicados los supositorios de glicerina o laxantes estimulantes y/o los enemas de distinto tipo y volumen.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	Los laxantes osmoticos pueden producir desequilibrios hidroelectrolíticos, por tanto se debe tener precaución en insuficiencia renal o cardíaca.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	***DIARREA*** El tratamiento de la diarrea en cuidados paliativos requiere la identificación de posibles causas corregibles, la valoración del grado en función del ritmo de las deposiciones y la afectación del estado general, y un tratamiento inicial con dieta y aporte de líquidos adecuados.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	La loperamida está indicada cuando persista la diarrea de origen no infeccioso, incluidos los estadios 1 y 2 producidos por quimioterapia o radioterapia.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*

R	La loperamida está indicada hasta conseguir 12 horas sin deposiciones. En el caso de la radioterapia, está indicado durante el tiempo que dure el tratamiento.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	En caso de diarrea refractaria puede utilizarse octreótida por vía subcutánea en casos seleccionados con una dosis inicial óptima de 0,1 mg tres veces al día.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	Procurar abundantes líquidos por la vía que mejor tolere el paciente, así como una dieta anti diarreica (exenta de fibras y azúcares).	**Punto de buena práctica**
E	***OCLUSIÓN INTESTINAL*** La oclusión intestinal (OI) es una complicación frecuente de los pacientes oncológicos en etapa terminal, especialmente en aquellos portadores de tumores abomino-pélvicos.	**4** **NICE** *Della A, 2012*
E	La oclusión intestinal se asocia como complicación en cánceres digestivos o tumores gastrointestinales (10 a 28%) y ginecológicos principalmente cáncer de ovario (20 a 50%).	**4** **NICE** *Della A, 2012*
E	El síndrome de obstrucción intestinal, está integrado por diversos síntomas y signos que varían según la altura de la obstrucción, predominando las náuseas y los vómitos en las oclusiones altas y la distensión abdominal y el dolor en las oclusiones más bajas	**4** **NICE** *Della A, 2012*
E	Los pacientes con obstrucción intestinal requieren una valoración individual que tome 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.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	El manejo médico requiere un acercamiento individual que incluye descompresión, hidratación, suspensión de la vía oral y tratamiento farmacológico con analgésicos opioides (morfina), antiespasmódicos (anticolinérgicos) y antieméticos.	**D** **NICE** *Della A, 2012*

R	La colocación de una sonda nasogástrica con aspiración es el tratamiento estándar para la descompresión, reduciendo las secreciones, los vómitos, el dolor y la distensión abdominal, tanto en el período preoperatorio como en pacientes inoperables. Este procedimiento puede utilizarse por 24-48 horas buscando vaciar el contenido gástrico e intestinal proximal antes de iniciar un tratamiento farmacológico.	**D NICE** *Della A, 2012*
R	La utilización a largo plazo de la sonda nasogástrica no está justificada y además es sumamente incómoda para el paciente, pudiendo provocarle diversas complicaciones como ser la necrosis del tabique nasal y el aislamiento social, por lo cual solo debe considerarse cuando el tratamiento farmacológico no es efectivo para el control sintomático o cuando no es posible realizar una gastrostomía descompresiva.	**D NICE** *Della A, 2012*
R	Las náuseas y los vómitos pueden ser manejados con antieméticos de acción central, solos o asociados a fármacos anticolinérgicos y/o análogos de la somatostatina, para reducir las secreciones gastrointestinales. En las obstrucciones por íleo adinámico, los agentes proquinéticos, como la metoclopramida, pueden ser beneficiosos.	**D NICE** *Della A, 2012*
R	Los anticolinérgicos, como la hioscina, reducen el tono y el peristaltismo a nivel del músculo liso, y también actúan a nivel de glándulas salivales e intestinales, reduciendo de esta forma las secreciones por inhibición de los receptores muscarínicos presentes a dicho nivel.	**D NICE** *Della A, 2012*
R	El octreótida puede utilizarse en caso de ausencia de respuesta a las medidas médicas anteriores (analgésicos, antieméticos y antisecretores).	**C NICE** *NICE, 2015*
R	La neostigmina es un inhibidor reversible de la acetilcolinesterasa, que promueve la actividad motora colónica y el tránsito intestinal. Se utiliza para el alivio de la distención abdominal provocada por íleo adinámico. Es económica y no presenta mayores efectos secundarios. Es la única de su clase que ha demostrado, en tres trabajos randomizados, su utilidad en la descompresión intestinal y recuperación del tránsito. Puede utilizarse a dosis de 0,5 mg subcutánea cada ocho horas. Es importante destacar que está contraindicada en presencia de una oclusión intestinal mecánica.	**D NICE** *Della A, 2012*

R	La cirugía y la colocación endoscópica de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA/stents) pueden utilizarse en pacientes con obstrucción intestinal seleccionados.	**C** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	***ASCITIS MALIGNA*** La ascitis maligna se puede presentar como primer síntoma de una enfermedad oncológica en el 52 a 54% de los casos y de esos un 20% tienen un tumor primario desconocido.	**4** **NICE** *Medina A, 2014*
E	Las neoplasias intraabdominales que más comúnmente causan la ascitis maligna son: ovario, colorectales, páncreas y útero. Dentro de las extraabdominales: linfomas, pulmón y mama.	**4** **NICE** *Medina A, 2014*
E	En el manejo médico de la ascitis maligna lo primero que se debe hacer es clasificarla según el SAAG antes de iniciar el manejo.	**4** **NICE** *Medina A, 2014*
R	Si el paciente tiene un SAAG ≥1.1; se considera que hay hipertensión portal y lo primero que se debe realizar son cambios en el estilo de vida, restringiendo la ingesta de sodio y líquidos, sin embargo, se considera que los cambios en el estilo de vida pueden ser muy tediosos para los pacientes en condiciones de terminalidad.	**D** **NICE** *Medina A, 2014*
R	Si los cambios en el estilo de vida no son efectivos, ya sea por falta de apego o por falta de respuesta a pesar del apego, se puede iniciar el tratamiento con diuréticos ahorradores de potasio o diuréticos de asa.	**D** **NICE** *Medina A, 2014*
R	Se inicia con la espironolactona, hasta llegar a un máximo de 400 mg/d. Toma 2 semanas ver el efecto completo del diurético.	**D** **NICE** *Medina A, 2014*
R	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** **NICE** *MINSALUD, 2016* *Medina A, 2014*
R	La paracentesis es la terapia más común y efectiva en caso de ascitis maligna que precise tratamiento sintomático. Logra un alivio temporal de los síntomas en el 90% de los casos.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016* *Medina A, 2014*

R	Si los cambios en el estilo de vida y el uso de diuréticos falla, se debe realizar una paracentesis. Si se drena más de 5 litros; se debe valorar reponer 6 a 8 g de albúmina endovenosa por cada litro removido. Se recomienda utilizar albúmina al 5% si hay hipovolemia y al 25% si hay hipervolemia.	**D** **NICE** *Medina A, 2014*
✓	Es altamente recomendable que el paciente con ascitis maligna, sea monitoreado a menudo ya que los grandes volúmenes de líquido en abdomen, producen síntomas asociados a la misma, que desmerecen la calidad de vida.	**Punto de buena práctica**
E	***HIPO*** 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.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Utilizar tratamiento farmacológico para control del hipo (metoclopramida, haloperidol, nifedipino o gabapentina), teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios en cada caso.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	En caso de hipo intratable, y tras el fracaso de la terapia por vía oral, puede utilizarse midazolam parenteral.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Se recomienda suministro de comidas en un ambiente agradable y hogareño.	**Moderado** **GRADE** *Volkert D, 2015*
R	Se recomienda el suministro de una alimentación adecuada de acuerdo a las necesidades individuales y considerando las preferencias personales.	**Muy Bajo** **GRADE** *Volkert D, 2015*
R	No se recomienda el uso sistemático de los estimulantes del apetito.	**Muy Bajo** **GRADE** *Volkert D, 2015*
R	Se recomienda educar a los cuidadores para asegurar los conocimientos básicos sobre los problemas nutricionales y las posibles estrategias de intervención.	**Bajo** **GRADE** *Volkert D, 2015*

✓	Se recomienda evitar restricciones en la dieta.	**Punto de buena práctica**

7. ¿Cuáles son las intervenciones que se deben realizar como parte de cuidados paliativos para síntomas neuropsiquiátricos de pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	***DELIRIUM*** El delirium es la complicación neuropsiquiátrica más frecuente y devastadora en pacientes con cáncer avanzado, con una prevalencia de entre el 22 y el 44%, aumentando al 85% en las últimas horas, días o semanas de vida.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	Las causas son múltiples y en el 50% de los casos el deliriumes reversible, por lo que es esencial la evaluación la búsqueda de las causas potencialmente reversibles.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	La edad avanzada, la demencia y las causas médicas agudas, como la retención urinaria aguda y el fecaloma, pueden ser factores predisponentes del delirium.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	El delirium, tanto en su forma hiperactiva como en la hipoactiva, es causa de gran sufrimiento en los pacientes, su familia y el equipo de salud, especialmente cuando está asociado a alucinaciones e ideación delirante.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	De acuerdo al comportamiento psicomotor y al estado de alerta se describen tres subtipos: • **Hiperactivo, agitado o hiperalerta**: se caracteriza por el estado de inquietud, hipervigilancia, desasosiego, agitación motora, alucinaciones e ilusiones. • **Hipoactivo, letárgico o hipoalerta:** se manifiesta con retardo en la actividad psicomotora, somnolencia y disminución del reconocimiento del entorno. • **Mixto:** presencia de síntomas asociados de las formas hipo e hiperactivas.	**NICE** *Jacob G, 2014*

R	Evaluar los factores que aumentan la susceptibilidad para desarrollar delirium (falla cognitiva previa, déficit visual o auditivo).	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	La atención inicial al paciente con delirium debe 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.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016* *Jacob G, 2014*
E	Para evaluar los criterios clínicos de una manera ordenada y completa, se recomienda la utilización de los siguientes tests: • CAM (Confussion Assesment Method) Se utiliza para el diagnóstico y el cribado del delirium, tiene una sensibilidad: 94-100% y especificidad: 90-95% • MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale): Es una herramienta útil para el screening, el diagnóstico (punto de corte ≥ 7/30) y la severidad del delirium en pacientes con enfermedad avanzada. Está validada para el uso en cuidados paliativos y es altamente sensible y específica (97 y 95%, respectivamente).	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Utilizar las escalas de Confussion Assesment Method para la detección del delirium(ver anexo 3.2.8).	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	Antes de iniciar el tratamiento farmacológico es recomendable: • Revisar la dosis, las modificaciones e interacciones de los medicamentos que recibió el paciente en los últimos días. • Asegurar una hidratación adecuada. • Controlar el dolor y otros síntomas. • Descartar la retención urinaria aguda y el fecaloma.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	Los neurolépticos son las drogas de primera línea en el tratamiento del delirium. Su utilidad ha sido demostrada para mejorar la cognición, controlar la agitación, las alucinaciones e ideas delirantes del delirium en sus tres tipos.	**4** **NICE** *Jacob G, 2014*

E	El tratamiento con haloperidol tiene la misma eficacia en mejorar la severidad de los síntomas y el tiempo de remisión de delirium al comprarse con los antipsicóticos atípicos olanzapina y risperidona.	**1+** **NICE** *Schrijver E, 2015*
R	El haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delirium.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016* *Schrijver E, 2015*
R	Se puede añadir lorazepam a haloperidol en caso de delirium con ansiedad o agitación.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	En el delirium con agitación intensa no controlada se puede utilizar levomepromazina o, alternativamente, midazolam.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	La hipodermoclisis puede utilizarse en caso de sospecha de delirium producido por opioides en pacientes deshidratados.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	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.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	Los antidepresivos tricíclicos están restringidos en pacientes ancianos incluso para el tratamiento del dolor neuropático o la depresión por sus efectos anticolinérgicos.	**Punto de buena práctica**
R	Es importante transmitir a la familia y al entorno afectivo pautas psicoeducativas en forma dinámica, anticipatoria y periódica.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
R	La falta de control del delirium hiperactivo, de causa no identificada o irreversible, refractario al tratamiento adecuado, puede requerir terapia de sedación paliativa.	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*

E	***DEPRESIÓN*** En los pacientes con cáncer es frecuente la coexistencia de depresión afectando al 15-25% de los pacientes.	**4** **NICE** *Pousa V, 2015*
E	La incidencia de sintomatología depresiva es diferente en función del tipo de cáncer: • Tumor cerebral: entre 41 y 93%. • Páncreas: 17%. • Cabeza y cuello: 15%. • Mama: entre 4,5 y 37%. • Ginecológico: 23%. • Pulmón: 14%. • Estómago: 20%.	**4** **NICE** *Pousa V, 2015*
E	Los síntomas depresivos que se estudian con profundidad en cuidados paliativos se refieren al bajo estado de ánimo, la desesperanza, la ansiedad, la focalización continua en la situación actual, el aislamiento social, la inquietud, la interrupción del sueño, los cambios en el apetito y el peso, los sentimientos de inutilidad, los sentimientos de culpa y los pensamientos de muerte como solución.	**4** **NICE** *Rudilla D, 2015*
E	La depresión disminuye el cumplimiento con la terapia, incrementa la duración de la estancia hospitalaria, disminuye la calidad de vida y limita la posibilidad de cuidar de uno mismo. Es también un predictor independiente de una pobre supervivencia en cánceres avanzados.	**4** **NICE** *Pousa V, 2015*
R	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.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*

E	Los cuestionarios validados de evaluación de la depresión en pacientes paliativos más frecuentemente utilizados son: • Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, HADS • Inventario de Depresión de Beck. • Cuestionario de Salud General (GHQ-28): cuenta con alta sensibilidad y especificidad para detectar pacientes oncológicos con síntomas psiquiátricos. • Screening Psicosocial para el Cáncer (PSCAN, ahora PPSCAN): compuesta por 21 ítems que evalúan 6 dimensiones relevantes en la depresión (percepción de apoyo social, apoyo social deseado, salud relacionada con la calidad de vida, ansiedad y estado de ánimo deprimido).	**4** **NICE** *Rudilla D, 2015* *Pousa V, 2015*
E	El inventario DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI: Beck Depression Inventory) es una escala estandarizada para población mexicana, con una confiabilidad por consistencia interna con alfa Cronbach>0.80; p<0.000. En relación a la validéz concurrente la correlación estadística es: r=0.70, p<0.000.	**2b** **OCEBM** *Sanz J, 2013*
R	Se recomienda utilizar el inventario de Beck para valorar la depresión (ver cuadro 3.2.13).	**B** **OCEBM** *Sanz J, 2013*
E	Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina (ISRN) son el tratamiento de elección en la depresión. Con pacientes oncológicos sometidos a varias quimioterapias, es importante tener precaución con las interacciones farmacológicas.	**4** **NICE** *Pousa V, 2015*
R	En caso necesario pueden utilizarse fármacos antidepresivos (ISRS o tricíclicos), tomando en cuenta sus propiedades farmacológicas, otros fármacos que recibe el paciente y su perfil de síntomas en cada momento.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*

E	Antidepresivos como la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina y la fluvoxamina inhiben la transformación de agentes antineoplásicos a través del CYP450 3A4, lo que produce una disminución de su eficacia o mayor toxicidad de los mismos. Otros fármacos como el citalopram, el escitalopram, la venlafaxina y la mirtazapina son inhibidores débiles, lo que los convierte en una elección más segura.	**4** **NICE** *Pousa V, 2015*
R	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.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	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 personal especializado dentro de un programa estructurado.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	Una revisión sistemática la cual incluyo 14 estudios demostró la eficacia de la terapia de reminiscencia y revisión de vida como una opción viable para disminuir la depresión en pacientes de cuidados paliativos, potenciando un estado de animo más positivo.	**2++** **NICE** *Keall R, 2015*
R	Se sugiere la terapia de reminiscencia y revisión de vida para disminuir la depresión.	**B** **NICE** *Keall R, 2015*
E	***ANSIEDAD*** El inventario de ansiedad de Beck (BAI: Beck Anxiety Inventory),es una herramienta estandarizada para población mexicana autoaplicable que evalúa síntomas subjetivos y somáticos de ansiedad. Caracterizada por alta consistencia interna (alpha>0.80), con alto coeficiente de confiabilidad test-retest (r=0.75), y validéz convergente adecuada (losíndices de correlación entre el BAI y el IDARE fueron moderados, positivos y con una p<0.05).	**2b** **OCEBM** *Sanz J, 2013*
R	Es recomendable utilizar el inventario de BECK para evaluar la ansiedad (ver cuadro 3.3.14).	**B** **OCEBM** *Sanz J, 2013*

R	La persona en tratamiento ambulatorio que tenga antecedentes de depresión, ansiedad, o ambas se recomienda aplicar los dos inventarios de Beck.	**B** **OCEBM** *Sanz J, 2013*
R	El tratamiento de la ansiedad requiere una evaluación individual del paciente en fase al 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.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Las medidas de apoyo psicológico al enfermo y sus allegados son la primera medida que debe proporcionarse tras la valoración individual.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando el apoyo psicológico no es suficiente. Pueden utilizarse benzodiacepina, preferentemente las de acción corta o intermedia.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	En caso de ansiedad asociada a depresión, delirium, disnea o dolor intenso, pueden utilizarse antidepresivos tricíclicos, haloperidol u opioides, respectivamente.	**Punto de buena práctica**
E	Los trastornos del sueño pueden afectar seriamente al bienestar físico y mental, así como a la calidad de vida del paciente, y más pronunciado es en aquellos pacientes con enfermedades que amenazan la vida, como el cáncer.	**4** **NICE** *Contreras N, 2013*
E	***INSOMNIO*** Los pacientes oncológicos presentan más trastornos del sueño que las personas sanas, tanto en la dificultad para conciliar como para mantener el sueño. El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y de mayor prevalencia con consecuencias negativas sobre la actividad cotidiana y la calidad de vida del paciente, por lo que una valoración y un tratamiento temprano son prioritarios.	**4** **NICE** *Contreras N, 2013*
R	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** **NICE** *MINSALUD, 2016*

R	Siempre que sea posible se deben intentar corregir los factores que predisponen al insomnio o lo desencadenan.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	Las intervenciones cognitivo conductuales que disminuyen el sufrimiento relacionado con el insomnio temprano, y el cambio de la meta de "necesidad de dormir" a "tan sólo relajamiento", pueden disminuir la ansiedad y fomentar el sueño	**4** **NICE** *Contreras N, 2013*
R	Se recomienda el abordaje inicial mediante una estrategia cognitivo-conductual en todos los pacientes con insomnio.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	Las benzodiazepinas se utilizan ampliamente para el control de las perturbaciones del sueño. Cuando se usan como complemento de otro tratamiento durante periodos cortos de tiempo, estos fármacos son seguros y eficaces para producir un sueño natural, ya que perturban menos el sueño MOR, que otros hipnóticos. En dosis bajas, las benzodiazepinas tienen un efecto ansiolítico; en dosis elevadas, el efecto es hipnótico.	**4** **NICE** *Contreras N, 2013*
R	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** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	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.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	Los barbitúricos por lo general, no se recomiendan para el control de las perturbaciones del sueño de los pacientes de cáncer. Los barbitúricos tienen varios efectos adversos, incluso la tolerancia a los mismos y además, tienen un margen estrecho de inocuidad.	**4** **NICE** *Contreras N, 2013*

✓	Las medidas de higiene de sueño son la estrategia inicial para el manejo del insomnio. • Mantener un esquema de sueño regular • Respetar sobre todo la hora de despertar • Evitar en lo posible la cama durante el día, sobre todo por la tarde • Mantener actividad diaria programada: contacto social, ejercicio ligero • Minimizar los estímulos nocturnos: medicación, ruido • Evitar quedarse en la cama sin conciliar el sueño durante períodos prolongados,ya que provocan tensión: Dedicarse a alguna actividad relajante (lectura) hasta que empiece el sueño o incluso levantarse de la cama. • Retirar estímulos molestos: Reloj, luces… • Adecuar la cama • Evitar estimulantes en las horas previas a dormir (cafeína, nicotina) • Identificar los problemas y preocupacionesdel día e intentar resolverlos antes de intentar dormir.	**Punto de buena práctica**
✓	La valoración y tratamiento farmacológico debe ser realizada por un médico psiquiátra debido a las presencia de efectos secundarios importantes para el paciente teniendo en cuenta los más comunes como pueden ser: exacerbación de los síntomas sobre todoal inicio del tratamiento, manías o hipomanías, alteraciones sexuales, pesadillas, entre otros.	**Punto de buena práctica**

8. ¿Qué cuidados de prevención y tratamiento paliativo se realizan a la piel y mucosas en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	El paciente en fase terminal debido a diversas causas como: alteraciones nutricionales, deshidratación, alteración de la movilidad, tratamientos con radiaciones o incontinencia. Presenta un riesgo muy alto de sufrir lesiones en la piel como por ejemplo las úlceras por presión.	**3** **NICE** *Rodríguez J, 2012*
R	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.	**C** **NICE** *MINSALUD, 2016* *WOCN, 2016*

E	El alivio de la presión se consigue mediante cambios posturales y, cuando sea necesario, la utilización de dispositivos para este fin.	**3** **NICE** *WOCN, 2016*
R	Se recomienda utilizar superficies especiales de apoyo en pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión.	**A** **NICE** *MINSALUD, 2016* *WOCN, 2016*
R	Mantener la cama y/o silla limpia, seca, las sábanas deben ser suaves y sin coseduras, manteniendo una ventilación adecuada.	**D** **NICE** *Estela DA, 2013*
R	Considerar apósitos profilácticos para prevenir las úlceras sacras y del talón en los pacientes con riesgo.	**A** **NICE** *WOCN, 2016*
E	Los ácidos grasos hiperoxigenados han demostrado su utilidad en la prevención de úlceras por presión.	**1+** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Se puede considerar el uso de ácidos grasos hiperoxigenados en pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión.	**A** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	Las actividades del profesional de enfermería serán encaminadas a educar al cuidador primario de los distintos cuidados que el paciente necesita para su satisfacción.	**4** **NICE** *Estela DA, 2013*
R	Se recomienda educar al cuidador primario en: • Los cuidado con la higiene de la piel y las mucosas. • Identificar los signos de alerta los factores que pueden aumentar la demanda de líquidos y electrolitos, signos de desihidratacion o complicaciones como fiebre, oliguria, plieges cutáneos y mucosas secas. • El baño de aseo diario con agua tibia y jabón suave, asegurando el secado perfecto (técnica de baño en regadera o en cama). • Cambio de posición cada dos horas, y la deambulación cada 15 minutos si procede. • Mantener al paciente el mayor tiempo posible sentado, acomodado con almohadas o cojines, con los pies en alto.	**D** **NICE** *Estela DA, 2013*

R	Orientar la realización de la estimulación en zonas susceptibles con la aplicación de la técnica de masoterapia.	**D** **NICE** *Estela DA, 2013*
R	Enfatizar con el cuidador primario los cuidados matutinos y vespertinos con el aseo de cara, manos y genitales, así como el aseo bucal.	**D** **NICE** *Estela DA, 2013*
R	La higiene e hidratación de la piel mediante el uso de jabones suaves sin detergente, cremas hidratantes y emolientes están especialmente indicadas.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	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.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente y prevención de lesiones de rascado.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	La progresión más lenta puede permitir curar úlceras más profundas, siempre que se alivie la presión, se mejore el estado nutricional y se haga un buen manejo local.	**3** **NICE** *Rodríguez J, 2012*
E	Una gran úlcera, que llega a hueso, es imposible curar en un paciente severamente debilitado.	**3** **NICE** *Rodríguez J,2012*
R	Un de los objetivos de los cuidados paliativos es aliviar el dolor y proporcionar el máximo confort posible debiéndose limpiar la ulcera con suero salino no con demasiada presión, si no existe infección utilizar apósitos hidrocoloides.	**D** **NICE** *Rodríguez J. 2012*
✓	En pacientes con úlceras por presión se deben valorar las características de la herida (color, tamaño, olor, presencia de secreciones, estadio I-IV), realizar curación con gasas y solución salina al 0,9 %, dejar la úlcera cubierta con gasa vaselinada y apósito y remitir a clínica de heridas para el respectivo manejo.	**Punto de buena práctica**

✓	Se recomienda la capacitación al paciente y familiar en el cuidado de las heridas, estomas y colocación de las bolsas de drenaje.	**Punto de buena práctica**

9. ¿Cuáles son las acciones que deben realizarse en atención paliativa para la prevención y tratamiento de síntomas urinarios en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	***INCONTINENCIA URINARIA*** La incontinencia urinaria es un síntoma común que aparece en muchas enfermedades. La prevalencia general de la incontinencia en mujeres se reporta en 38% y aumenta con la edad de 20 a 30% durante los primeros años de la vida, a casi 50% en la vejez.	**4** **NICE** *León K, 2016*
E	El tratamiento conservador debe ser la primera opción terapéutica en la incontinencia urinaria no complicada, y se debe tomar en cuenta que la aproximación al problema de la incontinencia urinaria requiere un enfoque interdisciplinar, siendo absolutamente necesaria la coordinación, entre los diferentes especialistas, tanto en el proceso del diagnóstico, como en la organización y planificación del tratamiento.	**4** **NICE** *León K, 2016*
E	En la vejiga hiperactiva, a menudo se requiere una terapia inicial con medidas conservadoras y farmacológicas.	**4** **NICE** *León K, 2016*
E	La valoración de la paciente con incontinencia urinaria inicia con una revisión minuciosa, analizando los antecedentes del paciente así como la naturaleza y el grado de los síntomas que presenta. Es necesario indagar sobre la duración, frecuencia y gravedad de la incontinencia, tomando en cuenta los aspectos sociales y el impacto que estos tienen en la calidad de vida de la paciente (ver cuadro 3.2.15).	**4** **NICE** *León K, 2016* *Williams R, 2015*
R	Se aconseja complementar el diario miccional durante 3 a 7 días para registrar todas las micciones con el fin de documentar: Frecuencia miccional, ingesta de líquidos y volumen miccionado, número de episodios de incontinencia y los absorbentes utilizados.	**D** **NICE** *León K, 2016* *Williams R, 2015*

R	Se recomienda en primer lugar la opción de tratamiento menos invasiva, procediendo escalonadamente a opciones de tratamiento cada vez más invasivas cuando la anterior falla.	**D** **NICE** *León K, 2016*
R	Las medidas higienico-dietéticas y la modificación de hábitos de vida pueden ayudar a mejorar la sintomatología.	**D** **NICE** *León K, 2016*
R	La fisioterapia del piso pélvico es un tratamiento que ha demostrado provocar mejoría en todos los tipos de incontinencia urinaria, por lo que se debe considerar como la terapia inicial antes de considerar tratamientos más agresivos	**D** **NICE** *Williams R, 2015*
E	Algunos tipos de cáncer y tratamientos contra el cáncer pueden dañar o cambiar estos músculos y nervios. O bien, pueden provocar otros cambios en el cuerpo que ocasionen incontinencia urinaria.	**4** **NICE** *Chiang H, 2013*
R	El tratamiento de la incontinencia uriaria está basado en tratar causas reversibles, medidas generales y manejo farmacológico. En la causas reversibles: disminuir dosis de diuréticos, tratar cistitis, modificar la sedación.	**D** **NICE** *Chiang H, 2013*
R	En presencia de inestabilidad del músculo detrusor es a base de amitriptilina, duloxetina, oxibutinina y tolterodina; los analgésicos antinflamatorios no esteroideos y los antiespasmódicos vesicales son útiles en presencia de síntomas.	**D** **NICE** *Chiang H, 2013*
E	***RETENCIÓN AGUDA DE ORINA*** La retención aguda de orina se puede presentar en cualquier etapa de la vida pero ocurre con mayor frecuencia a partir de la sexta década, y su aparición se incrementa significativamente conforme va aumentando la edad.	**4** **NICE** *Naval E, 2016*
E	La retención urinaria puede ser ocasionada por causas obstructivas (las mas frecuentes), farmacológicas, infecciosas e inflamatorias y neurológicas (ver cuadro 3.2.16).	**4** **NICE** *Naval E, 2016*

R	Se debe realizar una anamnesis correcta para detectar las causas y los posibles factores desencadenantes de retencion aguda de orina: • Consumo de opiáceos. • Antecedentes de retención urinaria. • Tratamientos farmacológicos. • Diabetes mellitus como causa de disfunción vesical. • Manipulación urológica u obstétrica reciente. • Cirugía reciente, sobre todo si se ha realizado anestesia epidural o raquídea. • Lesión medular o traumatismo pélvico. • Síntomas de llenado o vaciado que pueden hacer pensar en una infección urinaria o en una hiperplasia benigna de próstata. • Dolor óseo y síndrome constitucional (pensar en neoplasia de próstata).	**D** **NICE** *Naval E, 2016*
R	La exploración física debe incluir, además de la determinación de las constantes vitales, para descartar una posible afectación sistémica.	**D** **NICE** *Naval E, 2016*
R	El tratamiento de la retención aguda de orina se basa en realizar un vaciado de la vegija mediante sondaje asociado a alfa-1 bloqueadores.	**A** **NICE** *Yoon P, 2015*
R	El tiempo de retirada de la sonda se recomienda en 3 días o menos. Si el primer intento de retirada de la sonda resulta fallido, se puede intentar de nuevo, pero si vuelve a producirse una retención aguda de orina se dejara la sonda de forma permanente hasta resolver la causa.	**D** **NICE** *Naval E, 2016*
R	En ausencia de evidencia sobre cuál es el mejor tratamiento del tenesmo vesical en cuidados paliativos, pueden utilizarse fármacos anticolinérgicos, antiespasmódicos, AINE, corticoides y anestésicos locales.	**D** **NICE** *MINSAL, 2016*
✓	Es importante tener en cuenta las contraindicaciones para AINES (ver cuadro de medicamentos).	**Punto de buena práctica**

10. ¿Cuáles son las intervenciones a realizar como parte de los cuidados paliativos con enfoque psicosocial, emocional y espiritual a los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	El impacto del diagnóstico y tratamiento del cáncer provoca una serie de respuestas psiconeuroinmunológicas, psicobiológicas y psicosociales, que afectan la calidad de vida del paciente.	**4** **NICE** *Contreras N, 2013*
E	Enfrentarse a una enfermedad amenazante para la vida ocasiona una serie de necesidades psicosociales en los pacientes —al margen de los trastornos psiquiátricos—, como la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, entre otras.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016* *Bickel K, 2016*
R	Es recomendable: • Escucha activa y atenta para lograr un mejor diálogo y vínculo empático con el paciente. • Escucha y orientación a la familia o entorno próximo. • Favorecer el sostenimiento de una esperanza realista. • Legitimación de las emociones "difíciles" (tristeza, miedo, ira), que habitualmente son propias del proceso adaptativo y en sí mismas no implican un estado psicopatológico. • Esclarecimiento de dudas. • Preferencia por un plan de acciones alcanzables, en el aquí y el ahora (p. ej.: almorzar sentado a la mesa, para quien está en reposo obligado, suele ser más alcanzable que regresar al trabajo).	**D** **NICE** *Jacob G, 2014*
E	Una evaluación social debe ser un componente integral del plan de cuidados paliativos.	**Débil** **GRADE** *McCusker M, 2013*

R	La evaluación psicosocial del paciente en cuidados paliativos debería incluir los siguientes campos: • Aspectos relativos al momento vital, • Significado e impacto de la enfermedad, • Estilo de afrontamiento, • Impacto en la percepción de sí mismo, • Relaciones (dinámica familiar, tipo de familia, amigos), • Fuentes de estrés (dificultades económicas, problemas familiares), • Recursos espirituales, • Circunstancias económicas, • Relación médico-paciente, • Red de recursos sociales.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	Las intervenciones psicosociales producen efectos beneficiosos tales como la disminución de la tristeza, la depresión, mejoran los mecanismos de afrontamiento y apoyan el efecto de la analgesia.	**2++** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en cuidados paliativos deben ofrecer un soporte emocional básico.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Los pacientes con niveles significativos de sufrimiento psicológico deben ser derivados para recibir apoyo psicológico especializado.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Evaluar el apoyo social percibido, la autoeficacia como elementos asociados al afrontamiento de la enfermedad, el ajuste y el deterioro físico debido a la enfermedad oncológica.	**C** **OCEBM** *Hernández M, 2012*
✓	Se deben identificar actores sociales y establecer objetivos comunes para establecer puentes entre trabajadores sanitarios y sociales de los ámbitos hospitalario y comunitario.	**Punto de buena práctica**
R	Se recomienda ofrecer un soporte emocional básico a los pacientes y sus cuidadores.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016* *Bickel K, 2016*
R	Debe ofrecerse a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información.	**C** **NICE** *MINSALUD, 2016*

E	El duelo es la reacción natural —matizada por el entorno sociocultural—, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido, que sufren familiares y amigos antes, durante y después de su fallecimiento.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	La personalidad, la historia personal, las vivencias en relación con pérdidas previas, el momento vital en el que se encuentre la persona, así como los significados sociales e individuales de ciertas enfermedades, las creencias culturales asociadas al duelo y a la expresión de emociones son factores determinantes en la forma de manifestar el duelo y su evolución posterior.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	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.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	Las creencias religiosas están fuertemente relacionadas con el apoyo social percibido, la autoeficacia y parcialmente relacionada con la edad, función física y la percepción de apoyo al ajuste. Las personas con cáncer que tienen creencias religiosas experimentan una mayor sensación de apoyo social de la comunidad con los que comparten las mismas creencias religiosas.	**4** **OCEBM** *Hernández M, 2012*
R	Una evaluación espiritual debe ser parte integral del plan de cuidados paliativos.	**Fuerte** **GRADE** *McCusker M, 2013*
R	El equipo que atiende a una persona en cuidados paliativos deber tomar en cuenta las creencias y necesidades espirituales de cada paciente.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	El apoyo al proceso de duelo debe mantenerse posteriormente al deceso.	**D** **NICE** *Leite F, 2012*
R	En el duelo normal se recomienda proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles, y apoyo emocional básico.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*

R	En el duelo de riesgo se recomienda realizar un seguimiento regular, con apoyo emocional, valorando individualmente la necesidad de psicoterapias específicas y estructuradas.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Se recomienda derivar a servicios especializados (psicología y psiquiatría) a la persona con duelo complicado para que reciba atención específica y estructurada.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	Detectar a familiares con riesgo de desarrollar un duelo patológico para su posterior control.	**Punto de buena práctica**
✓	Se recomienda que la atención al duelo sea otorgada por un profesional de la salud (médicos, enfermeras y psicólogos) con preparación tanatológica.	**Punto de buena práctica**
E	Un estudio cuasiexperimental demostró que el counselling es una de terapia eficaz en el contexto de los cuidados paliativos, para la mejora de la espiritualidad de estos pacientes.	**3** **NICE** *Rudilla D, 2015*
R	Se recomienda la terapia con counselling en pacientes con cuidados paliativos y sus familiares.	**C** **NICE** *Rudilla D, 2015*
R	La planificación de servicios para los cuidadores debería incluir las siguientes premisas: • Los servicios deben estar centrados en las necesidades de los cuidadores. • La accesibilidad y aceptabilidad debe valorarse al inicio. • Los objetivos deben ser claros y modestos. • Los resultados deberían ser evaluados.	**C** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Se recomienda identificar a los cuidadores más vulnerables o deprimidos con el objeto de ofrecerles un apoyo psicosocial intensivo o servicios especializados.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	Facilitar, si el paciente lo pide, la presencia de un líder espiritual o religioso.	**Punto de buena práctica**

✓	En el paciente que esté ingresado en una unidad hospitalaria, facilitar cuando sea posible, los rituales según la religión que profese.	**Punto de buena práctica**

11. ¿Cuál es la rehabilitación paliativa mas efectiva para retrasar o disminuir la perdida de la funcionalidad en los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	El objetivo de la fisioterapia en cuidados paliativos, es el trabajo en equipo para tratar el dolor, prevenir las lesiones de piel, las complicaciones respiratorias y cardiovasculares, incentivar y mantener la actividad física autónoma mientras sea posible, una vez perdida, colaborar con el resto del equipo y con la familia en el cuidado del enfermo.	**4** **NICE** *Löwensberg K, 2015*
E	La actividad física individualizada es una herramienta segura y factible para los pacientes con cáncer en estado avanzado.	**3** **NICE** *Albrecht A, 2012*
R	Realizar actividad física es una intervención segura y posible para los pacientes con cáncer en estado avanzado.	**D** **NICE** *Albrecht A, 2012*
E	Investigaciones relacionadas con los síntomas en pacientes con diagnóstico de un tumor maligno han demostrado que la actividad física se asocia con la disminución de los síntomas fisiológicos tales como el dolor, neuropatía periférica, fatiga; así como síntomas psicológicos de ansiedad y depresión.	**3** **NICE** *Albrecht A, 2012*
R	Las personas que realizan actividad fisica más de 30 minutos por día muestran tendencias hacia un mejor funcionamiento físico y emocial.	**D** **NICE** *Albrecht A, 2012*
E	La mayoría de los pacientes con cáncer y con enfermedades terminales que participaron en un programa de rehabilitación en un centro de cuidados paliativos utilizando como a base la actividad física, mostraron mejoras en los síntomas como el dolor, disnea, edema y el estreñimiento.	**3** **NICE** *Albrecht A, 2012*

E	En un estudio encontraron que las mujeres que practican el yoga también eran más propensos a experimentar mayores niveles de dinamización (p <0,01), aceptación (p = 0,02), y la relajación (p = 0,03).	**3** **NICE** *Albrecht A, 2012*
R	Mantener móvil las articulaciones, evitando rigidez de las mismas que puedan dificultar la atención digna y correcta del enfermo.	**D** **NICE** *Löwensberg K, 2015*

12. ¿Qué cuidados se deben proporcionar en situaciones de urgencia a pacientes oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	***CRISIS CONVULSIVAS*** Las crisis convulsivas en pacientes en situación terminal pueden presentarse por las siguientes causas: a) Relacionadas con afectación del SNC • Tumor cerebral primario • Metástasis cerebrales • Enfermedad cerebrovascular • Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible • Meningoencefalitis • Metástasis leptomeníngeas. b) Relacionadas con el tratamiento • Quimioterapia: citarabina, metotrexato, cisplatino, bevacizumab, etopósido, interferón alfa, ifosfamida, ciclofosfamida, L-asparaginasa, vincristina, interleucina-2, nitrosoureas (carmustina, lomustina), antraciclinas (doxorrubicina). • Tóxico/metabólico: insuficiencia renal, insuficiencia hepática, síndrome de lisis tumoral, púrpura trombótica trombocitopénica, alteraciones hidroelectrolíticas, hipoglucemia, hipoxia/embolismo pulmonar. • Otros fármacos: meperidina, neurolépticos, bisfosfonatos, ondansetrón, imipenem. • Radioterapia craneal (encefalopatía aguda por radiación, radionecrosis diferida del lóbulo temporal).	**4** **NICE** *León M, 2016*

R	El manejo inicial de un paciente con crisis convulsivas en cuidadios 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.	**D** **NICE** *MINSAL, 2016*
R	El tratamiento inicial de la crisis convulsiva es diazepam intravenoso. La opción alternativa es midazolam subcutáneo.	**D** **NICE** *MINSAL, 2016*
R	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.	**D** **NICE** *MINSAL, 2016*
✓	Se recomienda que el paciente que padece crisis convulsivas, siempre se encuentre acompañado.	**Punto de buena práctica**
E	***HEMORRAGIA*** El 6% - 10% de los pacientes con cáncer avanzado tienen episodios de hemorragia clínicamente significativo, que puede manifestarse de maneras diversas: hematemesis, melena, hemoptisis, hematuria, epistaxis, sangrado vaginal o úlcera cutánea sangrante, entre otras. Es importante identificar a los pacientes con riesgo hemorrágico elevado, especialmente aquellos con posibilidad de sufrir un sangrado masivo, como los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y los que tienen una mala situación funcional o mal pronóstico previo.	**4** **NICE** *MINSAL, 2016*
R	Se debe advertir y preparar a los cuidadores de los pacientes de riesgo sobre la posibilidad de una hemorragia.	**D** **NICE** *MINSAL, 2016*
R	Es necesario ofrecer disponibilidad de atención urgente con la mayor cobertura horaria posible, incluido un teléfono de contacto directo para el caso de hemorragia.	**D** **NICE** *MINSAL, 2016*

R	Se recomienda, en los pacientes con riesgo de hemorragia, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores, incluidas las siguientes: a) Disponer en la cabecera del paciente un recipiente, toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber disimulando 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.	**D** **NICE** *MINSAL, 2016*
✓	Se recomienda que a los enfermos con sangrado activo y potencialmente fatal o grave, deban de ser hospitalizados, evaluados y tratados según la importancia del mismo, según el profesional a cargo.	**Punto de buena práctica**

13. ¿Cuáles son los criterios para la sedación paliativa del paciente adulto oncológico y no oncológico en fase agónica?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	La sedación paliativa se utiliza para controlar y aliviar los síntomas refractarios en los pacientes durante sus últimos días u horas de vida. Los sintomas refractarios mas frecuentes son delirium 54%, disnea 30%, trastornos psicológico 19%, dolor 17%, vómito 5%, entre otros.	**3** **NICE** *Maltoni M, 2015*
E	Los pacientes en fase agónica tienen por lo menos dos síntomas refractarios y los más importantes son: dolor, fatiga, vómito, depresión, decaimiento, cansancio, convulsiones, hemorragia, insomnio, sufrimiento, angustia y malestar.	**4** **NICE** *Leite F, 2012*
E	La sedación paliativa está indicada por la progresión del cáncer con caquexia y fracaso multiorgánico, y fallos en los tratamientos paliativos como esteroides para fatiga, opioides para disnea, antisecretores para la secreción bronquial, antipsicóticos para el delirium y opioides para el dolor.	**4** **NICE** *Cherny N, 2014* *Leite F, 2012*

E	La decisión de iniciar el tratamiento con fármacos sedativos debe estar de acuerdo con el deseo del paciente, de la familia o del responsable legal y en consenso con el equipo médico.	**4** **NICE** *Cherny N, 2014* *Leite F, 2012*
R	El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere: • 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). • Profesionales con una información clara y completa del proceso, con registro en la historia clínica. • Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado. • El consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016* *Cherny N, 2014*
R	El consentimiento verbal se considera suficiente, si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Es imprescindible dejar constancia en la historia clínica.	**A** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	Los medicamentos más usados en sedación paliativa son los benzodiazepínicos, especialmente el midazolam y los barbitúricos. El midazolam es el fármaco más utilizado (49%) para la sedación paliativa siendo considerado medicamento de primera elección.	**3** **NICE** *Maltoni M, 2015* *Schildmann E, 2015* *Cherny N, 2014*
R	Se recomienda la utilización de midazolam como primera opción para la sedación paliativa en la mayoría de los síntomas.	**D** **NICE** *Schildmann E, 2015* *Maltoni M, 2015*
R	Recomendar neurolépticos como la levomepromazina, principalmente para pacientes con delirium profundo.	**D** **NICE** *Schildmann E, 2015* *Maltoni M, 2015*
R	Titular la dosis de los sedativos hasta la obtención del nivel de sedación deseado.	**D** **NICE** *Leite F, 2012*
E	Los barbitúricos (fenobarbital) son considerados medicamentos alternativos, si el midazolam sólo no es eficaz.	**3** **NICE** *Schildmann E, 2015* *Maltoni M, 2015*

R	Considerar la aplicación de barbitúricos en aquellos casos en los cuales el midazolam no tenga buen resultado.	**D** **NICE** *Schildmann E, 2015* *Maltoni M, 2015*
R	Se sugiere el uso de propofol como sedante como última opción terapéutica.	**D** **NICE** *Schildmann E, 2015*
R	Se debe dar apoyo psicológico y espiritual a todos familiares de pacientes con sedación paliativa.	**D** **NICE** *Leite F, 2012*
R	Los signos vitales deben evaluarse unicamente en pacientes con sedación corta, intermitente o ligera.	**D** **NICE** *Maltoni M, 2015*
R	Tras iniciar el tratamiento con sedación paliativa, se recomienda monitorizar el nivel y profundidad de la sedación mediante una escala validada, dejando constancia de ello en la historia clínica (ver cuadro 3.2.17).	**D** **NICE** *Schildmann E, 2015* *Leite F, 2012*
✓	Tras la sedación revisar periódicamente el nivel de sedación obtenido. Facilitar la comunicación con el domicilio y programar visitas en estos días. Informar a los equipos de guardia de la situación del paciente y actitud a seguir.	**Punto de buena práctica**

14. ¿Cuáles son los criterios para la atención paliativa?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	Las intervenciones paliativas deberían basarse en las necesidades del enfermo y de su familia y en un plazo de supervivencia esperada.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*

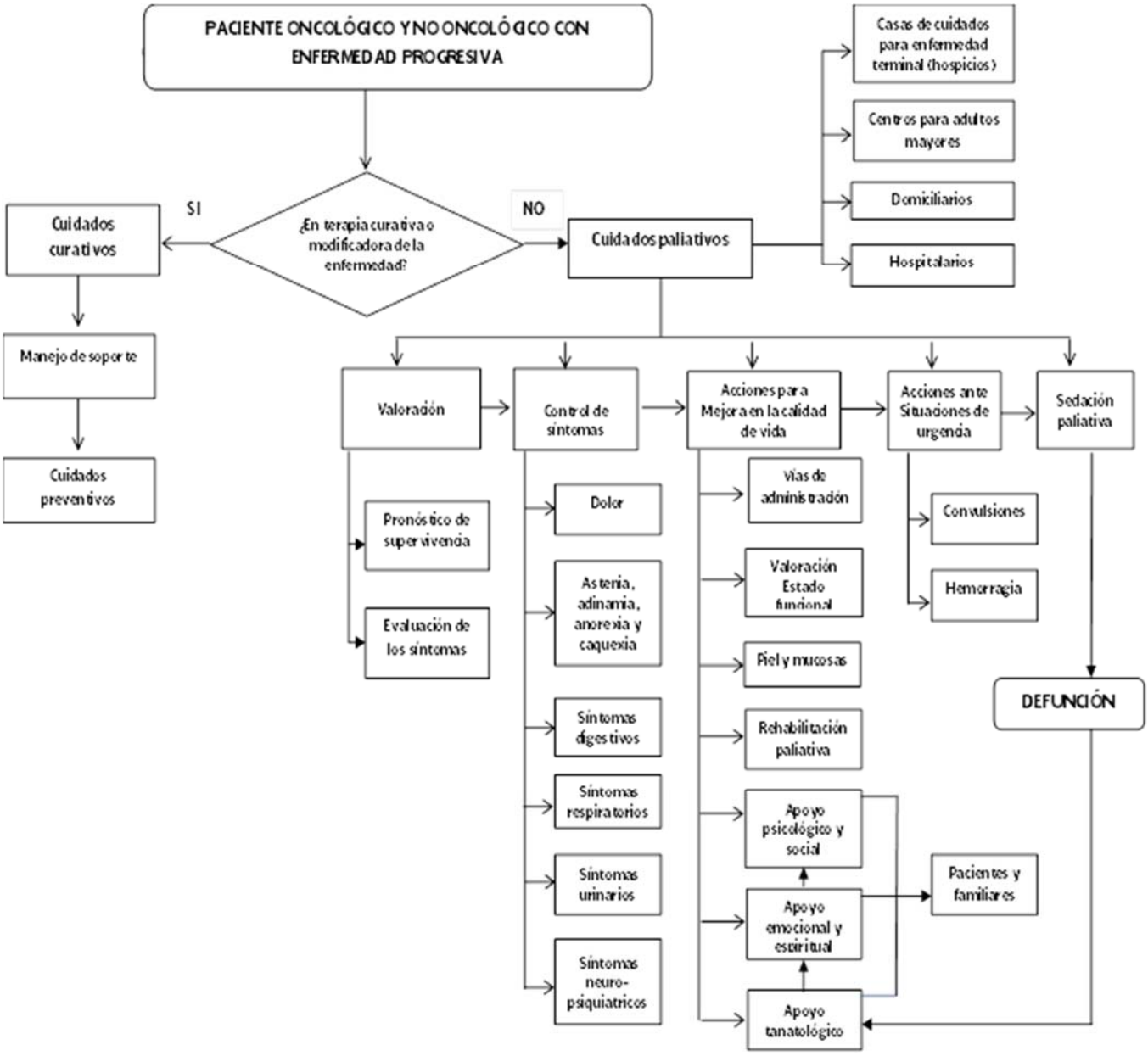
E	El nivel básico o atención primaria debe: • Evaluar las necesidades de los pacientes en los distintos momentos y en las distintas áreas de los cuidados. • Responder a estas necesidades, de acuerdo con sus propias capacidades en cuanto a conocimientos, habilidades, competencias y recursos. • Saber cuándo derivar a los pacientes a otros servicios.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*
E	El nivel avanzado o atención hospitalaria debe: • Proporcionar la atención a pacientes con necesidades asistenciales más complejas e intensivas. • Realizar pruebas diagnósticas complementarias o tratamientos muy específicos que precisan realizarse en el ámbito hospitalario o tratamientos ante síntomas de difícil control. • Atender determinadas necesidades que no tienen por qué ser clínicamente complejas, sino de tipo social o familiar.	**4** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Todos los enfermos en fase final de la vida deben tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención.	**D** **NICE** *MINSALUD, 2016*
✓	Los cuidados paliativos se deben prestar desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, adaptarse a las necesidades progresivas del paciente y familiares, y brindar apoyo a los familiares en su duelo, como lo sugiere la OMS.	**Punto de buena práctica**
E	Los cuidados paliativos deben ser proporcionados por un equipo interdisciplinario.	**2++** **NICE** *MINSALUD, 2016*
R	Se sugiere integrar equipos interdisciplinarios para la otorgar atención paliativa.	**B** **NICE** *MINSALUD, 2016*

	El domicilio del enfermo con enfermedad progresiva o al final de la vida, debe ser considerado como el sitio más adecuado para la prestación de los servicios de cuidados paliativos.	**Punto de buena práctica**
	El médico tratante deberá aplicar protocolos de tratamiento para brindar cuidados paliativos generales y específicos, en su caso, determinar aquellos que puedan ser aplicados por los familiares en su domicilio, para el manejo del dolor y los principales síntomas que aquejan a los enfermos, los cuales deberán contener las indicaciones básicas para detectar situaciones que ameriten que el enfermo, sea trasladado al servicio de urgencias de un establecimiento de atención médica.	**Punto de buena práctica**
	Con la finalidad de evitar desplazamientos innecesarios del enfermo con enfermedad progresiva o al final de la vida, a los establecimientos para la atención médica hospitalaria, éste o en su caso, sus familiares, tutor o representante legal, tendrán derecho a recibir información e instrucciones precisas por escrito, así como capacitación respecto de: • Los cuidados generales y propios de la condición del enfermo en situación terminal, signos y síntomas que conforme a la enfermedad, es probable que se presenten; • Los fármacos y esquemas terapéuticos a ministrar y; • Los números telefónicos para recibir apoyo y asesoría ante una crisis.	**Punto de buena práctica**
	El médico tratante será responsable de explicar detalladamente las causas de los principales síntomas que se prevé puedan presentarse, en términos claros que el enfermo en situación terminal y sus familiares puedan comprender y asociar con medidas terapéuticas estandarizadas.	**Punto de buena práctica**

	Los criterios que los prestadores de servicios de atención médica deben observar para el internamiento de enfermos con enfermedad progresiva o al final de la vida que van a recibir cuidados paliativos, son los siguientes: • Que exista una complicación reversible que amerite hospitalización para su tratamiento; • Que se trate de pacientes con enfermedades progresivas con dolor o síntomas físicos o psicológicos severos, que no sean controlables con las medidas establecidas para los cuidados ambulatorios o en el domicilio del enfermo; • Que sea necesaria la prevención o tratamiento de crisis de claudicación familiar, que pudiera poner en riesgo la eficacia de los cuidados paliativos; • Que el régimen terapéutico se haya tornado complejo y la familia no pueda suministrar la medicación o las acciones terapéuticas en forma adecuada y/o; • Que se tengan que practicar estudios de diagnóstico especiales o tratamiento de cuidados paliativos especializados.	**Punto de buena práctica**

3. Anexos

3.1. Algoritmos



Fuente: Elaborado por el grupo desarrollador

3.2. Cuadros o figuras

Cuadro 3.2.1. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SINTOMAS EDMONTON (ESAS)

Evalúa el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un periodo de tiempo determinado (24 horas, 48 horas y 1 semana), según la condición del paciente. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Máximo dolor
Sin cansancio	**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Máximo cansancio
Sin náusea	**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Máxima náusea
Sin depresión	**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Máxima depresión
Sin ansiedad	**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Máxima somnolencia
Buen apetito	**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Sin apetito
Máximo bienestar	**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Máximo malestar
Sin falta de aire	**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**	Máxima dificultad para dormir

Fuente: Watanabe, S. M., Nekolaichuk, C. L. and Beaumont, C. The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement. Psycho-Oncology. 2012; 21: 977–985.

Cuadro 3.2.2. ESCALA PALLIATIVE PROGNOSCTIC SCORE (PaP SCORE)

VARIABLE		PUNTAJE
Disnea	Presente	1
	Ausente	0
Anorexia	Presente	1
	Ausente	0
Estimación clínica	>12	0
	11-12	2
	9-10	2.5
	7-8	2.5
	5-6	4.5
	3-4	6
	1-2	8.5
Indice de Karnofsky	>30	0
	10-20	2.5
Leucocitos totales por mm³	<8.500	0
	8.501 – 11.000	0.5
	>11.000	1.5
Porcentaje de linfocitos	< 12	2.5
	12-19.9	1
	>20	0

		PUNTAJE TOTAL
Grupos de Riesgo	A Probabilidad de sobrevivir a 30 días > 70%	0 – 5.5
	B Probabilidad de sobrevivir a 30 días 30-70%	5.6 – 11
	C Probabilidad de sobrevivir a 30 días < 30%	11.1 – 17.5

Fuente: López B. Validación del Índice Pronóstico de Supervivencia (Pap Score) en Cuidados Paliativos. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;13(3):162-166

Cuadro 3.2.3 ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY

ESCALA	VALORACIÓN FUNCIONAL
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a termino actividades normales o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
40	Invalido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
30	Invalido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
10	Moribundo
0	Fallecido

Fuente: López B. Validación del Índice Pronóstico de Supervivencia (Pap Score) en Cuidados Paliativos. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;13(3):162-166

Cuadro 3.2.4.ESCALA VISUAL ANÁLOGA

Sin dolor **Máximo dolor**

Fuente: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo del dolor 3ª edicion. 2013.

ESCALAS VERBALES DESCRIPTIVAS

Escala de Melzack

Suave	**Incomodo**	**Penoso**	**Horrible**	**Agudisimo**

Escala de Keele

Sin dolor	**Suave**	**Moderado**	**Mucho**	**Insoportable**

Fuente: Del Castillo de Comasa Carmen, Díaz Díez-Picazo Luis, Barquinero Canales Cándido. Medición del dolor: escalas de medida. JANO 2008; 1.712. Disponible en www.jano.es

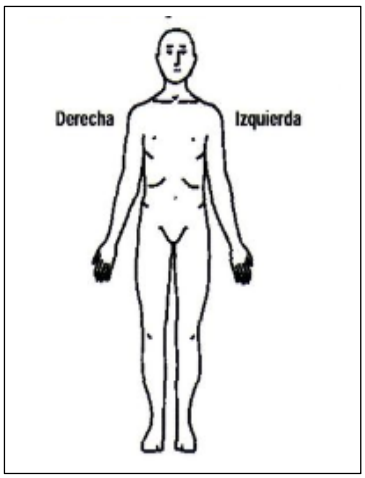
Cuadro 3.2.5. ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR A PACIENTES CON DEMENCIA PAINAD

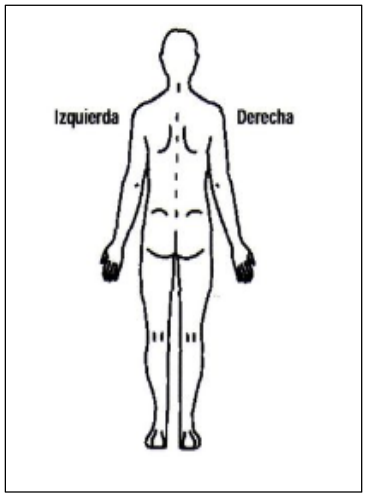
Items	0	1	2	Puntuación
Respiración (Independiente de la verbalización-vocalización del dolor)	Normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Cortos períodos de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos períodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stoke.	
Vocalización (verbalización negativa)	Ninguna	Gemidos o lamentos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación	Llamada agitadas y repetitivas. Gemidos o lamentos con volumen alto. Llanto.	
Expresión facial	Sonriente o inexpresiva(o)	Triste, atemorizada(o) asustada(o) o ceño fruncido.	Muecas de disgusto y desaprobación.	
Lenguaje corporal	Relajada(o)	Tensa(o). Camina de forma angustiada, no deja de mover las manos.	Rigido, puños cerrados, rodillas flexionadas, agarra o empuja, agresividad física.	
Consolabilidad (Capacidad de alivio)	No necesita que se le consuele	Se distrae o tranquiliza por la voz o el contacto.	No es posible consolarle, distraerlo o tranquilizarlo	
			Puntuación Total	

Fuente: Montoro M, Canalias M. Pain and advanced dementia. Literature review. Gerokomos. 2015; 26(4):142-147

Cuadro 3.2.6. CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque una cruz en la zona que mas le duele.





2. Por favor, evalue su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor en la última semana.
   Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

3. Por favor, evalue su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad mínima de su dolor en la última semana.
   Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

4. Por favor, evalue su dolor rodenado con un círculo el número que mejor describa la intensidad media de su dolor.
   Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

5. Por favor, evalue su dolor rodenado con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor ahora mismo.
   Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor? ejemplo: caminar, estar de pie, levantar algo.
   _____
   _____

7. ¿Qué tipo de cosas le empeora el dolor? ejemplo caminar, estar de pie, levantar algo.

_____

_____

8. ¿Qué tratamiento o medicación esta recibiendo para el dolor?

_____

_____

9. En la última semana, ¿hasta que punto le han aliviado los trtamientos o medicación para el dolor? Por favor rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

Ningún alivio	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Alivio total

10. Si toma medicación, ¿Cuánto tarda en volver a sentir dolor?
    1. ☐ La medicación para el dolor no me ayuda nada
    2. ☐ 1 hora
    3. ☐ 2 horas
    4. ☐ 3 horas
    5. ☐ 4 horas
    6. ☐ De 5 a 12 horas
    7. ☐ Mas de 12 horas
    8. ☐ No tomo medicación para el dolor

11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas

Creo que mi dolor es debido a:

Si	No	A. Los efectos del tratamiento (ejemplo, medicación, operación, radiación, protesis)
Si	No	B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se esta tratando y evaluando)
Si	No	C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (ejemplo artrosis)

Por favor, describa esta situación:_____

12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz – si- o –no- si ese adjetivo se aplica a su dolor.

Dolorido/continuo	Si	No	Mortificante (calambre)	Si	No
Palpitante	Si	No	Agudo	Si	No
Irradiante	Si	No	Sensible	Si	No
Punzante	Si	No	Quemante	Si	No
Fatogoso (pesado)	Si	No	Adotador	Si	No
Penetrante	Si	No	Entumecido (adormecido)	Si	No
Persistente	Si	No	Penoso	Si	No
			Insoportable	Si	No

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta que punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

a. Actividad en general

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo

b. Estado de ánimo

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo

c. Capacidad de caminar

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo

d. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo

e. Relaciones con otras personas

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo

f. Sueño

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo

g. Disfrutar de la vida

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo

14.Prefiero tomar mi medicación para el dolor

1. De forma regular
2. Sólo cuando lo necesito
3. No tomo medicación para el dolor

15. Tomo mi medicación para el dolor en un período de un día):

1. No todos los días
2. 1 a 2 veces al día
3. 3 a 4 veces al día
4. 5 a 6 veces al día
5. Más de 6 veces al día

16. ¿Cree que necesita medicación mas fuerte para el dolor?

1. Si 2. No 3. No lo sé

17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?

1. Si 2. No 3. No lo sé

18. ¿Esta preocupado/a por que toma demasida medicación para el dolor

1. Si 2.No 3. No lo sé

Si la respuesta es –Si-, ¿Por qué?

_____

19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?

1. Si 2. No

¿Qué efectos secundarios?

_____

20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?

1. Si 2. No

21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le aplique)

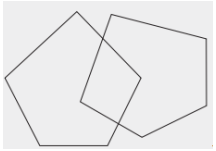
Compresas calientes Compresas frias Técnicas de relajación
Distracción Biofeedback Hipnosis
Otros Por favor, especifique_____

22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el solor son:

_____
_____

Cuadro 3.2.7. ESCALA MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN (MMSE-30)

Orientación temporal						
Día	0			1		
Fecha	0			1		
Mes	0			1		
Estación	0			1		
Año	0			1		
Orientación espacial						
Hospital o lugar	0			1		
Planta	0			1		
Ciudad	0			1		
Provincia	0			1		
Nación	0			1		
Fijación						
Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:						
Papel	0			1		
Bicicleta	0			1		
Cuchara	0			1		
Concentración (solo una de las 2 opciones)						
a.Restar desde 100 de 7 en 7	0	1	2	3	4	5
b.Deletree la palabra "MUNDO" al reves	0	1	2	3	4	5
Memoria						
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0	1	2	3		
Lenguaje						
Mostrar un bolígrafo, ¿Qué es esto?	0			1		
Repetirlo con el reloj	0			1		
Repita la frase: "Ni si, ni no, ni peros"	0			1		
Tome este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0	1	2	3		
Lea esto y haga lo que CIERRE LOS OJOS	0			1		
Escriba una frase	0			1		
Copie este dibujo	0			1		



Total =
Años escolarización=
Deterioro cognitivo:
<18puntos en analfabetos.
<21puntos en escolaridad baja(no estudios primarios).
<24puntos en escolaridad alta(estudios primarios o más).

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido estaversión: Bermejo F, Morales JM, ValergaC, Del Ser T, Artolazábal J,Gabriel R. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia. Datos de un estudio en ancianos residentes en la comunidad. Med Clin[Barc] 1999; 112: 330-4.

3.2.8 detección del síndrome confusional agudo (delírium). Confusion assessment method (CAM

Criterio1 **Comienzo agudo y fluctuante**	Hay evidencia de un cambio agudo o reciente en el estado mental del paciente, o bien la conducta o el estado mental fluctúa durante el día.
Criterio2 **Desatención**	El paciente tiene dificultad para concentrarse, se distrae fácilmente.
Criterio3 **Pensamiento desorganizado**	El paciente tiene una conversación vaga, incoherente, ilógica, flujo de ideas o cambios no justificados de un tema a otro.
Criterio4 **Nivel de conciencia disminuido**	La respuesta a preguntas es lenta, o bien está somnoliento.
Para establecer la sospecha de síndrome confusional (delírium) se requieren los criterios 1 y 2 de forma obligada y uno cualquiera de los criterios 3 y 4.	

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Inouye SK,Van Dyck CH,Alessi CA,Balkin S, Siegal AP, Howitz, RI. Claryfing confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med1990;113, 941-8.

Cuadro 3.2.9. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

Según su duración	Según su mecanismo fisiopatológico	Según su curso

• **Agudo:** producido por estímulos nociceptivos somáticos o viscerales de inicio brusco y corta duración.
• **Crónico:** dolor que persiste, sea cual sea su intensidad, más de un mes.
	• **Dolor somático:** se origina en estructuras somáticas superficiales o profundas: piel, mucosas, tejido subcutáneo, conjuntivo, músculos, huesos, articulaciones, vasos, pleura y peritoneo parietal. Es localizado y secundario a estímulos mecánicos, térmicos y químicos.
	• **Dolor visceral:** se origina en estructuras viscerales del aparato respiratorio, circulatorio, digestivo y genitourinario. Suele ser mal definido, vago, impreciso y con frecuencia referido, manifestándose en lugares alejados al órgano afectado. Puede asociarse náuseas, vómitos y sudoración.
	• **Dolor neuropático:** causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión directa tumoral, como consecuencia de la quimioterapia o por infecciones en un paciente debilitado (herpes zóster). El paciente lo describe como sensaciones desagradables, quemantes o punzantes, o como acorchamiento, hormigueo, tirantez, prurito o presión. Asociado frecuentemente a cambios sensoriales (disestesias), motores y autonómicos.
	• **Dolor mixto:** coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente.
		• **Continuo o basal:** persistente a lo largo del día, pudiendo existir momentos de mayor o menor intensidad, pero no llega a desaparecer nunca.
		• **Irruptivo:** exacerbación transitoria del dolor que aparece, ya sea espontáneamente o bien con un desencadenante concreto, predecible o impredeciblemente, a pesar de existir un dolor basal estable y adecuadamente controlado.
		  ○ **Incidental:** aparece al realizar alguna actividad como levantarse, toser, defecar, miccionar.
		  ○ **Espontáneo:** no se identifica un factor desencadenante.

Fuente: Dopico L, Hermida L. Manejo del dolor oncológico. 2014 consultado en http://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-dolor-oncologico/

Cuadro 3.2.10. ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS MODIFICADA

DOLOR LEVE EVA 1-4	DOLOR MODERADO EVA 5-6	DOLOR SEVERO EVA 7-10	
Primer escalón	**Segundo escalón**	**Tercer escalón**	**Cuarto escalon**
Analgésicos no opioides • Paracetamol y/o • AINE y/o • Coadyuvantes	• Opiodes menores y/o • Paracetamol y/o • AINES y/o • Coadyuvantes	• Opiodes menores y/o • Opiodes mayores y/o • Paracetamol y/o • AINES y/o • Coadyuvantes	• Opiodes menores y/o • Opiodes mayores y/o • Paracetamol y/o • AINES y/o • Coadyuvantes

Fuente: Fernández Hernández M, Bouzas Pérez D, Maldonado Vega S, Carceller Malo J M. Guía Básica de Fármacos y Dolor. Rev electron AnestesiaR 2014; Vol 6 (2): 29

Cuadro 3.2.11. CAUSAS DE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS

Gastrointestinal	Metabólicas	Fármacos	Centrales	Otras
• Estreñimiento • Irritación/ distensión gastrica • Obstrucción intestinal (parcial o total) • De origen reflejo	• Hipercalcemia • Uremia • Cetosis • Deshidratación	• Opiodes • Quimioterapicos • AINEs • Corticoides	• Procesos expansivos • Patología vestibular	• Post radioterapia • Psicogénicas

Fuente: Jacob G. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud.1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014

Cuadro 3.3.12. CAUSAS DE CONSTIPACIÓN

Por la enfermedad	Por los tratamientos
• Enfermedad intraabdominal • Compresión medular • Depresión • Suboclusión, oclusión intestinal	• Opiodes • Antieméticos (ondasetron) • Anticolinérgicos, antiespasmódicos • Antidepresivos, neurolépticos • Sales de aluminio • Hierro • AINES
Asociada a la enfermedad	**Otras causas**
• Hipercalcemia • Anemia • Deshidratación • Debilidad, reposo obligado • Ingesta reducida de sólidos o líquidos • Confusión • Impedimento para el acceso al sanitario	• Hemorroides • Fisura anal • Hipotiroidismo • Diabetes

Fuente: Jacob G. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud.1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014

Cuadro 3.2.13. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Instrucciones: Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión	
1. a) No me siento tristre. b) Me siento tristre. c) Me siento siempre tristre y no puedo salir de mi tristreza. d) Estoy tan tristre y infeliz que no puedo soportarlo.	**6.** a) No creo que este siendo castigado. b) Creo que puedo ser castigado. c) Espero ser castigado. d) Creo que estoy siendo castigado.
2. a) No me siento especialmente desanimado ante el futuro. b) Me siento desanimado con respecto al futuro. c) Siento que no tengo nada que esperar. d) Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.	**7.** a) No me siento decepcionado de mi mismo. b) Me he decepcionado a mi mismo. c) Estoy disgustado conmigo mismo. d) Me odio.
3. a) No creo que sea un fracaso. b) Creo que he fracasdo más que cualquier persona normal. c) Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un monton de fracasos. d) Creo que soy un fracaso absoluto como persona.	**8.** a) No creo ser peor que los demás. b) Me critico por mis debilidades o errores. c) Me culpo siempre por mis errores. d) Me culpo de todo lo malo que sucede.
4. a) Obtengo tanta satisfaccion de las cosas como la que solia obtener antes. b) No disfruto de las cosas de la manera en que solia hacerlo. c) Ya no tengo verdadero satisfaccion de nada. d) Estoy insatisfecho o oaburrido de todo.	**9.** a) No pienso en matarme. b) Pienso en matarme, pero no lo haria. c) Me gustaria matarme. d) Me mataria si tuviera la oportunidad.
5. a) No me siento especialmente culpable. b) No me siento culpable una buena parte del tiempo. c) Me siento culpable casi siempre. d) Me siento culpable siempre.	**10.** a) No lloro más de lo de costumbre. b) Ahora lloro más de lo que lo solia hacer. c) Ahora lloro todo el tiempo. d) Solia poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

Fuente: Vega J, et al. Validity of a version in Spanish of the Beck Depression Inventory in medical in-patients. Rev Neuropsiquiatr 2014;77 (2).

Cuadro 3.2.13. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Instrucciones: Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión	
11. a) Las cosas no me irritan más que de costumbre. b) b. Las cosas me irritan más que de costumbre c) c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo. d) d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.	**17.** a) No me canso más que de costumbre. b) Me canso más facilmente que de costumbre. c) Me canso sin hacer nada. d) Estoy demásiado cansado como para hacer algo.
12. a) No he perdido el interes por otras cosas. b) Estoy menos intiresado en otras personas que de costumbre. c) He perdido casi todo el interes por otras personas. d) He perdido todo mi interes por otras personas.	**18.** a) Mi apetito no es peor que de costumbre. b) Mi apetito no es tan bueno como solia ser. c) Mi apetito esta mucho peor ahora. d) Ya no tengo apetito.
13. a) Tomo decisiones casi siempre. b) Postergo la adopcion de decisiones más que de costumbre. c) Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes. d) d. Ya no puedo tomar decisiones.	**19.** a) No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente. b) He rebajado más de dos kilos y medio. c) He rebajado más de cinco kilos. d) He rebajado más de siete kilos y medio.
14. a) No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre. b) Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos. c) Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo. d) Creo que me veo feo.	**20.** a) No me preocupo por mi salud más que de costumbre. b) Estoy preocupado por problemás fisicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento. c) Estoy preocupado por mis problemás fisico y me resulta dificil pensar en otra cosa. d) Estoy tan preocupado pror mis problemás fisicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
15. a) Puedo trabajar tan bien como antes. b) Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo. c) Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa. d) No puedo trabajar en absoluto.	**21.** a) No he notado cambio alguno reciente en mi interes por el sexo. b) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solia estar. c) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. d) He perdido por completo el interes en el sexo.
16. a) Puedo dormir tan bien como antes. b) No puedo dormir tan bien como solia. c) Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir. d) Me despierto varias horas antes de lo que solia y no puedo volver a dormir.	

Fuente: Vega J, et al. Validity of a version in Spanish of the Beck Depression Inventory in medical in-patients. Rev Neuropsiquiatr 2014;77 (2)

Cuadro 3.2.1.4. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (Beck Anxiety Inventory BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazon fuertes y acelerados.				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto , inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, frios o calientes				

Fuente: Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Clínica y Salud 25 (2014) 39-48

Cuadro 3.2.15 TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

Incontinencia urinaria de urgencia

Causas:
- Defecto SNC (Parkinson,
- Esclerosis múltiple…)
- Obstrucción tracto urinario inferior (próstata, prolapso uterino…)
- Litiasis vesical
- Infecciones urinarias
- Cistitis radica
- Tumores trígono vesical (que afectan a la uretra)

Incontinencia urinaria funcional

Causas:
- Típica de ancianos con síndrome de inmovilidad

Incontinencia por rebosamiento

Causas:
- Impactación fecal
- Obstrucción tracto urinario inferior
- Lesiones medulares
- Lesión S2– S4 (centro sacro de micción)
- Diabetes
- Fármacos (Anticolinérgicos, Narcóticos, Calcio antagonistas, psicofármacos, antihistamínicos)

Fuente: Jacob G. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud.1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014

Cuadro 3.2.1.6. Fármacos relacionados con la retención aguda de orina

Anticolinérgicos	Atropina, belladona, diciclomina, escopolamina HCL, flavoxato HCL, hiosciamina, homatropina, bromuro de ipratropio
Antidepresivos tricíclicos	Amitriptilina, imipramina, prapotilina, nortriptilina
Antihistamínicos	Bromfeniramina, ciproheptadina, clorfeniramina, difenhidramina, hidroxizina
Antihipertensivos	Hidralazina, nifedipino
Agentes antiparkinsonianos	Amantadina HCL, bromocriptina, levodopa
Algunos antipsicóticos	Clorpromazina, flufenazina, haloperidol
Algunas hormonas	Estrógenos, progesterona, testosterona
Relajantes musculares	Baclofeno, ciclobenzaprina, diazepam
Alfa-adrenérgicos	Adrenalina, fenilefrina, fenilpropanolamina, pseudoefedrina
Beta-adrenérgicos	Isoproterenol, metaproterenol, terbutalina
Algunos fármacos para el tratamiento de la incontinencia urinaria	oxibutina, tolterodina, fesoterodina, solifenacina
Otros	Indometacina, carbamazepina, anfetamina, dopamina, vincristina, anestésicos, analgésicos opioides

Fuente: Naval E, Lleal C. Retención aguda de orina. AMF 2016;12(3):152-156

Cuadro 3.2.17. Escala de sedación Ramsay

Nivel de sedación	Características
Nivel 1	Paciente ansioso y agitado.
Nivel 2	Paciente colaborador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Paciente dormido que obedece a órdenes.
Nivel 4	Paciente dormido con respuesta a estímulos auditivos intensos.
Nivel 5	Paciente dormido con respuesta mínima a estímulos.
Nivel 6	Paciente dormido sin respuesta a estímulos.

Fuente: Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. BMJ. 1974;22:656-9

3.3. Listado de Recursos

3.3.1. *Tabla de Medicamentos*

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en cuidados paliativos del **Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud:**

Cuadro Básico de Medicamentos						
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
040.000.2100.00 040.000.2100.01	**BUPRENORFINA**	Sublingual. Adultos: 0.2 a 0.4 mg cada 6 a 8 horas.	TABLETA SUBLINGUAL Cada tableta sublingual contiene: Clorhidrato de buprenorfina equivalente a 0.2 mg de buprenorfina. Envase con 10 tabletas. Envase con 20 tabletas.	Sedación, mareo, cefalea, miosis, náusea, sudoración y depresión respiratoria	Con alcohol y antidepresivos tricíclicos, aumentan sus efectos depresivos. Con inhibidores de la MAO, ponen en riesgo la vida por alteración en la función del sistema nervioso central, función respiratoria y cardiovascular. Con otros opiáceos, anestésicos, hipnóticos, sedantes, antidepresivos, neurolépticos y en general con medicamentos que deprimen el sistema nervioso central, los efectos se potencian. La eficacia de la buprenorfina puede intensificarse (inhibidores) o debilitarse (inductores). del CYP 3A4.	Hipersensibilidad al fármaco, hipertensión intracraneal, daño hepático o renal, depresión del sistema nervioso central e hipertrofia prostática
040.000.4026.00		Intramuscular o intravenosa. Adultos: 0.3 a 0.6 mg/día, fraccionar dosis cada 6 horas. Dosis máxima de 0.9 mg/día.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta o frasco ámpula contiene: Clorhidrato de buprenorfina equivalente a 0.3 mg de buprenorfina. Envase con 6 ampolletas o frascos ámpula con 1 ml.			

Cuadro Básico de Medicamentos						
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.4028.00	**CLONIXINATO DE LISINA**	Intramuscular o intravenosa. Adultos: 100 mg cada 4 a 6 horas, dosis máxima 200 mg cada 6 horas.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Clonixinato de Lisina 100 mg Envase con 5 ampolletas de 2 ml.	Náusea, vómito, somnolencia, mareo y vértigo	Con antiinflamatorios no esteroideos pueden aumentar sus efectos adversos gastrointestinales	Hipersensibilidad al fármaco, lactancia, úlcera péptica, niños menores de 12 años, hipertensión arterial e insuficiencia renal o hepática.
010.000.3422.00	**KETOROLACO**	Intramuscular o intravenosa. Adultos: 30 mg cada 6 horas, dosis máxima 120 mg/día. El tratamiento no debe exceder de 4 días	SOLUCION INYECTABLE Cada frasco ámpula o ampolleta contiene: Ketorolaco-trometamina 30 mg Envase con 3 frascos ámpula o 3 ampolletas de 1 ml.	Úlcera péptica, sangrado gastrointestinal, perforación intestinal, prurito, náusea, dispepsia, anorexia, depresión, hematuria, palidez, hipertensión arterial, disgeusia y mareo	Sinergismo con otros antiinflamatorios no esteroideos por aumentar el riesgo de efectos adversos. Disminuye la respuesta diurética a furosemida. El probenecid aumenta su concentración plasmática. Aumenta la concentración plasmática de litio.	Hipersensibilidad al fármaco o a otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, úlcera péptica e ins uficiencia renal y diátesis hemorrágica, postoperatorio de amigdalectomía en niños y uso preoperatorio.
010.000.0109.00	**METAMIZOL SÓDICO**	Intramuscular o intravenosa. Adultos: 1 g cada 6 u 8 horas por vía intramuscular profunda. 1 a 2 g cada 12 horas por vía intravenosa.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Metamizol sódico 1 g Envase con 3 ampolletas con 2 ml.	Reacciones de hipersensibilidad: agranulocitosis, leucopenia, trombocitopenia, anemia hemolítica.	Con neurolépticos puede ocasionar hipotermia grave.	Hipersensibilidad al fármaco y a pirazolonas. Insuficiencia renal o hepática, discrasias sanguíneas, úlcera duodenal.

Cuadro Básico de Medicamentos						
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
040.000.2099.00	**MORFINA**	Intravenosa, intramuscular Adultos: 5 a 20 mg cada 4 horas, según la respuesta terapéutica. Epidural: 0.5 mg, seguido de 1-2 mg hasta 10 mg/día	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Sulfato de morfina Pentahidratada 2.5 mg Envase con 5 ampolletas con 2.5 ml.	Depresión respiratoria, nausea, vómito, urticaria, euforia, sedación, broncoconstricción, hipotensión arterial ortostática, miosis, bradicardia, convulsiones y adicción.	Asociado a benzodiazepinas, cimetidina, fenotiazinas, hipnóticos, neurolépticos y el alcohol produce depresión respiratoria. Inhibidores de la monoaminooxidasa potencian los efectos de la morfina.	Hipersensibilidad al fármaco, tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa, traumatismo craneoencefálico, hipertensión intracraneal y disfunción respiratoria, arritmias cardiacas, psicosis, hipotiroidismo y cólico biliar.
040.000.2102.00			SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Sulfato de morfina pentahidratada 50 mg Envase con 1 ampolleta con 2.0 ml.			
040.000.2103.00			SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Sulfato de morfina 10 mg Envase con 5 ampolletas			
040.000.4029.00			TABLETA Cada tableta contiene: Sulfato de morfina pentahidratado equivalente a 30 mg de sulfato de morfina Envase con 20 tabletas.			

Cuadro Básico de Medicamentos						
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
040.000.4032.00 040.000.4032.01	**OXICODONA**	Oral. Adultos: Tomar 10 a 20 mg cada 12 horas. Incrementar la dosis de acuerdo a la intensidad del dolor y a juicio del especialista.	TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA Cada tableta contiene: Clorhidrato de Oxicodona 20 mg Envase con 30 tabletas de liberación prolongada. Envase con 100 tabletas de liberación prolongada	Depresión respiratoria, apnea, paro respiratorio, depresión circulatoria, hipotensión arterial, constipación, estreñimiento, nausea, vómito, somnolencia, vértigo, prurito, cefalea, ansiedad, choque y dependencia física.	Potencian los efectos de las fenotiacinas, antidepresivos tricíclicos, anestésicos, hipnóticos, sedantes, alcohol, miorrelajantes y antihipertensivos. Disminuye su efecto con: inhibidores de la monoaminoxidasa	Hipersensibilidad al fármaco, depresión respiratoria, asma bronquial, hipercapnia, íleo paralítico, abdomen agudo, enfermedad hepática aguda. Sensibilidad conocida a oxicodona, morfina u otros opiáceos.
040.000.4033.00 040.000.4033.01			TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA Cada tableta contiene: Clorhidrato de Oxicodona 10 mg Envase con 30 tabletas de liberación prolongada. Envase con 100 tabletas de liberación prolongada			
040.000.2106.00	**TRAMADOL**	Intramuscular o intravenosa. Adultos y niños mayores de 14 años: 50 a 100 mg cada 8 horas. Dosis máxima 400 mg/día.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Clorhidrato de Tramadol 100 mg Envase con 5 ampolletas de 2 ml.	Náusea, mareos, bochornos, taquicardia, hipotensión arterial, sudoración y depresión respiratoria.	Asociado a benzodiazepinas y alcohol produce depresión respiratoria. Los inhibidores de la monoaminooxidasa potencian sus efectos.	Hipersensibilidad al fármaco, traumatismo craneoencefálico, hipertensión intracraneal y disfunción respiratoria, arritmias cardiacas, psicosis e hipotiroidismo

Cuadro Básico de Medicamentos						
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
040.000.4057.00	**MIDAZOLAM**	Intramuscular profunda o intravenosa. Adultos Intramuscular:70 a 80 µg/kg de peso corporal. Intravenosa:35 µg/ kg de peso corporal una hora antes del procedimiento quirúrgico. Dosis total:2.5 mg. Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Clorhidrato de midazolam equivalente a 15 mg de midazolam O Midazolam 15 mg Envase con 5 ampolletas con 3 ml.	Bradipnea, apnea, cefalea e hipotensión arterial	Con hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos, opioides, anestésicos y alcohol, aumenta la depresión del sistema nervioso central.	Hipersensibilidad a las benzodiazepinas, miastenia gravis, glaucoma, estado de choque, intoxicación alcohólica
010.000.3417.00	**DICLOFENACO**	Oral. Adultos:100 mg cada 24 horas. La dosis de mantenimiento se debe ajustar a cada paciente. Dosis máxima 200 mg/día.	CÁPSULA O GRAGEA DE LIBERACIÓN PROLONGADA Cada gragea contiene: Diclofenaco sódico 100 mg Envase con 20 cápsulas o grageas	Náusea, vómito, irritación gástrica, diarrea,dermatitis, depresión, cefalea, vértigo, dificultad urinaria, hematuria.	Con ácido acetil salicílico, otros AINE, anticoagulantes se incrementa los efectos adversos. Puede elevar el efecto tóxico del metrotexato litio y digoxina. Inhibe el efecto de los diuréticos e incrementa su efecto ahorrador de potasio. Altera los requerimientos de insulina e hipoglucemiantes orales.	En ancianos y adultos de bajo peso corporal. En tratamiento prolongado vigilar función medular, renal y hepática.
010.000.5501.00		Intramuscular profunda Adultos:Una ampolleta de 75 mg cada 12 ó 24 horas. No administrar por más de dos días	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Diclofenaco sódico 75 mg Envase con 2 ampolletas con 3 m			

Cuadro Básico de Medicamentos						
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
040.000.2608.00	**CARBAMAZEPINA**	Oral. Adultos:600 a 800 mg en 24 horas, dividida cada 8 ó 12 horas	TABLETA Cada tableta contiene: Carbamazepina 200 mg Envase con 20 tabletas	Náusea, vómito, somnolencia, ataxia, vértigo, anemia aplástica, agranulocitosis.	Disminuye el efecto de los anticoagulantes orales y de los anticonceptivos hormonales.	Hipersensibilidad al fármaco. Glaucoma, agranulocitosis, trombocitopenia, anemia aplástica, insuficiencia renal y hepática.
040.000.2612.00	**CLONAZEPAM**	Oral. Adultos Dosis inicial:0.5 mg cada 8 horas, aumentar 0.5 mg cada tres a siete días, hasta alcanzar el efecto terapéutico. Dosis máxima: 20 mg/ día	TABLETA Cada tableta contiene: Clonazepam 2 mg Envase con 30 tabletas.	Rinorrea, palpitaciones, somnolencia, mareo, ataxia, nistagmus, sedación exagerada, efecto miorrelajante, hipotonía muscular	Opiáceos, fenobarbital, antidepresivos y alcohol, aumentas su efecto. La carbamazepina disminuye su concentración plasmática	Hipersensibilidad a benzodiacepinas, insuficiencia hepática y renal, glaucoma, lactancia, psicosis, miastenia gravis.
040.000.2499.00	**ALPRAZOLAM**	Oral. Adultos:0.5-4.0 mg al día.	TABLETA Cada tableta contiene: Alprazolam 2.0 mg Envase con 30 tabletas	Somnolencia, aturdimiento, cefalea, hostilidad, hipotensión, taquicardia, náusea, vómito.	El alcohol y otros depresores del sistema nervioso central aumentan el estado depresivo. Los antidepresivos tricíclicos aumentan su concentración plasmática.	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma agudo, psicosis y trastornos psiquiátricos sin ansiedad.
040.000.3305.00	**AMITRIPTILINA**	Oral. Adultos: Inicial:25 mg cada 6 a 12 horas y Aumentar paulatinamente. Mantenimiento.150 mg en 24 horas.	TABLETA Cada tableta contiene: Clorhidrato de Amitriptilina 25 mg Envase con 20 tabletas.	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática	Aumenta el efecto hipertensivo con adrenalina. Disminuye su efecto con los barbitúricos. Con inhibidores de la monoaminooxidasa puede ocasionar excitación grave, hipertermia y convulsiones.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos.

Cuadro Básico de Medicamentos						
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
040.000.4477.00	**HALOPERIDOL**	Oral. Adultos:0.5 a 5 mg cada 8 a 12 horas.	SOLUCIÓN ORAL Cada ml contiene: Haloperidol 2 mg Envase con gotero integral con 15 ml.	Sequedad de mucosas, estreñimiento, retención urinaria hipotensión ortostática, síntomas extrapiramidales, discinesia tardía.	Puede disminuir el umbral convulsivo en pacientes que reciben antiepilépticos. Con antimuscarínicos aumentan los efectos adversos. Con litio puede producir encefalopatía. Con antiparkinsonianos disminuyen los efectos terapéuticos	Hipersensibilidad al fármaco. La solución inyectable no se debe administrar por vía endovenosa debido a que produce trastornos cardiovasculares graves como muerte súbita, prolongación del QT y Torsades des Pointes
040.000.3251.00		Oral. Adultos: 5 a 30 mg en 24 horas. Una toma al día o dividir dosis cada 8 a 12 hs.	TABLETA Cada tableta contiene: Haloperidol 5 mg Envase con 20 tabletas.			
040.000.3253.00		Intramuscular. Adultos: 2 a 5 mg cada 4 a 8 horas.	SOLUCION INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Haloperidol 5 mg Envase con 6 ampolletas (5 mg/ ml).			
040.000.4481.00 040.000.4481.01		Intramuscular. Adultos: 50 a 100 mg cada 4 semanas.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Decanoato de haloperidol equivalente a 50 mg de haloperidol Envase con 1 ampolleta con 1 ml Envase con 5 ampolletas con 1 m			

Cuadro Básico de Medicamentos						
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.4483.00 010.000.4483.01	**FLUOXETINA**	Oral. Adultos: Inicial:20 mg en la mañana, con aumento progresivo de acuerdo a la respuesta. Dosis máxima 80 mg/ día.	CÁPSULA O TABLETA Cada cápsula o tableta contiene: Clorhidrato de fluoxetina equivalente a 20 mg de fluoxetina. Envase con 14 cápsulas o tabletas. Envase con 28 cápsulas o tabletas.	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, Trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad.	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad al fármaco.
040.000.3302.00	**IMIPRAMINA**	Oral. Adultos: 75 a 100 mg/ día dividida cada 8 horas, incrementando según respuesta terapéutica de 25 a 50 mg hasta llegar a 200 mg.	GRAGEA O TABLETA Cada gragea o tableta contiene: Clorhidrato de Imipramina 25 mg Envase con 20 grageas o tabletas.	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria	Con inhibidores de la monoaminooxidasa aumentan los efectos adversos. Puede bloquear el efecto de la guanetidina y clonidina;potencia la depresión producida por el alcohol.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Precauciones: En padecimientos cardiovasculares, hipertrofia prostática, glaucoma, hipertiroidismo, epilepsia y síndrome convulsivo.
040.000.4027.00	**FENTANILO**	Transdérmica. Adultos: 4.2 mg cada 72 horas. Dosis máxima 10 mg.	PARCHE Cada parche contiene: Fentanilo 4.2 mg Envase con 5 parches.	Depresión respiratoria, sedación, nausea, vómito, rigidez muscular, euforia, broncoconstricción, hipotensión arterial ortostática, constipación, cefalea, confusión, alucinaciones, miosis, bradicardia, convulsiones	Asociado a benzodiazepinas produce depresión respiratoria. Inhibidores de la mono amino oxidasa potencian los efectos del fentanilo. Incrementa su concentración con ritonavir.	Hipersensibilidad al fentanilo y a opioides, tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa, traumatismo craneoencefálico, hipertensión intracraneal y disfunción respiratoria, arritmias cardiacas, psicosis e hipotiroidismo

Cuadro Básico de Medicamentos						
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.4359.00	**GABAPENTINA**	Oral. Adultos y niños mayores de 12 años: 300 a 600 mg cada 8 horas	CÁPSULA Cada cápsula contiene: Gabapentina 300 mg Envase con 15 cápsulas.	Ataxia, nistagmus, amnesia, depresión, irritabilidad, somnolencia y leucopenia	Puede aumentar el efecto de los depresores del sistema nervoso central, como el alcohol. Los antiácidos con aluminio o magnesio, disminuyen su biodisponibilidad.	Hipersensibilidad al fármaco, valorar la necesidad de su empleo durante el embarazo y lactancia.
010.000.1206.00	**BUTILHIOSCINA**	Oral. Adultos y niños mayores de 12 años:10 a 20 mg cada 6 a 8 horas.	GRAGEA O TABLETA Cada gragea o tableta contiene: Bromuro de butilhioscina 10 mg Envase con 10 grageas o tabletas.	Aumento de la frecuencia cardiaca, erupciones cutáneas y reacciones alérgicas.	Aumentan su acción anticolinérgica los antidepresivos tricíclicos, amantadina y quinidina.	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma, hipertrofia prostática, taquicardia, megacolon y asma.
010.000.1207.00		Intramuscular, intravenosa. Adultos:20 mg cada 6 a 8 horas.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Bromuro de butilhioscina 20 mg Envase con 3 ampolletas de 1 ml.			

Cuadro Básico de Medicamentos						
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.1241.00	**METOCLOPRAMIDA**	Intramuscular o intravenosa. Adultos:10 mg cada 8 horas.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Clorhidrato de metoclopramida 10 mg Envase con 6 ampolletas de 2 ml.	Somnolencia, astenia, fatiga, lasitud, con menor frecuencia puede aparecer, insomnio, cefalea, mareos, náuseas, síntomas extrapiramidales, galactorrea, ginecomastia, “rash”, urticaria o trastornos intestinales	Anticolinérgicos y opiáceos antagonizan su efecto sobre la motilidad. Se potencian los efectos sedantes con bebidas alcohólicas, hipnóticos, tranquilizantes y otros depresores del sistema nervioso central.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación intestinal
010.000.1242.00		Oral Adultos:10 a 15 mg cada 6 a 8 horas.	TABLETA Cada tableta contiene: Clorhidrato de metoclopramida 10 mg Envase con 20 tabletas.			
010.000.4241.00	**DEXAMETASONA**	Intravenosa, intramuscular. Adultos: 4 a 20 mg/día, en dosis Mayores fraccionar cada 6 a 8 horas. Dosis máxima: 80 mg/día. Individualizar la dosis de acuerdo a la respuesta clínica.	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada frasco ámpula o ampolleta contiene: Fosfato sódico de dexametasona equivalente a 8 mg de fosfato de dexametasona. Envase con un frasco ámpula o ampolleta con 2 ml.	Hipertensión, edema no cerebral, cataratas, glaucoma, úlcera péptica, euforia, insomnio, comportamiento psicótico, hipokalemia, hiperglucemia, acné, erupción, retraso en la cicatrización, atrofia en los sitios de inyección, debilidad muscular, síndrome de supresión.	Con fenobarbital, efedrina y rifampicina se acelera su eliminación, la indometacina y la aspirina aumentan el riesgo de hemorragia gastrointestinal.	Hipersensibilidad a corticoesteroides, infecciones sistémicas, diabetes mellitus descontrolada, glaucoma, gastritis. Precauciones: Hipertensión arterial sistémica

Cuadro Básico de Medicamentos						
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.0405.00	**DIFENHIDRAMINA**	Oral. Adultos:25 a 50 mg cada 6 a 8 horas. Dosis máxima:100 mg/kg de peso corporal/ día.	JARABE Cada 100 mililitros contienen: Clorhidrato de Difenhidramina 250 mg Envase con 60 ml.	Somnolencia, inquietud, ansiedad, temor, temblores, crisis convulsivas, debilidad, calambres musculares, vértigo, mareo, anorexia, náusea, vómito, diplopía, diaforesis, calosfríos, palpitaciones, taquicardia; resequedad de boca, nariz y garganta.	La administración concomitante con antihistamínicos, bebidas alcohólicas, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos u otros de presores del sistema nervioso central aumentan su efecto sedante.	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma de ángulo cerrado, úlcera péptica, obstrucción piloroduodenal, hipertensión arterial, hipertrofia prostática, obstrucción del cuello de la vejiga, asma bronquial crónica.
010.000.0406.00		Intramuscular: Adultos y niños mayores de 12 años:10 a 50 mg cada 8 horas. Dosis máxima 400 mg/día.	SOLUCIÒN INYECTABLE Cada frasco ámpula contiene: Clorhidrato de Difenhidramina 100 mg Envase con frasco ámpula de 10 ml.			
010.000.1278.00	**GLICEROL**	Rectal. Adultos:2.632 g cada 8 horas.	SUPOSITORIO Cada supositorio contiene: Glicerol 2.632 g Envase con 6 supositorios.	Cólicos intestinales, malestar rectal, hiperemia de mucosa rectal.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco, cólico abdominal de etiología no determinada, abdomen agudo y apendicitis.

Cuadro Básico de Medicamentos						
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.1363.00	**LIDOCAÍNA - HIDROCORTISONA**	Rectal. Adultos:Una a cuatro aplicaciones en el día	UNGÜENTO Cada 100 gramos contiene: Lidocaína 5 g Acetato de Hidrocortisona 0.25 g Subacetato de Aluminio 3.50 g. Óxido de Zinc 18 g Envase con 20 g y aplicador	Reacciones alérgicas; sensación de molestias rectales	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad a los componentes del fármaco, tuberculosis ano-rectal
010.000.1272.00	**SENÓSIDOS A-B**	Oral. Adultos:Una a tres tabletas al día	TABLETA Cada tableta contiene: Concentrados de Sen desecados 187 mg (normalizado a 8.6 mg de senósidos A-B). Envase con 20 tabletas.	Cólicos intestinales, diarrea, meteorismo, náusea, vómito	Ninguna de importancia clínica.	Desequilibrio hidroelectrolítico; apendicitis y abdomen agudo, oclusión intestinal, impacto fecal, sangrado rectal.

3.4. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos con la temática de **Cuidados paliativos.** Se realizó en PubMed, sitios Web especializados de guías de práctica clínica y del área clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **ingles y español**
- Documentos publicados los últimos **5 años***
- Documentos enfocados **cuidados paliativos, sedación paliativa, opiodies.**
- Documentos enfocados a humanos

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma, diferente al español o inglés.

*Periodo recomendado de búsqueda para GPC de nueva creación, en caso de ser escasa o nula la información, extender la búsqueda a 5 años previos. Cuando la GPC es de actualización, la búsqueda se realiza a partir de la fecha de cierre del protocolo de búsqueda de la GPC.

3.4.1. *Búsqueda de Guías de Práctica Clínica*

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando el (los) término(s) MeSh **palliative care** considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron **20** resultados, de los cuales se utilizo **1** documento.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND (Practice Guideline[ptyp] AND "2012/05/06"[PDat] : "2017/05/04"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])	20

Además se realizó la búsqueda de GPCs en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB**	ALGORITMO DE BÚSQUEDA **<ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA>**	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
NGC	Palliative care, Publication Year:2012 to 2016, Adult (19 to 44 years)	31	**4**
GUIASALUD	Cuidados paliativos	3	**0**
MINSALUD	Cuidados paliativos	1	**1**
TOTAL		35	**5**

**Realizar la búsqueda en sitios web de GPC con temáticas específicas (SOGC y RCOG en ginecología; AAN en neurología; NCCN en oncología, entre otros)

3.4.2. *Búsqueda de Revisiones Sistemáticas*

Se realizó la búsqueda en PubMed con el (los) término(s) MeSh **palliative care** considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron **252** resultados, de los cuales se utilizaron **3** documentos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND (systematic[sb] AND "2012/05/06"[PDat] : "2017/05/04"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])	252

Además, se buscaron revisiones sistemáticas en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB	ALGORITMO DE BÚSQUEDA **ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA**	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
COCHRANE LIBRARY	Pain, Palliative and Supportive Care Group	15	**2**
TOTAL			**2**

3.4.3. *Búsqueda de Ensayos Clínicos Aleatorizados y Estudios Observacionales****

La búsqueda se realizó en PubMed de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de acuerdo a los criterios definidos, utilizando el (los) término(s) MeSh **palliative care .** Se obtuvieron **551** resultados, de los cuales se utilizaron **32** documentos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
("palliative care"[MeSH Terms] OR ("palliative"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "palliative care"[All Fields]) AND (Clinical Trial[ptyp] AND "2012/05/06"[PDat] : "2017/05/04"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])	551

Para el desarrollo y sustento de la información utilizada en los apartados de introducción , justificación y desarrollo de algunas recomendaciones derivadas de una serie de expertos (cosensos) se realizaron una serie de búsquedas en los sitios Web del área clínica que se presentan a continuación:

SITIOS WEB	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
Cuiden	**5**
Bireme	**7**
Instituto Nacional del Cáncer, Argentina	**1**
Instituto Nacional de Cancerología, México	**2**
Total	**15**

***Sólo en caso de temas con poca información publicada, en las que GPC y RS no son suficientes para desarrollar satisfactoriamente la GPC.

3.5. Escalas de Gradación

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE**

Nivel de Evidencia	Interpretación
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertas/os

*Los estudios con un nivel de evidencia **con signos "–"** no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación, Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
**National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005.The guidelines manual 2009.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

Grados de Recomendación	Interpretación
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
D(BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

ESCALA DE CLASIFICACIÓN SEGÚN LOS CRITERIOS GRADE

CALIDAD DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA	
Alta	Un estudio incluyendo meta-análisis y la revisión sistemática, que cumple con los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Moderada	Un estudio incluyendo meta-análisis y la revisión sistemática, que no cumple o no está claro que cumpla al menos de uno los criterios específicos de un estudio bien diseñado. Se incluyen los estudios cuasi-experimentales.
Baja	Un estudio (incluyendo el meta-análisis y la revisión sistemática) que tiene en su diseño al menos un defecto fatal o no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de estudio bien diseñado, aunque no presenta "errores fatales" o una acumulación de defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan elaborar las recomendaciones. se incluyen estudios observacionales.
Muy baja	Estudios con datos confusos o imprecisos y existe al menos una posibilidad de sesgos

ESTIMACIÓN DEL GRADO DE LA RECOMENDACIÓN	
Fuerte	Calidad de la evidencia alta
Débil	Calidad de la evidencia moderada o alta
Basado en el consenso	Calidad de la evidencia baja. Muy baja o ausente.

Sistema de clasificación usado por la bibliotecaCOCHRANE: Centro de Medicina Basada en Evidencia, OXFORD, OCEBM. 2001

ESTUDIOS SOBRE TRATAMIENTO, PREVENCIÓN, ETIOLOGÍA Y COMPLICACIONES		
Grado de recomendación	**Nivel de evidencia**	**Fuente**
A	**1 a**	Revisión sistemática de ECA, con homogeneidad, es decir, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	1 b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos).
	1 c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación.
B	**2 a**	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, es decir, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80% de seguimiento).
	2 c	Investigación de resultados en salud.
	3 a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, es decir, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	3 b	Estudios de casos y controles individuales.
C	**4**	Serie de casos y estudios de cohortes, y casos y controles de baja calidad.
Si tenemos un único estudio con I C amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo menos (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D.		

3.6. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave

Diagnóstico(s) Clínico(s):	
CIE-9-MC / CIE-10	
Código del CMGPC:	

TÍTULO DE LA GPC			**Calificación de las recomendaciones**
POBLACIÓN BLANCO	**USUARIOS DE LA GUÍA**	**NIVEL DE ATENCIÓN**	
Mujeres y hombres adultos con padecimientos oncológicos y no oncológicos con enfermedad avanzada limitante para la vida.	Personal médico, enfermería, trabajo social, psicología, nutrición, rehabilitación, personal con formación en tanatología, algología, cuidados paliativos y personal en formación en el área de la salud	Primer, segundo y tercer nivel	**(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)**

DIAGNÓSTICO	
Documenta el resultado de la aplicación de la escala *Palliative Prognostic Score* (PaP) para la evaluación de los pacientes que requieren cuidados paliativos.	
Documenta el resultado de la aplicación de la escala ESAS para la valoración y control de los sintomas.	
Documenta el resultado de la aplicación de las escalas de valoración de la intensidad del dolor validadas y acordes al grupo etario y estado cognitivo.	
Documenta el resultado de la aplicación del test mini mental de Folstein (MMT) para realizar evaluación de la función cognitiva.	
Documenta el resultado de la aplicación de la escala de Confussion Assesment Method (CAM) para la detección del delirium.	
TRATAMIENTO	
Documenta la prescripción de vía de acceso (preferentemente subcutánea) para la administración de medicamentos e hidratación.	
Documenta la prescripción y administración de medicamentos analgésicos para el control del dolor.	
Documenta la prescripción y administración de Morfina como dosis de rescate en el dolor irruptivo y manejo de la disnea.	
Documenta la prescripción y administración de corticoides para el tratamiento de anorexia, astenia o caquexia.	
Documenta la prescripción y administración de estimulantes naturales de la salivación tales como hielo, manzanilla con limóno saliva artificial póara xerostomia.	
Documenta la prescripción y administración de dexametasona (20 mg/día), antagonistas de 5HT3 (ondansetrón 16-24 mg/día) y metoclopramida (40-60 mg/día) para el control de las náuseas y vómitos	
Documenta la prescripción y administración de laxantes para la prevención del estreñimiento y constipación.	
Documenta la prescripción y administración de loperamida 2 mg para el tratamiento de la diarrea	
Documenta la prescripción y administración de haloperidol para el tratamiento del delirium	
Se cuenta con el consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente en casos de sedación paliativa	
RESULTADOS	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	

Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

4. Glosario

Anorexia: Es la pérdida de apetito que incluye la disminución de la ingesta asociado o no a cambios catabólicos consecuentes (caquexia por pérdida de masa muscular y grasa).
Asesoramiento dietético personalizado es realizada por un experto en nutrición a lo largo y después del tratamiento y por lo general se compone de varias consultas dietéticos, incluyendo la evaluación del estado nutricional y la ingesta de alimentos, así como el asesoramiento dietético.

Astenia: Sensación de cansancio o agotamiento extremo.

Calidad de vida: Es el estado de satisfacción general, en cuanto al sentimiento de bienestar personal y material, como son la salud, la educación, el trabajo, de la funcionalidad, de la vivienda, de la seguridad social, y subjetivamente es la sensación de bienestar físico, psicológico y social, como la expresión de las emociones y el sentido de pertenencia a grupos sociales, estableciendo relaciones armónicas consigo mismo, con el ambiente y con la comunidad, al realizar las actividades cotidianas.
Candidiasis: Infección oral micótica, producida la mayoría de las veces por Cándida Albicans.
Caquexia: Es un síndrome caracterizado por anorexia, astenia y una progresiva pérdidade peso y de masa muscular que conduce al deterioro de las funciones corporales. Supresencia implica una merma del bienestar y la calidad de vida. Las alteraciones metabólicas que subyacen en la caquexia se enmarcan en el contexto de una respuesta inflamatoria crónica y se relacionan con la presencia de diversos factores circulantes tanto de origen humoral como tumoral.
Counseling: Es la ayuda a la persona con problemas psíquicos, es decir aquellas personas que están sufriendo un estrés o problema al que no pueden adaptarse de un modo satisfactorio.

Cuidados en la etapa final o en agonía: Son los que tiene lugar cuando la muerte es inminente, aquí se deja de pensar en calidad de vida para abordar calidad de muerte, atendiendo a los síntomas físicos, psicológicos y necesidades espirituales de pacientes y familiares.
Disnea: Es la sensación subjetiva de dificultad respiratoria
Disnea refractaria:Se asume en la literatura que la disnea refractaria es aquella que no se controla con el tratamiento especifico de la enfermedad de base y es tributaria de tratamiento con opioides. No se debe confundir con la presencia de disnea como síntoma refractario.
Dolor moderado: Dolor cuya intensidad corresponde, en la EVN a 5, 6 o 7, y se define como el que produce una limitación importante de la actividad física.
Dolor intenso: Dolor intensidad corresponde, en la EVN a 8, 9 ó 10, y se define como el que afecta al estado general del paciente e imposibilita llevar a cabo una actividad habitual.
Dolor refractario: se entiende aquél que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable, que no comprometa la conciencia, y en un plazo de tiempo razonable por lo que es tributario de sedación paliativa.
Dolor Irruptivo: Exacerbación del dolor de forma súbita y transitoria, de gran intensidad (EVA >7) y de corta duración (inferior a 20-30 minutos), aparece sobre la base de un dolor estable, cuando este se encuentra reducido a un nivel tolerable (EVA<5) mediante el uso fundamental de opioides mayores.
Enfermedades crónicas con pronóstico de vida limitado: Son enfermedades de curso progresivo y gradual, que afectan la autonomía y la calidad de vida. Presentan respuestas variables al tratamiento específico y evolucionan en crisis hacia la muerte a mediano plazo.
Enfermedad en estado terminal: A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses.
Fisiokinesiología: Técnicas terapéuticas que ayudan a que una persona recupere el movimiento normal de ciertas partes de su cuerpo.
Inmunonutrición: Corresponde a la utilización de sustratos nutricionales (inmunonutrientes) capaces de modular (aumento o disminución) de las funciones inmunes del organismo.
Multidimensional: Termino que involucra varios aspectos.

Náusea: Sensación desagradable en la parte alta gastrointestinal, que puede o no estar acompañada de vómito.
Nutrición artificial: Incluye la nutrición enteral que se administra directamente en el tracto digestivo (es decir, a través de sonda nasogástrica o nasojejunal, gastrostomía o yeyunostomía) y nutrición parenteral que se administra por vía intravenosa.
Obstinación terapéutica: La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.
Rehabilitación paliativa: La posibilidad de brindar ayuda experimentada a una persona y su familia para reajustarse a una situación que es estática y que permanecerá así por semanas, debido a una enfermedad progresiva y avanzada. Tal ayuda no sólo involucra el manejo especializado de síntomas físicos, sino que se exploran estrategias, fortalezas y capacidades del paciente para equilibrar su salud emocional, espiritual y psicológica.
Tratamiento del dolor: Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir el sufrimiento físico y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.
Sedación: Maniobra terapéutica indicada ante una situación determinada del paciente , lo cual implica la intención deliberada, sopesada y compartida, de disminuir el nivel de conciencia antes un síntoma indentificado.
Sedación paliativa: Administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un pa ciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, y con su consentimiento explícito.
Síntoma refractario: Es aquél que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable, sin que comprometa la conciencia del paciente, por lo que es tributario de sedación paliativa.
Situación de agonía: precede a la muerte cuando se produce en forma gradual. Existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad para la ingesta y el pronóstico de vida está limitado a horas o días.
Situación terminal: Se define situación terminal como la presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y, con un pronóstico de vida limitado. Concurren síntomas multifactoriales intensos y cambiantes, gran impacto emocional en pacientes y familiares y demanda de atención.

Sufrimiento: Es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla.
Suplementos nutricionales orales: Son productos dietéticos destinados a usos médicos especiales. Por lo general, se producen industrialmente y lista para su uso.
Vómito: Expulsión súbita del contenido gastrointestinal a través de la boca.

5. Bibliografía

1. Albrecht A, Taylor A. Physical Activity in Patients With Advanced-Stage Cancer: A Systematic Review of the Literature. Clin J Oncol Nurs. 2012 June 1; 16(3): 293–300.
2. Allende S, Cantú G, Verastegui E. La trascendencia del consentimiento informado en bioética y la complejidad de informar al paciente terminal su pronostico En la primera visita : visión del paciente y familiares en el Instituto Nacional Cancerología. Elsevier, 2013;12(4):244-249
3. Ascencio L. Adaptación en español de la escala de actitudes ante cuidados paliativos: confiabilidad y análisis factorial. Psicooncología. 2015;12(2-3): 367-381
4. Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R. Opiáceos para el tratamiento paliativo de la disnea resistente al tratamiento en adultos con enfermedades avanzadas y enfermedades terminales. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016
5. Bermejo F, Morales JM, ValergaC, Del Ser T, Artolazábal J,Gabriel R. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia. Datos de un estudio en ancianos residentes en la comunidad. Med Clin[Barc] 1999; 112: 330-4.
6. Bickel K, McNiff K, Buss M K., Kamal A, Lupu D, Abernethy A P., Broder M S., Shapiro C L., Acheson K, Malin J, Evans T, Krzyzanowska M. Defining High-Quality Palliative Care in Oncology Practice: An American Society of Clinical Oncology/American Academy of Hospice and Palliative Medicine Guidance Statement. American Society of Clinical Oncology. 2016; 12 (9): e828-e838
7. Bruera E. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. 2013;31(1):111-8
8. Carvajal A, Martínez M, Centeno C. The Spanish version of the ESAS: A reference tool for evaluating the symptoms of the patient with advanced cáncer. Med Paliat. 2013; 20(4):143-149.
9. Contreras N, Alvarado S, Molina R. Insomnio en el paciente oncológico. Gaceta Mexicana de Oncología. 2013;12(2):101-107
10. Cox L, Darvill E, Dorman S. Levomepromazine for nausea and vomiting in palliative care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015.
11. Cherny N.I. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. Annals of Oncology 2014; 25 (3): iii143–iii152.
12. Chiang H, Susaeta R, Valdevenito R, Rosenfeld R, Finsterbusch C. Urinary incontinence. rev. med. clin. condes .2013; 24(2): 219-227.
13. De Luca F, Roselló X. Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. Avances en odontoestomatología 2014;30(3): 121-128
14. Del Fabbro E, Bruera E, Savarese D. Palliative care: Assessment and management of nausea and vomiting. Updated 2016.
15. Del Castillo de Comasa Carmen, Díaz Díez-Picazo Luis, Barquinero Canales Cándido. Medición del dolor: escalas de medida. JANO 2008; 1.712. Disponible en www.jano.es
16. Della A, Wolaj M, Santos D, Mesa F, Treglia A. Manejo terapéutico actual de la oclusión intestinal maligna no quirúrgica. Rev Méd Urug 2012; 28(2): 108-114
17. Dopico L , Hermida L. Manejo del dolor oncológico. 2014 consultado en http://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-dolor-oncologico/
18. Estela DA, et al. Medisur. ABC para los cuidados de enfermería a pacientes con enfermedad terminal en Atención Primaria de Salud.2013; (11): 102-114.
19. Fernández L, Rodríguez F, Aguayo M, Royo JL. Comparative study between the Palliative Prognosis Score and the survival of terminal cancer patients estimated by the physicians.Med Paliat. 2013
20. Fernández M, Bouzas D, Maldonado S, Carceller J M. Guía Básica de Fármacos y Dolor. Rev electron AnestesiaR 2014; 6 (2): 293
21. Freeman S, Hirdes P, Stolee Paul, Garcia John, Frise Smith Trevor. Correlates and Predictors of Changes in Dyspnea Symptoms Over Time Among Community-Dwelling Palliative Home Care Clients. J Pain Symptom Manage 2015: 1-13

22. Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ, Nanni MG, Berardi MA, Caruso R, Riba M. Management of delirium in palliative care: a review. Curr Psychiatry Rep. 2015;17(3):550.
23. Greer A., MacDonald J., Jeanne BA, Viscosi E, Traeger L, McDonnell T, Pirl F. Pilot Study of a Brief Behavioral Intervention for Dyspnea in Patients With Advanced Lung Cancer. American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Jornal of Pain and Symptom Management. 2015;50(6): 854-860.
24. Hernández M, Cruzado JA, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González MA, et al. Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. Psicooncología 2012;9(2-3):233-257.
25. Inouye SK,Van Dyck CH,Alessi CA,Balkin S, Siegal AP, Howitz, RI. Claryfing confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990;113: 941-8.
26. Jacob G. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. - 1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014
27. Keall M, Clayton M., Butow N. Therapeutic Life Review in Palliative Care: A Systematic Review of Quantitative Evaluations. Journal of Pain and Symptom Management. 2015; 49(4): 747- 761.
28. Leite F, Kimiko R. Sedación Paliativa del Paciente Terminal. Rev Bras Anestesiol 2012; 62: 4: 1-7
29. León K. Incontinencia urinaria. Revista médica de costa rica y Centroamérica LXXIII 2016 ;(619):247 – 253.
30. León M, et al. Guía para el manejo de las crisis epilépticas en cuidados paliativos: propuesta de un modelo actualizado de práctica clínica basado en una revisión sistemática de la literatura. Neurología. 2017. http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.11.010
31. López B. Validación del Índice Pronóstico de Supervivencia (Pap Score) en Cuidados Paliativos. Gaceta Mexicana de Oncología 2014; 13 (3); 62-166.
32. López J. Encuesta de actitudes y conocimientos médicos en el manejo paliativo hospitalario. Rev Cienc Salud. 2016; 14(1): 53-61.
33. Lovelace T, Fox NF, Sood AJ, Nguyen SA. Management of radiotherapy-induced salivary hypofunction and consequent xerostomia in patients with oral or head and neck cancer: metaanalysis and literature review. Oral Surg Oran Med Oral Pathol Oral Radiol 2014; 117(5): 595-607.
34. Löwensberg K. Rol del fisioterapeuta en cuidados paliativos y en pacientes al final de la vida. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2015; 4 (1):48-51.
35. Maltoni M, Setola E. Palliative Sedation in Patients with Cancer. Cancer Control. 2015 22(4): 433-441
36. Matoses C, Rodríguez F, Sanz G, Murcia A, Morante M, Navarro A. Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. Farm Hosp. 2015;39(2):71-79
37. McCusker M , Ceronsky L , Cron e C, Epstein H , Greene B , Halvorson J , Kephart K, Mallen E , Nosan B , Rohr M , Rosenberg E , Ruf f R ,Schlecht K, Setterlund L . Palliative care for adults . Bloomington (M N) : Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2013 Nov . 81 p.
38. Medina A, Ávalos D. Manejo de la ascitis maligna no refractaria. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR. 2014;(4)5: 7-17
39. MINSALUD. Guía de práctica clínica para la atención de pacientes en cuidados paliativos (Adopción). Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto de Evaluación Tecnologica en Salud. Colombia 2016
40. Montoro M, Canalias M. Pain and advanced dementia. Literature review. Gerokomos. 2015; 26(4):142-147
41. Morishita M, Kamibeppu K. Quality of life and satisfaction with care among family caregivers of patients with recurrent or metastasized digestive cancer requiring palliative care. Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer 2014; 22 (10): 2687-96
42. National Clinical Guideline Centre . Care of dying adults in the last days of life . National Institute for Health and Care Excellence(NICE) ; 2015
43. Naval E, Lleal C. Retención aguda de orina. AMF 2016; 12(3):152-156
44. Pousa V, Miguelez A, Hernández M, González M, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Rev Colomb Cancerol. 2015; 19 839:166-172.
45. Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. BMJ. 1974;22:656-9

46. Rodríguez J, Zas V, Silva E, Rojas M, González A. La enfermería y los cuidados paliativos. Una perspectiva desde la geriatría. Geroinfo. 2012;7 (3):1-14.
47. Rudilla D, Barreto P, Oliver A, Laura G. Síndrome de desmoralización como alternativa diagnóstica al estado de ánimo deprimido en pacientes paliativos. Psicooncología. 2015; 12(2-3):315-334.
48. Rudilla D, Oliver A, Laura G, Barreto P. Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con counselling. Psychosocial Intervention 2015;24: 79–82.
49. Sanz J, García MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II). Ann Psicol 2013;29(1):66-75.
50. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Clínica y Salud 2014;25:39-48.
51. Schrijver EJ, de Graaf K, de Vries OJ, Maier AB, Nanayakkara PW. Efficacy and safety of haloperidol for in-hospital delirium prevention and treatment: A systematic review of current evidence. Eur J Intern Med. 2015 Jan;27:14-23.
52. Schildmann K, Schildmann J, Kiesewetter I. Medication and Monitoring in Palliative Sedation Therapy: A Systematic Review and Quality Assessment of Published Guideline. Journal of pain and symptom Management 2015:49(4):734-746.
53. Silk H. Diseases of the mouth. Prim Care. 2014;41(1):75-90.
54. Tripodoro V, Rynkiewicz MC., Llanos V, Padova S, De Lellis S, De Simone G. Atención paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas. MEDICINA. 2016; 76: 139-147.
55. Ulloa P, Fredes F. Manejo actual de la xerostomía. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2016; 76: 243-248.
56. Vega J, et al. Validity of a version in Spanish of the Beck Depression Inventory in medical in-patients. Rev Neuropsiquiatr 2014;77 :(2).
57. Volkert D. Et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clinical Nutrition. 2015:1-22.
58. Yoon P, Chalasani V, Woo HH. Systematic review and metaanalysis on management of acute urinary retention. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2015; 18:297-302.
59. Watanabe, S. M., Nekolaichuk, C. L. and Beaumont, C. The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement. Psycho-Oncology. 2012; 21: 977–985.
60. Williams R. Manejo de la incontinencia urinaria en la mujer. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII 2015; (614): 205 – 209
61. Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for prevention and management of pressure ulcers (injuries). Mt. Laurel(NJ) : Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN) ; 2016: 164 p.

6. Agradecimientos

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Instituto Mexicano de Seguro Social

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

7. Comité Académico

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Gilbero Pérez Rodríguez	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
Dr. Antonio Barrera Cruz	Jefe del Área del Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa del Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa del Área de Innovación de Procesos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfina Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Brendha Rios Castillo	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Gabriela Liceaga Craviotto	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

8. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR
Secretaría de Salud Dr. José Narro Robles *Secretario de Salud*	**Instituto Mexicano del Seguro Social** Dr. José de Jesús Arriaga Dávila *Director de Prestaciones Médicas*
Instituto Mexicano del Seguro Social Mtro. Mikel Arriola Peñalosa *Directora General*	Dr. Héctor David Martínez Chapa *Unidad de Atención Médica*
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Lic. José Reyes Baeza Terrazas *Director General*	Dr. Gilberto Pérez Rodríguez *Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad*
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Lic. Laura Barrera Fortoul *Titular del Organismo SNDIF*	Dr. Arturo Viniegra Osorio *Coordinador Técnico de Excelencia Clínica*
Petróleos Mexicanos Dr. José Antonio González Anaya *Director General*	
Secretaría de Marina Armada de México Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz *Secretario de Marina*	
Secretaría de la Defensa Nacional Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda *Secretario de la Defensa Nacional*	
Consejo de Salubridad General Dr. Jesús Ancer Rodríguez *Secretario del Consejo de Salubridad General*	

9. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica

Dr. José Meljem Moctezuma ***Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud***	Presidente
Dr. Pablo Antonio Kuri Morales ***Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud***	Titular
Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos ***Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad***	Titular
Dr. Gabriel Jaime O´Shea Cuevas ***Comisionado Nacional de Protección Social en Salud***	Titular
Dr. Isidro Ávila Martínez ***Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud***	Titular
Dr. Jesús Ancer Rodríguez ***Secretario del Consejo de Salubridad General***	Titular
Gral. Bgda. D.E.M. M.C. José Luis Ojeda Delgado ***Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional***	Titular
Cap. Nav. SSN. M.C. Derm. Luis Alberto Bonilla Arcaute ***Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México***	Titular
Dr. José de Jesús Arriaga Dávila ***Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social***	Titular
Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses ***Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado***	Titular
Dr. Marco Antonio Navarrete Prida ***Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos***	Titular
Mtro. José Luis García Espinosa ***Director General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia***	Titular
Dr. Ricardo Camacho Sanciprián ***Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia***	Titular
Dr. Onofre Muñoz Hernández ***Comisionado Nacional de Arbitraje Médico***	Titular
Dr. Sebastián García Saisó ***Director General de Calidad y Educación en Salud***	Titular
Dr. Adolfo Martínez Valle ***Director General de Evaluación del Desempeño***	Titular
Dr. Héctor Hiram Hernández Bringas ***Director General de Información en Salud***	Titular
Dr. Francisco Ramos Gómez ***Director General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud***	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Alfredo Gobera Farro ***Secretario de Salud y Coordinador General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro***	Titular 2017-2018
MSP. Alejandra Aguirre Crespo ***Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Quintana Roo***	Titular 2017-2018
Dr. Rommel Franz Cerna Leeder ***Secretario de Salud del Estado de Tabasco***	Titular 2017-2018
Dr. Armando Mansilla Olivares ***Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México***	Titular
Dr. Jesús Tapia Jurado ***Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía***	Titular
Dr. Arturo Perea Martínez ***Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría***	Titular
Lic. José Ignacio Campillo García ***Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.***	Titular
Dr. Julio César Gómez Fernández. ***Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Francisco Hernández Torres ***Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Carlos Dueñas García ***Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Frausto ***Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud***	Asesor Permanente
Dr. Jesús Ojino Sosa García ***Director de Integración de Guías de Práctica Clínica***	Secretario Técnico