

ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE PÁNCREAS AVANZADO Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Trabajo Final de Grado - Enfermería

Alumno/a: Bajo Luna, Abril

Director/a: Sra. Azahara Segado Muñoz

2021-2022

 **Tecnocampus**
Escola Superior
de Ciències de la Salut

Centre adscrit a:

 **upf.** Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona

AGRADECIMIENTOS

Después de cuatro años formándome para poder ejercer una de las profesiones más bonitas que existen, cierro esta etapa llevándome a personas muy especiales y experiencias inolvidables. Por eso, doy las gracias a todos los profesionales y profesores por enseñarme a nivel teórico, pero sobre todo a crecer como persona y aportarme valores que son imprescindibles en nuestra profesión. Por otra parte, a la directora de mi trabajo final de grado Azahara, por ayudarme y respaldarme en todos los vaivenes y momentos de estrés que han podido surgir durante su desarrollo. También al equipo de cuidados paliativos del Hospital de Mataró por haberme enseñado a cuidar a los pacientes terminales y poderles dar lo mejor de mí a pesar de encontrarnos en una pandemia que nos ha enseñado a valorar a nuestros seres queridos y a aprender a mostrar nuestros sentimientos. Finalmente, doy las gracias a mi familia por haberme apoyado siempre ya que sin ellos nada esto no hubiera sido posible.

RESUMEN

Contexto: Dentro de los pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas, solo un 5% sobreviven más de cinco años y el 75% no supera el primer año debido al diagnóstico tardío y su mal pronóstico, dónde la mayor parte son derivados al equipo de cuidados paliativos para su abordaje terapéutico.

Objetivo: El objetivo principal de esta revisión bibliográfica ha sido describir los cuidados de enfermería en el control de signos y síntomas en pacientes paliativos con cáncer de páncreas avanzado y su abordaje terapéutico.

Métodos: Se ha realizado una revisión de la literatura entre los meses de enero y mayo de 2022, desarrollándose dos estrategias de búsqueda en las bases de datos de PubMed, CINAHL, la Biblioteca Cochrane y Google Académico.

Resultados: Se ha obtenido una muestra final (n) de 33 artículos centrados en los cuidados paliativos y los signos y síntomas más comunes en el cáncer de páncreas: el dolor, la ictericia, las náuseas, la ascitis, la caquexia y la depresión. Los cuidados paliativos tempranos mejoran la calidad de vida del enfermo y de su familia, reducen la tasa de ingresos en urgencias y la estancia hospitalaria. El abordaje terapéutico para el dolor y la caquexia ha predominado sobre los otros, dónde el papel farmacológico y sus efectos adversos han tenido relevancia.

Conclusiones: Los cuidados paliativos precoces han demostrado aportar una mejor calidad de vida y un abordaje menos invasivo. Enfermería desarrolla un papel primordial en la detección temprana en los signos y síntomas. El conocimiento de los efectos adversos de los tratamientos de elección es imprescindible una buena atención centrada en el paciente.

Palabras claves: cáncer de páncreas, enfermería, cuidados paliativos, dolor, ictericia, prurito, náuseas, ascitis, depresión, caquexia y abordaje terapéutico.

ABSTRACT

Background: Among patients diagnosed with pancreatic cancer, only 5% survive more than five years and 75% do not survive the first year due to late diagnosis and poor prognosis, where most are referred to the palliative care team for therapeutic approach.

Objective: The aim of this literature review was to describe nursing care in the control of signs and symptoms in palliative patients with advanced pancreatic cancer and the therapeutic approach.

Methods: A review of the literature was carried out between the months of January and May 2022, developing two search strategies in PubMed, CINAHL, the Cochrane Library and Google Scholar databases.

Results: A final sample (n) of 33 articles was focused on palliative care and the most common signs and symptoms in pancreatic cancer: pain, jaundice, nausea, ascites, cachexia, and depression. Early palliative care improves the quality of life of the patient and his family, reduces the rate of admissions to the emergency room and hospital stay. The therapeutic approach for pain and cachexia has predominated over others, where the pharmacological role and its adverse effects have been relevant.

Conclusions: Early palliative care has shown to provide a better quality of life and a less invasive approach. Nursing plays a primary role in early detection of signs and symptoms. Knowledge of the adverse effects of the treatments of choice is essential for proper patient care.

Keywords: pancreatic cancer, nursing, palliative care, pain, jaundice, pruritus, nausea, ascites, depression, cachexia and therapeutic approach.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN	7
2.OBJETIVOS	10
3.METODOLOGIA	10
4.RESULTADOS.....	13
4.1 CUIDADOS PALIATIVOS	14
4.2 CONTROL DE SYS:	15
4.2.1 EL DOLOR.....	16
4.2.2 LA ICTERICIA Y EL PRURITO.....	21
4.2.3 LA ASCITIS	22
4.2.4 LAS NÁUSEAS Y LOS VÓMITOS	23
4.2.5 LA DEPRESIÓN.....	24
4.2.6 LA CAQUEXIA	25
5.DISCUSIÓN.....	33
6.CONCLUSIONES.....	38
7.IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL	40
8. CRONOGRAMA	41
9. BIBLIOGRAFÍA	42
GLOSARIO.....	47
ANEXOS	48

1.1. TABLA PARA LA RECOGIDA DE DATOS DE LOS ARTÍCULOS SEGÚN LAS VARIABLES UTILIZADAS SEGÚN LA PRIMERA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:.....	48
1.2. TABLA PARA LA RECOGIDA DE DATOS DE LOS ARTÍCULOS SEGÚN LAS VARIABLES UTILIZADAS SEGÚN LA SEGUNDA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:.....	58

1.INTRODUCCIÓN

Nuestro cuerpo está formado por billones de células, cada una con una función y morfología diferente. Durante el transcurso de nuestra vida estas crecen, se reproducen y mueren. Cuando alguna de estas células presenta mutaciones o anomalías y no sufren la apoptosis, puede derivar a lo que denominamos tumor o cáncer. Estas células se reproducen de forma descontrolada y al cuerpo humano le resulta difícil contener esta reproducción. Es por eso, que la principal causa de muerte en el mundo es el cáncer ya que representa una de las mayores tasas de morbimortalidad. (1)

Existen diversos tipos de neoplasias, pero nos centraremos en la que afecta al páncreas, un órgano que se encuentra detrás del estómago e inferior al hígado. Dicha glándula, tiene las funciones de producir y secretar enzimas en los intestinos (duodeno) que ayudaran a nuestro cuerpo a poder digerir y absorber los alimentos que ingerimos, sobre todo las grasas. Por otra parte, producir y secretar insulina y glucagón también es otra de sus funciones, dado que estas hormonas nos ayudaran a controlar los niveles de azúcar en sangre. (2)(3)

Dirigiendo nuestra atención al cáncer de páncreas (CP), es necesario saber que es uno de los más letales y agresivos, representando así la cuarta causa de muerte en el mundo por cáncer. Tan solo un 5% de los diagnosticados sobreviven más de cinco años y el 75% no supera el primer año. Más de 1.000 personas son diagnosticadas en todo el mundo de CP cada día y aproximadamente 985 son mortales. Según la guía de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) del 2021 consta que un total de 8.697 personas serán diagnosticadas a lo largo del año de CP. (3)(4)(5)

Focalizándonos en España, la mortalidad que conlleva el CP se ha incrementado tanto en hombres como en mujeres debido al aumento de su incidencia, concretamente un 1% cada año desde 2000. Se estima que este año un total de 48.200 personas van a morir debido a este diagnóstico. (5) El CP corresponde a un 6,7% (7.568 de 113.054 personas diagnosticadas de cáncer) siendo así, una de las neoplasias responsables de la mayor mortalidad en nuestro país juntamente con el de pulmón, el colorrectal, mama y próstata. A causa del incremento de casos anual, se prevé que para el 2030 este cáncer supere los

casos de los cánceres anteriormente expuestos, que en la actualidad representan la mayor incidencia en el mundo. (6) (7)

La edad media en el momento del diagnóstico es de 71 años y en pocos casos se diagnostica en personas menores de 40. Es por eso, que el pico de incidencia se encuentra en las últimas décadas de la vida y el 80% de los pacientes tienen más de 60 años. Por otro lado, la proporción que afecta en cuanto al sexo comparando ambos sexos es de 7:1 (por cada 7 hombres, 1 mujer) pero este dato puede verse afectado hoy en día por la influencia que tienen los factores de riesgo que nos pueden afectar. (5) Dentro de los factores de riesgo que tienen un papel muy relevante para el diagnóstico de CP encontramos: fumar, el alcohol, la obesidad y los antecedentes personales o familiares de diabetes o pancreatitis crónica. (6)

Hoy en día, existen tratamientos exitosos contra el cáncer y muchas personas llegan a tener una vida plena después de haber sido diagnosticados y tratados. Sin embargo, el adenocarcinoma ductal de páncreas tiene uno de los peores pronósticos debido a la aparición de síntomas tardíos y la resistencia a las terapias actuales. La única esperanza de supervivencia de los pacientes diagnosticados es la resección quirúrgica en combinación con la quimioterapia (QMT) sistémica. Aunque se consideren los avances terapéuticos y tecnológicos que tenemos presente, cerca del 60% de las personas diagnosticadas serán excluidas de la cirugía por presentar metástasis o bien, por encontrarse en situaciones clínicas que contraindiquen dicho procedimiento quirúrgico que supondrá un gran riesgo para el paciente. El otro 30% se presenta con CP localmente avanzado (CPA) y, por lo tanto, la única medida será el tratamiento para controlar los síntomas y medidas paliativas. (7) (8)(9)

Anteriormente, se ha remarcado el peso que tiene su diagnóstico tardío y obtiene esta característica debido a que hasta que no empiezan a haber manifestaciones clínicas no se empieza a estudiar el caso y esto conlleva a que no se pueda detectar el cáncer, a no ser que el paciente se haya sometido previamente a alguna prueba diagnóstica por alguna otra causa. Las manifestaciones clínicas de dicho cáncer en todos los casos aparecen cuando el tumor se encuentra en estadio avanzado.

La mayoría se desarrollan en la cabeza del páncreas produciendo una compresión del colédoco (conducto por donde se secretan enzimas encargadas de la digestión en el

duodeno) derivando así a una colestasis obstructiva. Como consecuencia, nos podemos encontrar delante de síntomas complejos difíciles de tratar y debidos a causas multifactoriales. Los signos y síntomas (SyS) más frecuentes en pacientes afectados son: astenia (86%), pérdida de peso (85%), anorexia (83%), coluria (59%), dolor abdominal (79%), ictericia (56%), náuseas (51%), dolor de espalda irradiado en forma de cinturón hacia la espalda (49%), diarrea (44%) y esteatorrea o presencia de grasa en las heces (25%). Algunos autores describen qué pacientes con diagnóstico de CP debutan con la triada característica que conforma: ictericia, dolor abdominal y pérdida de peso. (5) (7)

A parte de los SyS físicos, nos debemos centrar en lo que conlleva ser diagnosticado de dicho tumor. Para el paciente supone un cambio radical en su vida cotidiana, factor que puede ser propulsor en desarrollar depresión o aislamiento social y que hay que abordar multidisciplinariamente (10).

Es por todo lo anterior citado, que la mayoría de estudios enfocados al control de SyS en pacientes con CPA se fijan en curas paliativas ya que son la única opción por considerar. Por lo tanto, las actividades y cuidados de enfermería irán enfocados a reducir la sobrecarga de síntomas. (11)(12)

Los pacientes que han ingresado en cuidados paliativos hospitalarios o domiciliarios reciben un control de SyS frecuente comparando a los pacientes que no están seguidos por el equipo, ya sea por el tratamiento o por las intervenciones a realizar. Gracias a su atención continua, las hospitalizaciones en la unidad de agudos o en urgencias por exacerbaciones sintomáticas pueden disminuir.(13)

Así pues, es importante reforzar los conocimientos en el abordaje paliativo de diversas enfermedades por tal de beneficiar al paciente y reforzar la importancia de estos cuidados, ya que suponen una ayuda para la persona. Por eso, se requiere una asistencia activa y una visión holística con atención multidisciplinaria dirigida al paciente con el objetivo de mejorar su calidad de vida, aunque nos encontremos en una situación de últimos días (SUD). (14) (15)

Por los motivos anteriores, como justificación del proyecto se realiza una RB centrada en el abordaje terapéutico (AT) de SyS de pacientes con CPA para obtener información

actualizada basada en métodos para paliar las manifestaciones clínicas expresadas por nuestros pacientes mejorando la calidad de vida en su última etapa.

2.OBJETIVOS

Objetivo general: Describir los resultados obtenidos en la literatura científica sobre los cuidados de enfermería en el control de SyS en pacientes paliativos con cáncer de páncreas avanzado (CPA).

Objetivos específicos:

- Conocer los SyS del CPA y su AT.
- Determinar las intervenciones de enfermería en el AT del CPA.
- Identificar la importancia de los cuidados paliativos en el CPA.

3.METODOLOGIA

Se ha realizado un estudio de RB descriptivo con el principal objetivo de conocer datos actuales disponibles sobre el control de SyS en pacientes terminales con CPA y su abordaje terapéutico. Se han usado artículos enfocados a los SyS que se pueden detectar en el CP, dando mención a su abordaje y, por otra parte, aquellos que aportan conocimientos sobre los cuidados de enfermería enfocados a esta afectación. Este estudio ha tenido lugar durante los meses comprendidos entre enero y mayo de 2022 en la Universidad Tecnocampus Mataró-Maresme.

Para obtener la muestra (n) como criterios de inclusión se han elegido artículos comprendidos entre 2016 hasta la actualidad, incluyendo artículos publicados en inglés, castellano o catalán tanto a nivel internacional como nacional.

Además, se han incluido aquellos artículos en los que los pacientes con CP son derivados a los cuidados paliativos, así como los estudios dirigidos al control de los signos y síntomas propios del CP, incluyendo estudios basados en un abordaje a nivel farmacológico o en terapias alternativas.

Como criterios de exclusión se han descartado estudios donde el adenocarcinoma de páncreas no es el tumor primario o aquellos basados en un tratamiento curativo por lo que no se aborda desde una perspectiva de situación de final de vida.

Por otro lado, se han descartado aquellos estudios donde la muestra ha sido inferior a 50 personas ($n < 50$).

No se han encontrado limitaciones éticas ya que la información obtenida ha sido a partir de estudios ya realizados y revisiones basadas en otros ensayos.

Las variables de la selección de la muestra han sido: el año, el país de publicación, el idioma del artículo y la base de datos donde se han publicado. Por otra parte, las variables del estudio han sido el abordaje de SyS, las características de los cuidados paliativos implementados y las intervenciones de enfermería hacia éstos.

La búsqueda de bibliografía se ha realizado a través de las bases de datos: PUBMED, Google Académico, CINAHL y la Biblioteca Cochrane.

En la primera búsqueda dirigida al control de SyS en cuidados paliativos de pacientes con CP (*Tabla 1*), se han seleccionado los descriptores MeSH (*Medical Subject Headings*): *pancreatic neoplasms, nursing care, palliative care y symptoms management*. Se han usado los operadores booleanos AND y OR para establecer una relación entre las palabras claves descritas anteriormente.

BASE DE DATOS	ESTRATÉGIA DE BÚSQUEDA
PUBMED	((("palliative care"[MeSH Terms] AND "symptoms management"[All Fields] AND ("pancreatic neoplasms"[MeSH Terms] AND (2016:2022[pdat])))
CINAHL	Palliative care AND pancreatic cancer AND symptoms management
GOOGLE ACADÉMICO	Palliative care and symptoms management in pancreatic cancer
BIBLIOTECA COCHRANE	Cuidados paliativos y control de signos y síntomas en el cáncer de páncreas

Tabla 1. Primera estrategia de búsqueda (elaboración propia)

En la segunda búsqueda dirigida al abordaje de SyS (Tabla 2) las palabras claves que se han empleado son aquellas relacionadas con la sintomatología: *jaundice* (ictericia) , *pain* (dolor) , *nausea* (náuseas) , *ascites* (ascitis), *cachexia* (caquexia) y *depression* (depresión).

	DOLOR	ASCITIS	ICTERÍCIA	NÁUSEAS Y VÓMITOS	DEPRESIÓN	CAQUEXIA
PUBMED	("nursing care"[MeSH Terms] AND "pancreatic neoplasms"[MeSH Terms] AND "pain"[MeSH Terms] AND (2016:2022[pdat])	((("nursing care"[MeSH Terms] AND ("pancreatic neoplasms"[MeSH Terms] AND "ascites"[MeSH Terms] AND (2016:2022[pdat])	("nursing care"[MeSH Terms] AND "palliatives"[All Fields]) AND ("jaundice"[MeSH Terms] AND (2016:2022[pdat])	("nursing care"[MeSH Terms] AND ("pancreatic neoplasms"[MeSH Terms] AND ("nausea"[MeSH Terms] AND (2016:2022[pdat])	((("nursing care"[MeSH Terms] AND ("pancreatic neoplasms"[MeSH Terms] AND "depression"[MeSH Terms] AND (2016:2022[pdat])	((("nursing care"[MeSH Terms] AND ("pancreatic neoplasms"[MeSH Terms] AND "cachexia"[MeSH Terms] AND (2016:2022[pdat])
CINAHL	Nursing care AND pancreatic cancer AND pain management	Nursing care AND pancreatic cancer AND ascites	Nursing care AND palliative jaundice	Nursing care AND pancreatic cancer AND nausea	Nursing care AND pancreatic cancer AND depression	Nursing care AND pancreatic cancer AND cachexia
GOOGLE ACADÉMICO	Nursing care in pancreatic cancer pain	Nursing care in pancreatic cancer ascites	Nursing care in palliative jaundice	Nursing care in pancreatic cancer nausea	Nursing care in pancreatic cancer depression	Nursing care in pancreatic cancer cachexia
BIBLIOTECA COCHRANE	Abordaje enfermero AND cáncer de páncreas AND dolor	Abordaje enfermero AND cáncer de páncreas AND ascitis	Abordaje enfermero AND cáncer de páncreas AND ictericia	Abordaje enfermero AND cáncer de páncreas AND náuseas	Abordaje enfermero AND cáncer de páncreas AND depresión	Abordaje enfermero AND cáncer de páncreas AND caquexia

Tabla 2. Estrategia de búsqueda según SyS (elaboración propia)

Finalmente, para la organización bibliográfica se ha hecho uso del gestor de referencias Mendeley.

4.RESULTADOS

El total de artículos encontrados fue de 942 en ambas estrategias de búsqueda teniendo en cuenta las distintas bases de datos hasta la obtención de la muestra final. (Fig.1)

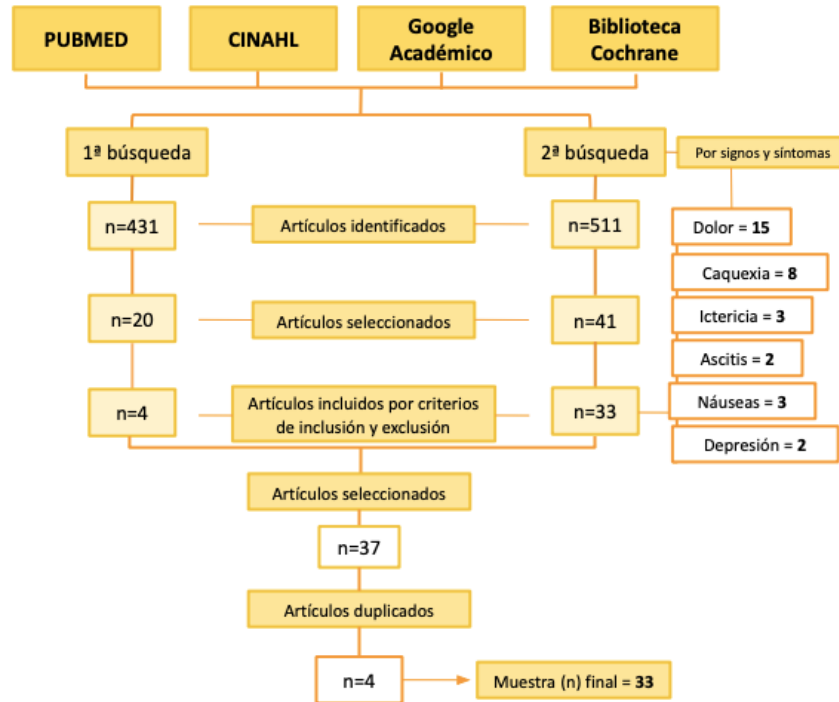


Fig. 1, diagrama de flujo de estudios incluidos y excluidos (elaboración propia)

La mayor parte de estudios seleccionados han sido publicados en 2017, 2018, 2020 y 2021 dónde se observan los porcentajes referentes a los años de publicación de los artículos. (Fig.2)

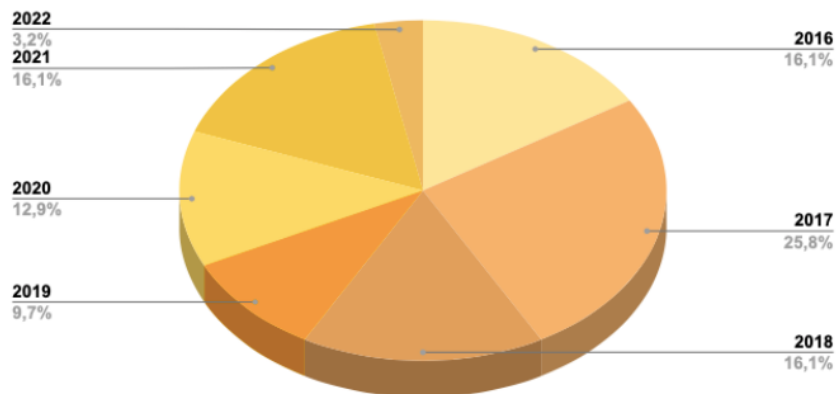


Fig.2, gráfico según los años de publicación de los artículos (elaboración propia)

Se muestran los países donde se han desarrollado los estudios. EE. UU prevalece entre todos, seguidamente de España y Alemania, teniendo en cuenta que se han obtenido estudios multicéntricos. (Fig.3)

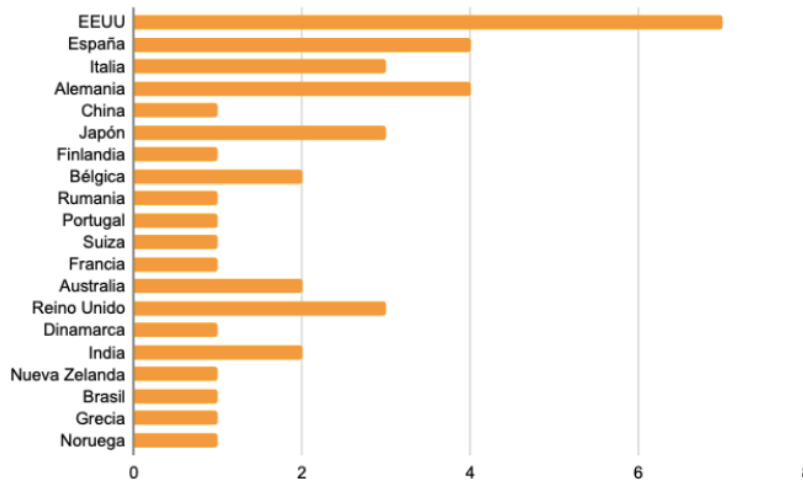


Fig. 3, gráfico según el país de publicación de los artículos (elaboración propia)

4.1 Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos se describen como la atención médica especializada para personas con enfermedades graves como el CP, centrándose en aliviar los SyS causados por la afección, intentando mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia.

Se han obtenido resultados referentes a los cuidados paliativos en pacientes con CPA y su beneficio. Sin embargo, han sido excluidos los artículos con muestras insuficientes, así como cuidados paliativos centrados en otras neoplasias.

Según la ASCO (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica), los pacientes con CPA deberían recibir cuidados paliativos desde la primera visita debido a la carga de síntomas que pueden experimentar.

Se han obtenido dos estudios que pueden reflejar los beneficios que suponen implementarlos en la práctica clínica. En primer lugar, un estudio retrospectivo observacional realizado en Taiwán basado en una n de 854 pacientes hospitalizados terminales con CP; 276 (32%) fueron tratados en unidades de cuidados paliativos y 578 (68%) en la unidad de agudos. El grupo de cuidados paliativos (grupo A) fue tratado por médicos de familia y oncólogos a diferencia del grupo de hospitalización de agudos (grupo B), tratado por médicos de medicina interna y gastroenterólogos. Se observaron

diferencias entre ambos: en primer lugar, la estancia hospitalaria fue significativamente menor para el grupo A, estableciéndose una diferencia de 10,6 días frente a 20,6 en el grupo B. En segundo lugar, los pacientes del grupo B se sometieron a más procedimientos invasivos (sondaje vesical, inserción de vías centrales, intubación endotraqueal, drenajes abdominales y reanimación cardiopulmonar) a diferencia del grupo A, dónde solo un paciente se sometió a un procedimiento invasivo como la hemodiálisis; en tercer lugar, la polifarmacia fue mayor en el grupo B. (16)

Siguiendo la misma línea, otro estudio retrospectivo observacional realizado en Finlandia con una muestra de 378 pacientes con CP donde el grupo A estaba formado por 76 pacientes atendidos por especialistas oncólogos y un equipo de cuidados paliativos compuesto por médico y enfermera a diferencia del grupo B que estaba compuesto por 302 pacientes que solo fueron seguidos por su oncólogo. Los resultados obtenidos reflejaron, un registro inferior de pruebas invasivas en el grupo A. (17)

Los estudios respaldan el abordaje de una atención multidisciplinar, incluyendo enfermeras especialistas, médicos de cuidados paliativos, trabajadores sociales, psicoterapeutas, fisioterapeutas, nutricionistas y psicólogos. (18–20)

4.2 Control de SyS:

Según los resultados referentes a la segunda búsqueda, los síntomas más estudiados son el dolor y la caquexia. (Fig. 4)

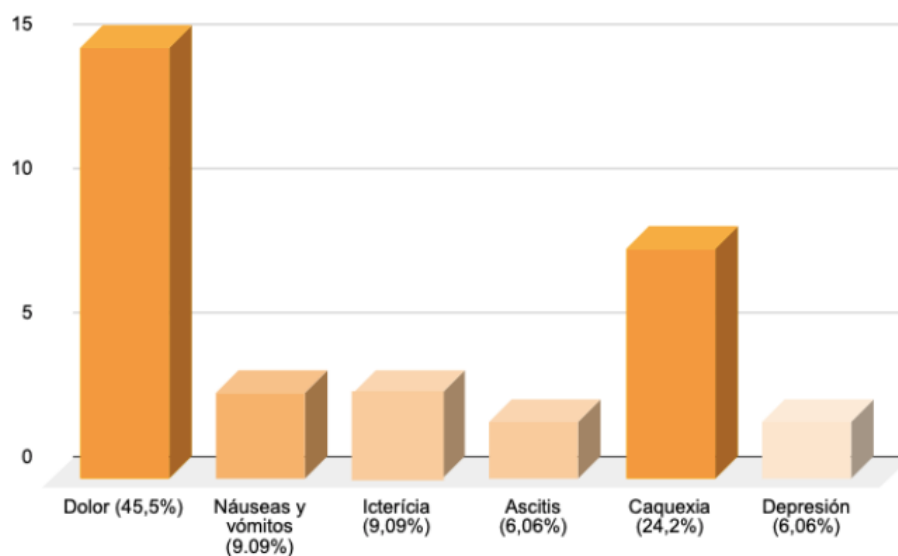


Fig.4., artículos seleccionados por SyS (elaboración propia)

4.2.1 El dolor

El dolor es uno de los síntomas más comunes, molestos y temidos que experimentan los pacientes con cáncer. (21) Se presenta en casi tres cuartas partes de los pacientes con CP y el 80% de pacientes con CPA y está asociado con una supervivencia general reducida y mala calidad de vida. (20) (22) El CPA puede causar un dolor intenso entre el 50% y hasta el 90% en estadios avanzados (19) y tiene una alta prevalencia en las primeras etapas de la enfermedad hasta el 44% de los pacientes. (23)

Alrededor del 75% de los pacientes, presentan dolor en el momento del diagnóstico, aunque la intensidad varía según la ubicación del tumor, la anatomía y presencia de lesiones metastásicas o invasión local. (23) Según datos de la *Pancreatic Cancer Action Network*, el 93% de los pacientes experimentan dolor en el momento del diagnóstico y el 83%, de ellos tienen niveles de intensidad de dolor de moderados a intensos. Alrededor del 90% informó haber hablado sobre el dolor con su médico de cabecera y la mayoría recibió recomendaciones o tratamientos para reducir la intensidad. A pesar de esto, el 50% de los encuestados reportaron visitas a urgencias por síntomas relacionados con dolor, y el 33% fue hospitalizado al menos una vez. (24)

Los resultados obtenidos están centrados en el AT del dolor oncológico y en la severidad descrita por el paciente y basados en la EVA (Escala Visual Analógica del Dolor), dónde la persona que percibe dolor puntúa de 0 a 10, donde 0 se refiere a que el paciente no tiene dolor y 10 es la intensidad máxima. Por otra parte, todos los resultados obtenidos están centrados en tratar el dolor según la Escala Analgésica de la OMS donde se define:

Dolor leve:

Se considera dolor leve la sensación desagradable que experimenta el paciente que se encuentra dentro de una puntuación del 0 al 3 según la EVA.

La primera opción para el tratamiento del dolor leve por cáncer en este contexto, son el **Paracetamol** y los **AINEs** (Antiinflamatorios no esteroideos).

Según la guía clínica de la Sociedad Española de la Oncología Médica, son fármacos eficaces en cualquier escalón de la escala analgésica de la OMS, independientemente de su intensidad y se aceptan como parte del tratamiento del dolor por cáncer en cualquier etapa de este, siempre que no esté contraindicado su uso. (25)

No hay evidencia para afirmar que algunos AINEs sean más efectivos o seguros que otros. A dosis terapéuticas, todos presentan en mayor o menor medida propiedades

antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas. Estos tienen un techo terapéutico y usados por encima de la dosis máxima recomendada no aumentan el efecto analgésico y, sin embargo, aumentan la toxicidad sobre todo si se combinan, aumentando el riesgo de los efectos adversos (EA) que incluyen efectos gastrointestinales (GI), renales, hematológicos y pulmonares. Por eso, se recomienda utilizar un número limitado de analgésicos, según la experiencia del profesional y teniendo en cuenta la tolerancia del paciente. (25)

Por todo lo anterior, se recomienda darle prioridad al **Paracetamol** en casos de dolor leve y así evitar la cascada de posibles EA de los AINEs.(25)

Dolor moderado

Dolor moderado se considera aquel que se encuentra dentro de valores de la EVA entre 3 y 6 sobre 10. El tratamiento se basa en el segundo escalón según la escala analgésica de la OMS, basado en analgésicos opiáceos débiles y analgésicos adyuvantes (descritos posteriormente) teniendo en cuenta que los opioides son un pilar fundamental en el manejo del dolor causado por el CPA. (19)

En este estadio del dolor se introducen los opioides débiles, dando énfasis al **Tramadol** y la **Codeína**. (22,24) Dos revisiones Cochrane encontraron solo evidencia débil para respaldar su uso (26) y algunos autores han sugerido pasar por alto el segundo puesto de la escala analgésica procediendo directamente al tercer escalón, donde el papel principal lo desarrollan los opioides más potentes (morfina). De hecho, la eficacia en el segundo escalón de la escala analgésica de la OMS dura alrededor de 1 mes para la mayoría de los pacientes dado que pasado ese tiempo la analgesia resulta ser insuficiente. (25)

Según el estudio realizado en 2016 donde se sometieron un total de 240 pacientes subdivididos en dos grupos (118 tratados con dosis bajas de morfina y 122 con opioides débiles como **Codeína** y **Tramadol**) concluyeron que, en aquellos pacientes con cáncer y dolor moderado, la morfina en dosis bajas reducía más la intensidad del dolor que los opioides débiles, con buena tolerancia y un efecto más rápido. (27,28)

El **Tramadol** puede tener EA significativos incluyendo mareos, náuseas, vómitos, estreñimiento, somnolencia o disminución de la capacidad de respuesta motora. Por otra parte, los pacientes con enfermedades como el CP pueden desarrollar insuficiencia renal y hepática con el tiempo y algunos opioides como el **Tramadol**, ve aumentada su vida útil. Es cierto que existe un uso generalizado de **Tramadol** en cuidados paliativos, aunque los datos sobre su uso son limitados y los EA pueden ser graves. (25,29)

La evidencia disponible indica que la **Codeína** es más eficaz contra el dolor del cáncer en adultos a diferencia de los placebos, pero con mayor riesgo de náuseas, vómitos y estreñimiento teniendo en cuenta que no tiene un efecto analgésico hasta que se metaboliza a morfina. Por eso, dependiendo del metabolismo del paciente puede producir una toxicidad si este es lento, o bien no resultar efectivo si este es rápido. (29)

Dolor severo

Se interpreta un dolor severo cuando interfiere en el descanso del paciente y en su calidad de vida. Se obtendrá una puntuación de 6 a 10 según la EVA por lo que el tratamiento de elección se basa en el tercer escalón de la escala analgésica de la OMS, introduciendo opioides fuertes juntamente con los analgésicos adyuvantes.

Los opioides fuertes son la piedra angular de la analgesia en este contexto. La **morfina, la metadona, la oxycodona, la hidromorfona, el fentanilo y la buprenorfina** son las más utilizadas en Europa, aunque la edad, la genética, las comorbilidades, la función renal o hepática y los fármacos concomitantes se deben tener en cuenta dado que puede afectar a su metabolismo. (25)

El primer fármaco de opción es la **Morfina**, según el último informe de la Sociedad Europea de Oncología Médica junto con la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (ESMO-EAPC). La última revisión sistemática Cochrane publicada en 2016 analizó 62 estudios con 4241 participantes y apoyó el uso de morfina oral como analgésico efectivo para el dolor oncológico, con una baja tasa (6%) de EA. (26)

La **Morfina** es el tratamiento de referencia debido a su versatilidad en cuanto a vías de administración (oral, rectal, subcutánea, intravenosa e intramuscular), el precio y las escasas interacciones medicamentosas. A pesar de la abundancia de diversas vías de administración, se prioriza la vía oral. (25)

En el caso de que la **Morfina** no sea suficiente para aliviar el dolor se pasará como segunda opción a la **Metadona**. (19) Puede ser ventajosa en muchos pacientes y puede usarse en pequeñas dosis como complemento del tratamiento con opioides existentes siempre y cuando las condiciones del paciente y las posibles interacciones medicamentosas se tengan en cuenta (25). Se han encontrado datos en una revisión basada en 3 estudios y 105 pacientes que afirma que puede tener un papel importante en pacientes con dolor

neuropático relacionado con el cáncer que no responden a la **Morfina** u otros opioides. (30) De hecho, varios estudios refuerzan la **Metadona** en las curas paliativas debido a su poca neurotoxicidad. (24,27)

En tercer lugar, encontramos opioides transdérmicos: el **Fentanilo o Buprenorfina**. Son alternativas válidas iniciándose a dosis bajas en parches transdérmicos con una analgesia eficaz y efecto sedante (24,25,29). Están recomendados cuando la **Morfina** está contraindicada, como en la insuficiencia renal ya que estos tanto por vía transdérmica como endovenosa se metabolizan a nivel hepático. (29)

Analgésicos coadyuvantes

El dolor causado por las metástasis óseas, la compresión o daño del plexo celiaco y la distensión visceral es donde los **analgésicos coadyuvantes** pueden reforzar el efecto de los opioides. Entre el 53-75% de pacientes con dolor provocado por el CPA, requieren un soporte alternativo a parte de la administración de opioides en los estadios anteriores a la muerte. (23)

Dentro de estos analgésicos, se pueden encontrar en primer lugar, los AINEs o bien otros analgésicos como el **Paracetamol** alternando cada 6 horas con opioides para mejorar el manejo del dolor y aumentar la sensación de bienestar, aunque pueden enmascarar la fiebre como principal signo de infección. (25,29)

En segundo lugar, encontramos antiepilépticos como la **Venlafaxina**, la **Duloxetina**, la **Gabapentina** y la **Pregabalina**, utilizados para disminuir el dolor neuropático, provocado por la lesión o compresión del plexo celíaco con elevada incidencia en el CPA. (20,22)

Por último, encontramos el **Dronabinol** y la **Nabilona** (cannabinoides), son usados principalmente como terapia de apoyo para reducir el dolor, mejorar el sueño y el estado nutricional de los pacientes con CPA, administrándose por vía oral o tópica. (24) Estos reducen los síntomas del dolor actuando sobre los nervios supraespinales, espinales y periféricos, pero pueden limitar algunas funciones en los pacientes por su efecto sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). (25)

Abordaje no farmacológico para el dolor

Las directrices de la Comisión Conjunta del Colegio Estadounidense de Médicos (ACP), la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN) y la ASCO recomiendan una combinación de modalidades farmacológicas y no farmacológicas en el tratamiento del cáncer. (21)

Aunque hay una amplia evidencia sobre técnicas invasivas como el bloqueo del plexo celíaco (BPC), tratándose éste de un procedimiento en el que las fibras nociceptivas aferentes del plexo celíaco se bloquean inyectando etanol como medio para aliviar el dolor neuropático. Según las pautas de la NCCN (2016), este puede proporcionar una mejora en la reducción del dolor en comparación con los analgésicos sistémicos. (31). El BPC resulta ser eficaz en el 74% de los pacientes, sin embargo, este método tiene algunos efectos secundarios indeseables como lo es la inducción de dolor de espalda, hipertensión ortostática o lesión medular por isquemia espinal.(23)

Teniendo en cuenta que el 40% de los adultos americanos con cáncer según *The National Center for Complementary and Integrative Health* usan terapias alternativas como el masaje, musicoterapia, escritura reflexiva, reiki, yoga, danza, ejercicio o hipnosis para aliviar el dolor provocado por el cáncer, la fatiga y el insomnio; los resultados se han enfocado en terapias que enfermería puede desarrollar con una base teórica y práctica, que no supongan un gran esfuerzo para el paciente con CPA. (24)

Una de las principales terapias más usadas para reducir el dolor nociceptivo y neuropático es la **acupuntura**. (25) Hay evidencia soportando su efecto analgésico en el dolor esquelético y muscular. Los mecanismos de acción de la acupuntura se basan en incrementar la producción de los neurotransmisores analgésicos endógenos, como las endorfinas que colaboran en la moderación de la percepción del dolor. (21) Una revisión sistemática de 17 estudios (n=2.027) muestra que la acupuntura reduce la intensidad del dolor leve en la zona lumbar siendo esta superior o equivalente al efecto de las medicaciones orales administradas siguiendo la escala analgésica de la OMS. (32)

A pesar de la escasa evidencia y de la falta práctica sobre terapias alternativas, otra de las principales barreras para el uso de éstas es que no se encuentran dentro de los servicios que se ofrecen en el hospital y, por lo tanto, requieren un aporte económico individualizado. (21) Sin embargo, dada la ausencia total de efectos secundarios adversos, pueden considerarse terapias adyuvantes sin potencial significativo para causar daño, teniendo en cuenta que tratamos con pacientes con enfermedades avanzadas y no deben suponer un gran esfuerzo para ellos. (23)

4.2.2 La ictericia y el prurito

La ictericia es el primer síntoma que presenta el CPA, aproximadamente entre el 51% al 72% de los pacientes, hasta el 80% de los pacientes afectados por CPA la presentaran. Se manifiesta cuando hay una obstrucción de los conductos biliares causada por la masa tumoral pancreática, siendo éstos los responsables de drenar productos de desecho del hígado al duodeno y ayudar a la digestión mediante la liberación de la bilis de forma controlada arrastrando los desechos y las grasas durante la digestión. (22)

En pacientes en los que el tumor se ha originado en el cuerpo o en la cola del páncreas, la ictericia surge más tarde y puede ser secundaria a las metástasis hepáticas, disminuyendo su incidencia hasta un 7%. (33)

Este signo puede derivar a síntomas como el prurito y signos como la coluria o las heces de color amarillento causados por la hiperbilirrubinemia y por la acumulación de químicos biliares a causa de la obstrucción biliar por lo que no se secreta la bilis acumulándose en la vesícula biliar. La ictericia puede derivar al paciente a un estado nutricional inestable ocasionando desnutrición e incluso la caquexia por que al no ser secretada la bilis en el tracto gastrointestinal se produce una mala absorción de las grasas.

El prurito o picor se puede tratar en casos leves usando cremas refrescantes y emolientes, pero si su intensidad es mayor, el abordaje debe ser farmacológico. Los antihistamínicos como la **Colestiramina**, antibióticos como la **Rifampicina**, antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como lo es la **Sertralina** y finalmente los antiepilépticos como la **Gabapentina** y la **Pregabalina** son utilizados para tratar el prurito. La **Colestiramina** interrumpe la circulación enterohepática de los ácidos biliares y ha sido utilizada durante muchos años para aliviar el prurito que ocasiona la obstrucción biliar. Por otra parte, la **Rifampicina** es un antibiótico que provoca la inducción de enzimas hepáticas desintoxicantes e inhibe competitivamente la recaptación de ácidos biliares, hay algunas hipótesis que exponen que este fármaco podría influir en el prurito al cambiar el crecimiento bacteriano en los intestinos y así influir en la reabsorción de los agentes que causen el prurito. (22,33)

La **Sertralina** desempeña un papel cada vez más importante en el tratamiento del prurito debido a que los expertos creen que elevan el nivel extracelular del neurotransmisor serotonina al inhibir su recaptación en la célula presináptica y aumentar el nivel de

serotonina en la hendidura sináptica que está disponible para unirse al receptor postsináptico. Es decir, aumentan la concentración de serotonina en el espacio post sináptico y se acumula provocando que la serotonina se una al receptor postsináptico y así, producir un estímulo que provoque la disminución de la intensidad del prurito. (22,33)

Por otra parte, la **Gabapentina** y la **Pregabalina** se desarrollaron originalmente como antiepilépticos y pueden dificultar la transmisión de sensaciones nociceptivas al cerebro, por lo que suprimen la sensación de picor en el paciente.

Se ha encontrado evidencia sobre antagonistas de los opioides como la **Naltrexona**, una alternativa terapéutica para los enfermos que sufrían obstrucción de las vías biliares y prurito. Sin embargo, estos fármacos a veces son inapropiados en población paliativa que sufre dolor al anular el efecto analgésico de los opioides. (22,33)

A pesar del abordaje farmacológico, cabe destacar que la primera opción de tratamiento para la ictericia es la colocación de un *stent* para poder mantener dilatado el conducto biliar obstruido y así paliar los SyS.(22,34,35)

4.2.3 La ascitis

La ascitis o acumulación de líquido peritoneal afecta al 20% de los pacientes con CPA. Puede causar malestar abdominal, hinchazón, distensión abdominal, saciedad temprana y náuseas.

Su origen puede ser causado por las metástasis hepáticas del CP primario, causando hipertensión portal al reemplazar una cantidad considerable del tejido hepático funcional por las células cancerígenas. Por otra parte, el CP también puede causar ascitis por la producción directa de líquido de las células tumorales cuando siembran la cavidad peritoneal, asociándose la aparición de ascitis con un mal pronóstico siendo un marcador de enfermedad avanzada. El tiempo de supervivencia general desde el diagnóstico del cáncer es de 11 meses y desde el inicio de la ascitis hasta la muerte puede ser de 3 meses. (20)

En su AT, el uso de diuréticos o la paracentesis evacuadora ya sea mediante un tratamiento seriado o bien, usando un drenaje permanente han demostrado ser los tratamientos más eficaces para poder paliarla. (20)

Aquellos pacientes con hipertensión portal evidenciada son apropiados para el tratamiento con diuréticos, que involucran dosis crecientes según sea necesario, manteniendo una proporción de 100mg diarios de **Espironolactona** o 40mg diarios de **Furosemida**. Estos han mostrado una mejora en las puntuaciones de alivio del paciente y pueden reducir el tiempo para la paracentesis evacuadora. (22)

Cuando la ascitis no se controla con los diuréticos, es recomendable realizar la paracentesis evacuadora para proporcionar al paciente una mejora de su sintomatología. A parte de la paracentesis, también se pueden colocar catéteres permanentes o derivaciones peritoneovenosas para permitir el paso del líquido ascítico desde la cavidad peritoneal, mediante una válvula hacia el torrente venoso reduciendo el tiempo de acumulación de líquido peritoneal, esto permite a enfermeras, miembros de la familia o al propio paciente drenar el líquido ascítico en el hogar. Se pueden asociar con complicaciones como la infección, insuficiencia cardíaca, obstrucciones de la válvula y edema pulmonar. (20,22)

4.2.4 Las náuseas y los vómitos

Las náuseas están definidas como la sensación subjetiva y desagradable de querer vomitar o llegar a hacerlo. Se pueden presentar en el 45% de los pacientes con CPA donde el tumor está localizado en la cabeza del páncreas y en un 43% en aquellos donde se encuentra en el cuerpo o la cola. (22)

En los pacientes con CP, la causa más común son las anormalidades químicas (fallo renal, hepático, hiponatremia o hipercalcemia), drogas (opioides, antidepresivos o antibióticos), infecciones o alteraciones en el vaciado gástrico.

Para el abordaje de las náuseas en pacientes con CPA, el uso de antieméticos prescritos regularmente y administrados por vía parenteral es el más recomendado.

Una vez se determina la etiología, se escoge el antiemético de elección. Estos suelen ser la **Metoclopramida** o el **Haloperidol**.

Existe evidencia escasa sobre el uso de corticoesteroides para las náuseas y los vómitos que no son secundarios a agentes antineoplásicos o terapias de radiación. Una revisión comparó la **Dexametasona** (corticoesteroide) con un placebo. La terapia con **Dexametasona** resultó efectiva para disminuir las náuseas en comparación con el

placebo, aunque esta revisión también encontró evidencia de muy baja calidad que no apoyó ni refutó el uso de corticosteroides en este contexto. (36)

La causa principal de la escasa evidencia es la poca existencia de estudios que evalúen abordajes terapéuticos en las náuseas que no están relacionadas con la QMT, RDT (radioterapia) o la cirugía en pacientes con cáncer.

Otro aspecto son las medidas no farmacológicas como un asesoramiento dietético, servicios psicológicos o terapias alternativas que pueden ofrecer algún beneficio cuando se usa junto con los tratamientos farmacológicos estándar, aunque nuevamente, la evidencia de su eficacia para las náuseas y los vómitos no relacionadas con el tratamiento antineoplásico es limitada. (36)

4.2.5 La depresión

Los pacientes con CP son más propensos a sufrir depresión a diferencia de otros cánceres GI, siendo de entre un 50% hasta un 78% su incidencia, añadiendo una tasa de suicidios más elevada en esta población a diferencia de otros cánceres, destacando al género masculino. (37)

La intervención de una evaluación precoz referente a la carga de síntomas, el estado psicológico, los antecedentes familiares y el apoyo social se nombra en varios estudios como punto clave en el desarrollo de la enfermedad y el posible tratamiento de la depresión. Por eso, se recomienda la remisión a un profesional de la salud mental que pueda proporcionar una evaluación más adecuada al paciente e iniciar el tratamiento adecuado para aliviar la depresión o la ansiedad causada por la enfermedad. (37)

Destaca la intervención de la atención paliativa temprana guiada por un médico oncólogo, un psicólogo o psiquiatra y enfermera, ya que esta aporta a los pacientes estudiados una mejoría en el patrón del sueño y de su conducta. (38)

Los estudios muestran que los pacientes oncológicos con depresión que toman antidepresivos tienen estancias más cortas en el hospital y sugieren que los ansiolíticos y los antidepresivos mejoran los síntomas y la calidad de vida. (20) Sin embargo, se informa de la falta de continuidad en el tratamiento por la actuación de los pacientes ya que estos suelen ser menos propensos a cumplirlo. (39)

Existen múltiples variedades de antidepresivos, pero en general, para los pacientes diagnosticados de cáncer, se emplean los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina) que funcionan aumentando los niveles intersinápticos de Serotonina. Los más habituales son aquellos como la **Fluoxetina**, la **Paroxetina**, el **Escitalopram** y la **Sertralina**. Estos son los más adecuados para la población afectada ya que generalmente se toleran bien y provocan menos EA, aunque estos pueden aparecer (náuseas, hipotensión, dolor de cabeza o disfunción sexual). Sin embargo, también se menciona el aumento de apetito que pueden provocar siendo este un gran beneficio para los pacientes. (20)

Finalmente, a parte de las intervenciones farmacológicas, muchos pacientes buscan intervenciones psicológicas para controlar sus síntomas como las prácticas basadas en la espiritualidad como la meditación, el yoga, la acupuntura y los grupos de apoyo. La medicina alternativa y complementaria se usa hasta en el 80% de los pacientes en EE.UU diagnosticados de cáncer y se ha visto asociada con la reducción de los episodios de ansiedad y la depresión.(20,39)

4.2.6 [La caquexia](#)

La pérdida de peso o la desnutrición ocurren en el 80% de los pacientes diagnosticados de CP siendo esta un indicador de mal pronóstico. (22) Aproximadamente, el 80% de los pacientes tienen una pérdida de peso superior al 5% en los tres meses posteriores al diagnóstico derivando a un estado de caquexia, caracterizado por la desnutrición, fatiga, atrofia muscular y debilidad. (20) Por lo tanto, se define caquexia como la pérdida involuntaria de peso combinada con una desregularización energética y pérdida de proteínas.

La caquexia asociada al cáncer es uno de los tipos más complicados y graves, puede tener componentes distintivos impulsados por el tumor que conducen a un deterioro funcional progresivo, como complicaciones relacionadas con el tratamiento, una calidad de vida deficiente y la mortalidad relacionada con el cáncer, el estadiaje en el que se encuentra, así como la edad avanzada, los factores de riesgo genético y otras comorbilidades.

En un estudio basado en 236 pacientes derivados a un centro específico en el abordaje nutricional en la caquexia (*Barwon Health Cachexia and Nutrition Support Service-CNSS* que analizó la pérdida de peso en pacientes con una enfermedad maligna y la

preocupación por la pérdida de peso; se detectaron en un 13% de pacientes con CP donde las mujeres eran menos susceptibles a la caquexia. (40)

Se puede diferenciar la caquexia primaria y secundaria según la causa. En primer lugar, la caquexia primaria es inducida por la interacción tumor – huésped donde intervienen factores como las citocinas (células producidas por las células inmunitarias cuando se defienden contra el cáncer, los traumatismos o las sepsis) entre las más comunes: el factor de necrosis tumoral (TNF- α), la interleucina-1 (IL-1), la interleucina – 6 (IL-6), la interleucina -10 (IL-10) y el interferón α , β , γ . Los efectos de las citocinas están relacionados con una escasez de aminoácidos musculares, con una disminución del apetito hipotalámico similar al que se encuentra en la anorexia e incluso, también pueden inducir la resistencia a la insulina, que puede dar como resultado un metabolismo anormal de la glucosa y las grasas. Así mismo, los autores que estudian la caquexia en el cáncer, centran sus estudios en la reacción sistémica inflamatoria que desencadena el tumor. (41)

En segundo lugar, la caquexia secundaria es causada por múltiples factores incluidos los síntomas del tumor, la terapia contra el cáncer (QMT, RDT, intervenciones o tratamientos) o bien, la disminución de las actividades físicas inducidas por la distrofia muscular o enfermedades crónicas. (41)

En el CP, la pérdida de peso puede ser de etiología multifactorial y puede deberse a: efectos secundarios del tratamiento, las náuseas y los vómitos, la diabetes, la insuficiencia pancreática exocrina (IPE) o el síndrome de anorexia-caquexia del cáncer (CACS), siendo estos dos últimos exclusivos en el CP. (42)

Se observa que los pacientes con CP tienen un mayor gasto de energía en reposo (REE) por masa libre de grasa, aumentando así los requerimientos de energía y provocando un estado de hipermetabolismo. El aumento de REE puede ser consecuencia de metástasis hepáticas que contribuyen a la rápida pérdida de peso observada en pacientes con CPA. (20)

Otro impulsor de la pérdida de peso es la malabsorción de grasa secundaria a la PEI, presenten entre en el 68% i 92% de los pacientes con CP. Esta ocurre cuando la proporción de lipasas pancreáticas es insuficiente para descomponer la grasa de la dieta en moléculas

más pequeñas para ser absorbidas posteriormente en el intestino grueso causando diarrea, gases, hinchazón o esteatorrea. (20)

Por otra parte, también se referencia la diabetes como una complicación del CP debido a la resistencia que se crea contra la insulina, sobre todo cuando el tumor se encuentra en el cuerpo o la cola del páncreas acentuando la CACS y la PEI. Sin embargo, cabe mencionar también la escasa información dirigida a la intervención en una complicación como la diabetes en estos pacientes dentro de los resultados obtenidos dirigidos al manejo de la caquexia. De hecho, en un estudio realizado en Australia sobre el abordaje del CP y los tratamientos innovadores, remarca que no hay suficiente evidencia relacionada con el conocimiento de los profesionales sobre esta afección y su enfoque estratégico exclusivo para los pacientes con CP. (42)

El enfoque multimodal

Generalmente el AT en la caquexia está basado en un enfoque multimodal (EM) donde el objetivo principal es detener la pérdida de peso y mejorar la calidad de vida del paciente. Incluye las intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas, el abordaje nutricional, el ejercicio y un buen control de los SyS.

La ESPEN (Guía de *la European Society fo Clinical Nutrition and Metabolism*) recomienda enfáticamente una terapia multimodal y un enfoque del manejo multidisciplinar, promoviendo una atención holística y de alta calidad por parte de enfermería. (41)

Modelos interdisciplinarios como el implementado en el CNSS de la clínica Barwon ofrecen evaluaciones integrales y un programa de tratamiento multimodal personalizado para aquellas poblaciones de alta prevalencia y alto impacto causado por la caquexia. (40)

La *Cancer Appetite and Rehabilitation (CARE)*, es otra de las clínicas en EE. UU enfocada en el manejo multimodal multidisciplinario, incluye en su equipo un facultativo, enfermeras, nutricionistas, fisioterapeutas y un orientador; dirigida a disminuir los efectos de la caquexia y mejorar la calidad de vida. Ambas hacen especial mención al papel de enfermería debido a su capacidad en detectar la desnutrición y las expresiones de los síntomas relacionados con la caquexia.(41)

Otro ejemplo de atención multimodal se encuentra en Canadá en la clínica *McGill Cancer Nutrition Rehabilitation Program and Jewish General Hospital (CNR-JSW)*, compuesta por un equipo de un facultativo, una enfermera, un fisioterapeuta y una dietista donde los pacientes son evaluados por cada profesional cada 6 semanas para posteriormente formular un plan de intervención multidisciplinar. (41)

Abordaje farmacológico

El abordaje farmacológico en la caquexia está relacionado con el control de los síntomas más que con la intención curativa. (40) (41)

Dentro de la intervención farmacológica del estudio del CNSS, los procinéticos (**Metoclopramida** y **Domperidona**) fueron los fármacos prescritos con mayor frecuencia (55%), para tratar la saciedad temprana, las náuseas y otros síntomas GI. Existe poca evidencia sobre la mejora del estado nutricional con la prescripción de procinéticos, aunque el control de los síntomas anteriormente comentados, pueden mejorar la tolerancia a la alimentación y la calidad de vida. (40)

El **acetato de Megesterol** a pesar de ser un estimulador del apetito efectivo frente a otros trastornos como aquellos relacionados con la conducta alimentaria, en el CPA no se recomienda según estudios que indican un riesgo de trombosis y un cierto desgaste musculoesquelético. (19,20,43,44)

También se mencionan los esteroides como la **Dexametasona**, dado que reducen la actividad de las prostaglandinas suprimiendo las citocinas proinflamatorias como la IL-1 y el TNF - α , recomendados en pacientes en un estadio de final de vida y recetados en periodos cortos de 2 a 4 semanas para estimular el apetito y mejorar la calidad de vida en pacientes que experimentan una rápida disminución de su condición física y psicológica. Sin embargo, los EA que pueden producir son considerables como el desequilibrio del metabolismo de la glucosa causando hiperglicemias y el incremento de riesgo de infecciones (19,22,40,43)

La **Grelina** (hormona gástrica) también ha tenido cierta relevancia ya que transmite señales de hambre al SNC provocando así un aumento del apetito, aunque se ha informado de EA como la hiperglucemia, náuseas y mareos. (43)

Los **cannabinoides** también provocan un aumento de apetito que generan, aunque siguen siendo insuficientes los datos disponibles sobre el uso y la eficacia y no se pueden respaldar para un uso sistemático en la práctica clínica. (22,43,44)

No obstante, en un esfuerzo por mitigar la inflamación que contribuye a la caquexia, se han estudiado varios agentes antiinflamatorios incluidos los AINE, referenciados en varios artículos, debido a que estos pueden inhibir la respuesta inflamatoria de las citoquinas, aunque no son recomendables debido a los EA que pueden presentar. (20,43)

Intervención nutricional:

La evaluación nutricional permite establecer el tipo y el grado de desnutrición para poder implementar la intervención más adecuada. Esta valoración, debe ser recomendada por un profesional experto en nutrición oncológica.

Según la ESPEN y la *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN) recomiendan el cribado nutricional de todos los pacientes después del diagnóstico y en caso de ser necesario, la valoración e intervención nutricional sometiéndose a exámenes nutricionales periódicos. (43)

La evaluación y detección se basa en tres elementos: el IMC (Índice de Masa Corporal) $<18\text{kg}/\text{m}^2$, la pérdida de peso $>5\%$ en los últimos 3 meses y/o la pérdida de $>10\%$ de peso en los últimos 6 meses. Por eso, aquellos pacientes que los cumplan deberían ser derivados a la unidad de nutrición para una valoración nutricional completa. (19)

La primera línea nutricional que se contempla es el consejo de un nutricionista experto que recomienda una dieta hipercalórica y un aumento en la ingesta de proteínas, (43) reforzada con los SNO (Suplementos Nutricionales Orales) en aquellos pacientes que no ingieren el 50-75% de sus requerimientos nutricionales según la ESPEN, siendo recomendado un volumen bajo de 200 ml con alto contenido proteico y calórico en dosis repartidas lo largo del día. (19)

Como segunda línea nutricional, se considera la **nutrición enteral** (suministro de nutrientes a través de sondas enterales) o **nutrición parenteral** (directamente en la circulación sanguínea a través de una vía periférica o central), cuando la nutrición enteral no es tolerada o hay una obstrucción GI para asegurar los niveles de nutrición en sangre, siempre y cuando el paciente lo acepte. (43)

El ejercicio:

Los pacientes oncológicos son propensos a la inactividad física debido a razones psicológicas como la depresión o limitaciones físicas como la fatiga, aunque, los expertos recomiendan la prescripción de sesiones de fisioterapia, incluyendo actividades de la vida diaria, resistencia o ejercicio aeróbico para mantener y aumentar la masa muscular y la funcionalidad. (43)

El ejercicio puede ser seguro para los pacientes con CP y puede ayudar a controlar la pérdida de peso, mejorar la sensibilidad a la insulina, mejorar el apetito y el bienestar (43).

Las recomendaciones actuales incluyen 150 minutos de ejercicio moderado a la semana y ejercicios de resistencia al menos dos veces por semana. La opinión de los expertos desaconseja a los pacientes la inactividad y recomienda adaptar el ejercicio con un fisioterapeuta, siempre y cuando se valore el estado del paciente y la disposición de este. (20,43)

Herramientas para la detección de la caquexia

Se considera esencial el papel que desarrolla enfermería para poder hacer una evaluación integral mediante las anamnesis al paciente.

Basando la intervención en el diagnóstico precoz, las herramientas disponibles para esta son: la PG-SGA (*Patient Generated Subjective Global Assessment*) con la que se valora al paciente holísticamente centrándose en el cambio de peso, la comida ingerida, los síntomas que percibe y la capacidad funcional; la MNA (*Mini Nutrition Assessment*) que ayuda a detectar el riesgo de desnutrición y la MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*) para detectar a pacientes malnutridos. (41)

Al margen de estas herramientas, también se remarca la importancia de los tres criterios para detectar la caquexia anteriormente descritos. (19,40)

Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas (PERT)

Como anteriormente se ha mencionado, la IPE es uno de los principales factores que contribuyen a la desnutrición relacionada con el CP ocurriendo principalmente en el CPA. Esta puede ser causada por múltiples razones como la obstrucción del conducto pancreático cuando la neoplasia se desarrolla en la cabeza del páncreas, la resección quirúrgica del páncreas o la afectación de la anatomía intestinal causada por la tumoración. Teniendo en cuenta que un páncreas saludable produce de 500 a 1000 ml de enzimas digestivas por día, cuando la producción de estas cae debajo del 10% de lo normal con lleva a la IPE que a su vez deriva en un síndrome de malabsorción. (22,43,45)

Se ha demostrado que la PERT induce al aumento de peso y limita la pérdida de este, reduce la diarrea y la esteatorrea, mejora el dolor pancreático y la hinchazón o los gases. Algunos datos avalan el efecto positivo de la PERT sobre la supervivencia en pacientes con tumor no resecable, donde los pacientes reportaron un incremento de peso en tres meses asociándose con una supervivencia más prolongada independientemente de la QMT paliativa. (46)

Un estudio basado en 258 pacientes sobre cuando es administrar la PERT en relación con la toma de alimentos, se preguntó a los usuarios sobre los síntomas que experimentaron antes y después de tomar PERT. Estos indicaron que cuando tomaron PERT con las comidas informaron un mayor alivio de los síntomas y la sensación de indigestión, las heces de color amarillo claro o anaranjado y las partículas visibles de alimentos se redujeron significativamente. Estos pacientes también reportaron una menor pérdida de peso cuando tomaban PERT en las comidas comparándose con los que tomaban PERT antes o después de las comidas. (47)

Por otra parte, también se resalta un estudio de cohortes prospectivo no aleatorizado con una muestra de 97 que determinó el impacto de PERT en la calidad de vida y los síntomas de malabsorción dentro de un servicio especializado en cuidados paliativos. En este, se realizó una evaluación inicial domiciliaria que incluyó la recopilación de datos demográficos, la finalización de la lista de verificación de síntomas de malabsorción, dos cuestionarios enfocados a la calidad de vida y otro a la capacidad funcional. Una vez realizada la evaluación, se inició la PERT en los pacientes, pero solo se pudo evaluar los resultados en 29 pacientes debido a que los restantes tuvieron poco interés en seguir con la terapia y 15 se encontraban en un estadio muy avanzado de la enfermedad. Se inició la

terapia con 50.000 UI de pancrealipasa por comida y con 25.000UI como tentempié entre las comidas. A partir de la semana siguiente del inicio hubo una reducción en las puntuaciones de la diarrea, el dolor y después de la tercera semana hubo mejoras significativas en las puntuaciones referentes al dolor y a la hinchazón. (45)

Se recomienda administrarla con inhibidores de la bomba de protones como el **Omeprazol** debido a que esta terapia se administra vía enteral en forma de cápsulas que requieren un pH superior a 5.5 para que se liberen, teniendo en cuenta que en pacientes con IPE hay una inhibición de la secreción de ácido gástrico y, por lo tanto, estas no se podrían absorber correctamente. Esto es especialmente importante en paciente con CPA dado que, en ellos, se reducen los jugos pancreáticos a causa de la obstrucción del conducto pancreático principal. (46)

Por último, son escasos los estudios prospectivos para el cuidado de la caquexia en la literatura dado que los pacientes oncológicos a los que se les diagnostica se encuentran en un estado avanzado de la enfermedad que dificulta la adherencia terapéutica.

5.DISCUSIÓN

Los SyS que tienen más incidencia en el transcurso de la enfermedad desarrollada por el CP son el dolor, la caquexia y la ictericia. En los resultados analizados, hay una escasez de información relacionada con la intervención enfermera priorizando el abordaje terapéutico farmacológico, siendo este el más respaldado por la evidencia científica.

Como síntoma más común, se encuentra el dolor abdominal en los pacientes con CPA y a menudo es difícil de tratar. Su abordaje farmacológico, se basa en las pautas de la escala analgésica del dolor de la OMS que identifica el dolor según la intensidad, puntuándolo con la escala EVA y considerando los fármacos de elección en base a los resultados obtenidos. (25,26,28)

Por esto, los opioides son los más utilizados en el tratamiento ya que el dolor que pueden experimentar estos pacientes difícilmente disminuirá con analgésicos del primer escalón como pueden ser los AINEs o bien, antipiréticos y analgésicos como el Paracetamol, aunque se utilizan como analgésicos adyuvantes cuando el dolor se produce en fases muy avanzadas de la enfermedad y resulta difícil controlarlo. Por otra parte, hay que tener en cuenta que los opioides tienen un gran abanico de EA cuando se administran (estreñimiento, náuseas, depresión respiratoria o somnolencia) por lo que se usan fármacos como los laxantes o los antieméticos para neutralizarlos. Dependiendo del estado del paciente y las patologías previas como la insuficiencia renal o hepática los opioides pueden provocar toxicidad, por lo que deberemos tener en cuenta la dosis y la vía de eliminación del opioide seleccionado (26,28–30,48)

El uso de opioides puede derivar en un exceso de consumo o una adicción a los mismos, aunque esta, no se considera un motivo preocupante en los pacientes con CPA debido su corta esperanza de vida. (25) Sin embargo, hay un tratamiento analgésico invasivo, el BPC exclusivo para nuestra población de estudio que puede resultar efectivo y puede reducir el consumo de opioides. (49)

En signos como la ictericia, causada generalmente por la obstrucción del conducto biliar, el abordaje de elección es la colocación de un *stent*. Aunque a consecuencia de la ictericia, el paciente experimenta prurito, principal síntoma que se puede abordar. Los datos obtenidos informan de su tratamiento a partir de antihistamínicos (Colestiramina), antibióticos (Rifampicina), ISRS como la Sertralina o antiepilépticos (Gabapentina o

Pregabalina) aunque, se prioriza el uso de cremas refrescantes emolientes antes de empezar con el tratamiento farmacológico. (33,50)

Las náuseas y los vómitos también han sido estudiados, pero se han relacionado con los tratamientos como la QMT, la RDT, la cirugía o los opioides a pesar de la incidencia en el CP, basando su abordaje terapéutico en los antieméticos y contemplando otras opciones como los corticoides. (22,36)

Cabe destacar la ascitis a pesar de ser un signo poco frecuente en la población de estudio, puede ser un marcador de mal pronóstico y su abordaje está basado en diuréticos o bien el drenaje del líquido intraabdominal cuando la terapia diurética no resulta efectiva. Respeto al papel de enfermería, los datos obtenidos están centrados en la monitorización del paciente y la contabilización del balance hídrico que se ve afectado por la formación de líquido ascítico.

Otra de las afectaciones que pueden aparecer en el paciente diagnosticado de CP es la depresión, causando un deterioro físico y/o mental empeorando así su pronóstico sin olvidar el riesgo de suicidio que existe en pacientes diagnosticados por CP. (51) Por esto, enfermería debe ser capaz de realizar un diagnóstico precoz durante los primeros contactos que mantengan la enfermera y el paciente. Por eso debemos desarrollar herramientas que ayuden a aceptar la enfermedad, aunque el abordaje farmacológico que los facultativos inicien con la terapia con antidepresivos es el principal tratamiento junto a la posible derivación previa a los profesionales de la salud mental.

Como último signo, encontramos la caquexia, donde el papel que desarrolla el profesional especializado en nutrición oncológica es importante para el soporte de estos pacientes, que puede tener un abordaje complejo. Por eso, se respalda el EM, dirigido por un equipo multidisciplinar, dónde se reflejan varias intervenciones de enfermería para la detección precoz de la caquexia como el uso de las escalas PG-SGA, la MNA o la MUST.

Se debe tener en cuenta el estado del paciente ya que puede ser difícil realizar el abordaje nutricional en caso de que el paciente no pueda ingerir alimentos o no ingiera toda la cantidad necesaria, valorándose las diversas vías de administración que existen, como la nutrición enteral a través de una SNG o la nutrición parenteral por vía venosa, aunque estas técnicas invasivas serán la última elección dentro del abordaje nutricional. (50)

Dentro del EM también se nombra al ejercicio, aunque tradicionalmente se aconsejaba reposo absoluto y descanso en el paciente. Sin embargo, varias fuentes han corroborado que la actividad física juega un papel vital para mejorar la calidad de vida en el paciente con CP y por eso, se debe promover el ejercicio, aunque esté basado en mínimos esfuerzos, valorando siempre el estado del paciente. (50,52)

En el abordaje farmacológico, se ha contemplado sobre todo el acetato de Megesterol por ser un inductor potente del apetito, aunque debido al riesgo de trombosis y el desgaste musculoesquelético no es recomendable en pacientes oncológicos, pero si en pacientes con trastornos alimentarios, hecho que es importante remarcarlo por la posible tendencia a usarlo en pacientes con anorexia o caquexia. (19,20,43,44)

Por otro lado, la PERT también ha demostrado muchos beneficios en la absorción de los nutrientes, de las grasas y en la mejora de los síntomas GI cuando se administra durante las comidas, dado que el principal punto del que partimos es la malabsorción de grasas provocada por la afectación en la función principal del páncreas a parte de la reacción inflamatoria causada por el tumor. Sin embargo, no es muy habitual su uso en los centros de salud hoy en día y probablemente aporte un papel imprescindible en el manejo de la caquexia en el paciente oncológico y, por lo tanto, la formación en base a la PERT se debería de implementar en la práctica clínica. (53) Aunque existen guías sobre el abordaje nutricional en el CP que muestran los aportes calóricos necesarios para nuestros pacientes, cabe destacar que no se menciona la PERT como opción terapéutica. (45,46)

Otro de los signos que puede aparecer es la paniculitis pancreática que suele afectar a las piernas y se debe a la necrosis de la grasa, manifestándose con áreas eritematosas en la piel; aunque no se ha mencionado en los resultados, determinadas guías sí lo hacen, pero no tienen ningún abordaje terapéutico a parte del soporte nutricional. (50)

Cabe mencionar también los cannabinoides, ya que han sido destacados en varios estudios debido a que pueden ser muy beneficiosos para tratar síntomas como el dolor, la caquexia, las náuseas y los vómitos sobre todo en pacientes paliativos. Aquellos como el Dronabinol o la Nabilona, han demostrado ser eficaces debido a su actuación en el SNC, provocando un aumento del apetito y una disminución del dolor, causando un beneficio múltiple en el paciente.(22,27,34,44) Sin embargo, aunque estén respaldados por varios autores, falta evidencia para poder impulsarlos e introducirlos en la práctica clínica. Se

debe mencionar que gran parte de los estudios relacionados con el consumo de cannabinoides están realizados en países donde estos están legalizados y en nuestro caso, el marco legal actual impide abrir nuevas investigaciones futuras.

Como último punto respecto al abordaje terapéutico, las terapias alternativas se han visto reflejadas en varios estudios como posible terapia de todos los síntomas mencionados, aunque estas han estado soportadas por baja evidencia científica, es por ello por lo que se necesitan estudios futuros que acaben de indicar los beneficios que pueden aportar. (21,27,44)

Por otra parte, se han mencionado también, la diabetes o la enfermedad tromboembólica como posibles complicaciones del CP, pero no se han abordado dado que estas son enfermedades colaterales que pueden darse en la población afectada y su AT esta estandarizado y protocolizado, y que no eran objeto de este estudio.

Centrándonos en el papel que juegan los cuidados paliativos tanto a nivel hospitalario como domiciliario, los resultados obtenidos han demostrado que la atención paliativa precoz puede ser de gran ayuda para los pacientes con CPA recién diagnosticados. Se cuestiona la mejor evolución clínica del paciente según el facultativo que lo trate debido a que en aquellos pacientes seguidos por un médico de familia o bien, gastroenterólogos, los resultados no beneficiaron tanto al paciente como aquellos que fueron tratados por un médico oncólogo o bien, especializados en cuidados paliativos; dato que puede ayudarnos en el manejo del paciente para favorecer una mejora en la calidad de vida tanto del paciente como de su familia teniendo en cuenta la detección precoz de aquellos SyS por parte de enfermería. (16,17)

También se ha visto reflejado como los pacientes dentro de los cuidados paliativos no han sido sometidos a tantas pruebas o técnicas invasivas que quizás no eran necesarias dado que su calidad de vida podía empeorar a diferencia de aquellos que no estaban seguidos por el equipo de paliativos, hecho que puede crear discrepancias desde los diversos puntos de vista multidisciplinarios.

La actuación paliativa se caracteriza por un abordaje multidisciplinar donde entran profesionales del ámbito nutricional, psicológico y sanitario (enfermera y médico), debido a que la población afectada se debe tratar con una visión holística por sus afectaciones aunque, no se debe olvidar el papel que juega la familia debido a la situación en que se pueden encontrar ya que no es fácil afrontar la muerte, por eso, el soporte psicológico

por parte de todos los profesionales tiene un gran peso en los pacientes con CPA dado su mal pronóstico.

Enfocándonos en las limitaciones del estudio, se han obtenido mayormente estudios retrospectivos observacionales y revisiones bibliográficas a diferencia de aquellos prospectivos y randomizados con mayor peso científico, provocando una evidencia científica menor.

6.CONCLUSIONES

El CP es una de las neoplasias más agresivas por su diagnóstico tardío, el mal pronóstico y la aparición de síntomas graves. Para mejorar el control de SyS y la calidad de vida de los pacientes con CPA y su familia, los cuidados paliativos deben iniciarse lo antes posible para aportar beneficios como una tasa inferior en técnicas invasivas que pueden disminuir la calidad de vida, una estancia hospitalaria más corta y una disminución en el número de ingresos en urgencias.

El papel de los fármacos ha sido relevante en este estudio, sobre todo en el control del dolor, dónde la Morfina ha sido recomendada en varios estudios por los beneficios que puede aportar. Sin embargo, pese a que los opioides son el tratamiento de elección por la intensidad del dolor se deben tener en cuenta los EA que provocan según dosis y vía de eliminación.

La relación que se puede establecer entre enfermería y el paciente puede ser esencial, ya que mediante la anamnesis se puede obtener mucha información acerca de su estado y se puede establecer una relación de confianza y ayuda para ambos. Por esto, se ha destacado el papel de enfermería en la detección precoz de los signos, usando herramientas basadas en una evidencia científica a pesar de la escasez de resultados referentes a la intervención enfermera en otros SyS.

También, ha destacado el EM en el abordaje de la caquexia contemplando varias terapias, donde la PERT ha demostrado tener un papel importante en el tratamiento de la caquexia, deteniendo la pérdida de peso y mejorando la calidad de vida del paciente.

El prurito es un síntoma derivado de la ictericia que puede incomodar al paciente y por eso, se deben contemplar medidas que le aporten un confort a pesar del abordaje farmacológico como pueden ser las cremas emolientes.

Las náuseas y los vómitos siguen los protocolos habituales para otras neoplasias o terapias como la QMT o la RDT y por lo tanto, el AT se basa en antieméticos.

Otro de los signos es la ascitis, que ha demostrado ser un indicador de mal pronóstico y es abordada con diuréticos y si estos no resultan efectivos, se procede a las técnicas invasivas que requieren un control en el balance hídrico del paciente.

Se han descrito las terapias alternativas que pese a su escasa evidencia científica podrían complementar el AT de estos SyS en un futuro a demostrar con estudios más sólidos.

Finalmente, a pesar del abordaje terapéutico, es muy importante no pasar por alto que cuando tratamos con un paciente en el momento de final de vida, se debe valorar primero su decisión sobre el AT teniendo en cuenta la opinión de su familia. Para ello, se deben desarrollar estrategias de enfrentamiento y empatía dado que el objetivo principal en nuestros pacientes es incrementar su bienestar y calidad de vida priorizando su confort y evitando procedimientos invasivos que supongan un estrés para él o un riesgo añadido.

7. IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Como profesionales de la salud, detectar en que estadiaje esta la persona afectada y poder desarrollar una atención de calidad, basada en el enfoque holístico y centrada en el paciente y su familia es imprescindible para poder acompañar al paciente durante su enfermedad hasta su muerte.

Por eso, enfermería tiene un papel primordial en la detección de los SyS que puede experimentar un paciente oncológico, así como para poder valorarlos y tener las herramientas necesarias para hacerlo. Independientemente del tratamiento que el facultativo decida administrar, debe haber una formación específica para la enfermera responsable del paciente que los sufra y así, poder considerar los EA de la terapia que puedan darse sobre la evolución del enfermo.

Esta revisión, también ayuda a definir el AT del paciente con CP dado que actualmente, no conocemos totalmente como pueden afectar diversos cánceres al organismo o bien, la sintomatología que pueden provocar y acostumbramos a querer solucionarlos todos cuando estos quizás la única salida que tienen es su paliación.

A pesar de la detección precoz, quizás deberían plantearse nuevas líneas de investigación, como por ejemplo: la presentación de las comidas en pacientes caquéticos que no tienen apetito; el uso de las terapias alternativas en una unidad hospitalaria de cuidados paliativos para el manejo del dolor, las náuseas y el prurito y finalmente, la intervención en grupos focales de pacientes con CPA que se encuentren en un escenario similar tanto si están hospitalizados como si reciben cuidados domiciliarios o bien, implementar guías sobre los abordajes terapéuticos distinguiendo los diversos tipos de neoplasias con los que se puede encontrar la población.

La importancia de seguir estudiando el abordaje enfermero en este cáncer puede ser de gran ayuda debido al incremento de la incidencia a lo largo del tiempo donde se podrían desarrollar programas de salud centrados en la promoción y prevención del CP o bien procesos de atención enfermera basados en diagnósticos NANDA, NICC y NOC para establecer protocolos de actuación.

8. CRONOGRAMA

La organización que se ha llevado a cabo para poder realizar la RB entre los meses comprendidos de enero a mayo ha estado seguida por un cronograma realizado al inicio del planteamiento del estudio. (Tabla 3)

	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Tutorías TFG																												
Búsqueda bibliográfica																												
Introducción																												
Objetivos																												
Bibliografía referente a la introducción																												
Metodología																												
Entrega memoria de seguimiento																												
1era estrategia de búsqueda																												
Lectura de los artículos obtenidos (1era)																												
Síntesis de la información extraída (1era)																												
2da estrategia de búsqueda																												
Lectura de los artículos obtenidos (2da)																												
Síntesis de la información extraída (2da)																												
Redacción de los resultados																												
Redacción de la discusión																												
Redacción de la conclusión																												
Implicación en la práctica profesional																												
Bibliografía referente a la RL																												
Revisión final																												
Entrega memoria final																												
Preparación para el tribunal																												
Defensa del trabajo final																												

Tabla 3. Cronograma de la RB (elaboración propia)

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. 2020 Nov. Disponible en: www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/causas-del-cancer.html
2. Cienfuegos JA, Rotellar F, Moreira VF, Garrido E. Cáncer de páncreas Sección coordinada por. Vol. 104, REV ESP ENFERM DIG (Madrid). 2012.
3. Benavides C. Cáncer de páncreas. 2017.
4. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España. 2021;
5. Patricia D, López Penza A, Ruso Martínez L. Cáncer de páncreas. Epidemiología de su mal pronóstico ARTÍCULO ORIGINAL. Vol. 33, Rev Méd Urug. 2017.
6. Mejías AP. Cáncer de páncreas, un reto al sistema sanitario Pancreatic cancer, a challenge to the health system. Rev Arch Med Camagüey [Internet]. 2018;22(5). Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/Articuloderevisión>
7. de Santibañes M SCR DSEP JMO. Nuevos avances en el tratamiento del páncreas localmente avanzado. 2019;79.
8. Cortesi M, Zanoni M, Pirini F, Tumedei MM, Ravaioli S, Rapposelli IG, et al. Pancreatic Cancer and Cellular Senescence: Tumor Microenvironment under the Spotlight. International Journal of Molecular Sciences [Internet]. 2021 Dic 27;23(1):254. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/23/1/254>
9. Vareedayah AA, Alkaade S, Taylor JR. Pancreatic Adenocarcinoma. 2018;
10. Woo SM, Song MK, Lee M, Joo J, Kim DH, Kim JH, et al. Effect of early management on pain and depression in patients with pancreatobiliary cancer: A randomized clinical trial. Cancers (Basel). 2019 Jan 1;11(1).
11. Lees C, Weerasinghe S, Lamond N, Younis T, Ramjeesingh R. Palliative care consultation and aggressive care at end of life in unresectable pancreatic cancer. Current Oncology. 2019 Feb 1;26(1):28–36.
12. Poruk KE, Wolfgang CL. Palliative Management of Unresectable Pancreas Cancer. Vol. 25, Surgical Oncology Clinics of North America. W.B. Saunders; 2016. p. 327–37.
13. Wang JP, Wu CY, Hwang IH, Kao CH, Hung YP, Hwang SJ, et al. How different is the care of terminal pancreatic cancer patients in inpatient palliative care units and

- acute hospital wards? A nationwide population-based study *Cancer palliative care*. *BMC Palliative Care*. 2016 Jan 8;15(1).
14. Varela L TRYBRFM. Evaluación de las intervenciones precoces de cuidados paliativos en el cáncer. 2021;
 15. Charnay F and MA. Principios de enfermería en oncología. In: Elsevier, editor. Elsevier; 2021. p. 256–64.
 16. Wang JP, Wu CY, Hwang IH, Kao CH, Hung YP, Hwang SJ, et al. How different is the care of terminal pancreatic cancer patients in inpatient palliative care units and acute hospital wards? A nationwide population-based study *Cancer palliative care*. *BMC Palliative Care*. 2016 Jan 8;15(1).
 17. Rautakorpi L, Jyrkkö S, Löyttyniemi E, Hirvonen O. End-of-life care among patients with pancreatic cancer with or without palliative intervention: a retrospective single-centre study. *Acta Oncologica*. 2021;60(1):106–11.
 18. Partelli S, Sclafani F, Traian Barbu S, Beishon M, Bonomo P, Braz G, et al. European Cancer Organisation Essential Requirements for Quality Cancer Care (ERQCC): Pancreatic Cancer. 2020.
 19. Laquente B, Calsina-Berna A, Carmona-Bayonas A, Jiménez-Fonseca P, Peiró I, Carrato A. Supportive care in pancreatic ductal adenocarcinoma. Vol. 19, *Clinical and Translational Oncology*. Springer-Verlag Italia s.r.l.; 2017. p. 1293–302.
 20. Lee KG, Roy V, Laszlo M, Atkins KM, Lin KJ, Tomassian S, et al. Symptom Management in Pancreatic Cancer. Vol. 22, *Current Treatment Options in Oncology*. Springer; 2021.
 21. Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. Vol. 25, *Cancer Journal (United States)*. Lippincott Williams and Wilkins; 2019. p. 343–8.
 22. Rabow MW, Petzel MQB, Adkins SH. Symptom Management and Palliative Care in Pancreatic Cancer [Internet]. 2017. Disponible en: www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html
 23. Lohse I, Brothers SP. Pathogenesis and treatment of pancreatic cancer related pain. Vol. 40, *Anticancer Research*. International Institute of Anticancer Research; 2020. p. 1789–96.
 24. Coveler AL, Mizrahi J, Eastman B, Apisarnthanarax S “Jim,” Dalal S, McNearney T, et al. Pancreas Cancer-Associated Pain Management. Vol. 26, *Oncologist*. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. e971–82.

25. Drewes AM, Campbell CM, Ceyhan GO, Delhay M, Garg PK, van Goor H, et al. Pain in pancreatic ductal adenocarcinoma: A multidisciplinary, International guideline for optimized management. Vol. 18, *Pancreatology*. Elsevier B.V.; 2018. p. 446–57.
26. Wiffen PJ, Wee B, Moore RA. Oral morphine for cancer pain. Vol. 2016, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2016.
27. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *J Clin Oncol* [Internet]. 2020;38:905–14
28. Bandieri E, Romero M, Ripamonti CI, Artioli F, Sichetti D, Fanizza C, et al. Randomized trial of low-dose morphine versus weak opioids in moderate cancer pain. *Journal of Clinical Oncology*. 2016 Feb 10;34(5):436–42.
29. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 2018 Oct 1;29:iv166–91.
30. Mccnicol ED, Ferguson MC, Schumann R. Methadone for neuropathic pain in adults. Vol. 2017, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2017.
31. Eaton LH, Brant JM, McLeod K, Yeh C. Nonpharmacologic pain interventions a review of evidence-based practices for reducing chronic cancer pain. Vol. 21, *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Oncology Nursing Society; 2017. p. 54–70.
32. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, et al. Nonpharmacologic therapies for low back pain: A systematic review for an American College of physicians clinical practice guideline. Vol. 166, *Annals of Internal Medicine*. American College of Physicians; 2017. p. 493–505.
33. Siemens W, Xander C, Meerpohl JJ, Buroh S, Antes G, Schwarzer G, et al. Pharmacological interventions for pruritus in adult palliative care patients. Vol. 2016, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2016.
34. Perone JA, Riall TS, Olin K. Palliative Care for Pancreatic and Periampullary Cancer. Vol. 96, *Surgical Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2016. p. 1415–30.
35. Contreras-Omaña R, Velarde-Ruiz Velasco JA, Castro-Narro GE, Trujillo-Benavides O, Zamarripa-Dorsey F, Reyes-Dorantes AA, et al. Approach to the patient with cholestasis and jaundice syndrome. Joint AMH, AMG, and AMEG scientific position statement. *Revista de Gastroenterología de México*. 2022 Jan 1;87(1):80–8.

36. Vayne-Bossert P, Haywood A, Good P, Khan S, Rickett K, Hardy JR. Corticosteroids for adult patients with advanced cancer who have nausea and vomiting (not related to chemotherapy, radiotherapy, or surgery). Vol. 2017, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2017.
37. Kenner BJ. Early detection of pancreatic cancer: The role of depression and anxiety as a precursor for disease. Vol. 47, *Pancreas*. Lippincott Williams and Wilkins; 2018. p. 363–7.
38. Woo SM, Song MK, Lee M, Joo J, Kim DH, Kim JH, et al. Effect of early management on pain and depression in patients with pancreatobiliary cancer: A randomized clinical trial. *Cancers (Basel)*. 2019 Jan 1;11(1).
39. Barnes AF, Yeo TP, Leiby B, Kay A, Winter JM. Pancreatic Cancer-Associated Depression: A Case Report and Review of the Literature. Vol. 47, *Pancreas*. Lippincott Williams and Wilkins; 2018. p. 1065–77.
40. Vaughan VC, Farrell H, Lewandowski PA, McCoombe SG, Martin P. Defining a new model of interdisciplinary cancer cachexia care in regional Victoria, Australia. *Supportive Care in Cancer*. 2020 Jul 1;28(7):3041–9.
41. Zhao Y, Pang D, Lu Y. The Role of Nurse in the Multidisciplinary Management of Cancer Cachexia. Vol. 8, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. Wolters Kluwer Medknow Publications; 2021. p. 487–97.
42. Muircroft W. An Australasian perspective on the curative treatment of patients with pancreatic cancer, supportive care, and future directions for management. Vol. 10, *ecancermedicalscience*. *Cancer Intelligence*; 2016.
43. Poulia KA, Sarantis P, Antoniadou D, Koustas E, Papadimitropoulou A, Papavassiliou AG, et al. Pancreatic cancer and cachexia—Metabolic mechanisms and novel insights. Vol. 12, *Nutrients*. MDPI AG; 2020.
44. Shankar A, Saini D, Roy S, Bharati SJ, Mishra S, Singh P. Role of Complementary and Alternative Medicine in the Management of Cancer Cachexia. Vol. 8, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. Wolters Kluwer Medknow Publications; 2021. p. 539–46.
45. Landers A, Brown H, Strother M. The effectiveness of pancreatic enzyme replacement therapy for malabsorption in advanced pancreatic cancer, a pilot study. *Palliative Care and Social Practice*. 2019;12.
46. Domínguez-Muñoz JE, Nieto-García L, López-Díaz J, Lariño-Noia J, Abdulkader I, Iglesias-García J. Impact of the treatment of pancreatic exocrine insufficiency on

- survival of patients with unresectable pancreatic cancer: A retrospective analysis. *BMC Cancer*. 2018 May 5;18(1).
47. Barkin JA, Westermann A, Hoos W, Moravek C, Matrisian L, Wang H, et al. Frequency of Appropriate Use of Pancreatic Enzyme Replacement Therapy and Symptomatic Response in Pancreatic Cancer Patients. *Pancreas*. 2019 Jul 1;48(6):780–6.
 48. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA. Tramadol with or without paracetamol (acetaminophen) for cancer pain. Vol. 2017, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2017.
 49. Arcidiacono PG, Calori G, Carrara S, Mcnicol ED, Testoni PA. Celiac plexus block for pancreatic cancer pain in adults. Vol. 2011, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2011.
 50. Belinchón Olmeda B, Asociación Cáncer de Páncreas, Fundación Más que Ideas. Cáncer de páncreas: alimentación y calidad de vida : guía para pacientes y familiares. Fundación Más que Ideas; 2015.
 51. Nancy A. Melville. High Suicide, Depression Risks for Patients With Cancer. *Medscape*. 2022 Apr 25;
 52. Basile D, Parnofiello A, Vitale MG, Cortiula F, Gerratana L, Fanotto V, et al. The IMPACT study: early loss of skeletal muscle mass in advanced pancreatic cancer patients. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. 2019 Apr 1;10(2):368–77.
 53. Colás SN. INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA. ¿CÓMO SE PRODUCE? ¿CUÁNDO Y CÓMO DIAGNOSTICARLA? ¿CÓMO TRATARLA? Vol. 28, *Gastroenterol Hepatol*. 2005.

Glosario

AT: Abordaje Terapéutico

BPC: Bloqueo del Plexo Celíaco

CGI: Cáncer Gastrointestinal

CP: Cáncer de Páncreas

CPA: Cáncer de Páncreas Avanzado

EA: Efectos Adversos

EM: Enfoque Multimodal

EVA: Escala Visual Analgésica del Dolor

IPE: Insuficiencia Pancreática Exocrina

GI: Gastrointestinal

RB: Revisión bibliográfica

SyS: Signos y Síntomas

SNO: Suplementos Nutricionales Orales

SUD: Situación de Últimos Días

Anexos

1.1. Tabla para la recogida de datos de los artículos según las variables utilizadas según la primera estrategia de búsqueda:

Título	Año publicación	Autor	Diseño del estudio	País de publicación	Muestra(=n)	Objetivo	Abordaje terapéutico	Cuidados paliativos
<i>How different is the care of terminal pancreatic cancer patients in inpatient palliative care units and acute hospital wards? A nationwide population-based study</i>	2016	Jack P. Wang; Chen-Yi Wu, I-Hsuan Hwang, Chien-Hui Kao, Yi-Ping Hung, Shinn-Jang Hwang and Chung-Pin Li	Retrospectivo observacional	Taiwán	854 pacientes	Describir la diferencia entre los pacientes con CP hospitalizados que recibieron cuidados paliativos en comparación a los que los recibieron de forma aguda.	Procedimientos invasivos: Los pacientes en el grupo de atención hospitalaria aguda se sometieron a procedimientos significativamente más agresivos, que incluyen cateterismo urinario, alimentación por sonda nasogástrica, venosa central inserción de catéter, ingreso a la unidad de cuidados intensivos, intubación endotraqueal, drenaje abdominal, reanimación cardiopulmonar, nutrición parenteral total, colangiografía transhepática percutánea y drenaje, punción torácica o intubación y desfibrilación/cardioversión (todos $P < 0,001$). Solo un paciente en el grupo de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados se sometió	Entre los 854 pacientes terminales con cáncer de páncreas que identificamos, 276 (32 %) pacientes fueron tratados en unidades de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados (173 hombres y 103 mujeres; edad media = 68,6 años) y 578 (68 %) fueron tratados en hospitales de agudos. Todos los médicos que trataron a estos pacientes habían aprobado cursos estandarizados de capacitación de especialistas en cuidados paliativos en Taiwán. El grupo de cuidados paliativos de pacientes hospitalizados fue manejado típicamente por médicos de familia (39 %) y

						<p>a un procedimiento agresivo (hemodiálisis).</p> <p>Polifarmacia: En el grupo de cuidados paliativos hospitalizados, el medicamento más prescrito fueron los alcaloides naturales del opio (84,4 %), seguidos de las soluciones que afectan el equilibrio electrolítico (80,1 %), los propulsores (55,1 %), los laxantes de contacto (52,9 %) y los derivados de las benzodiazepinas (48,2 %). En el grupo emparejado de atención hospitalaria de agudos, la medicación prescrita con mayor frecuencia fueron las soluciones que afectan el equilibrio electrolítico (97,1 %), seguidas de las soluciones para nutrición parenteral (80,8 %), propulsores (72,5 %), diuréticos de sulfonamida simples (71,7 %) y soluciones electrolíticas (66,7 %). En comparación con el grupo de atención hospitalaria de agudos, los pacientes hospitalizados en cuidados paliativos recibieron con mayor frecuencia alcaloides</p>	<p>oncólogos (25 %), mientras que el grupo de cuidados hospitalarios agudos fue manejado típicamente por médicos de medicina interna (39 %, $P < 0.001$), que generalmente eran gastroenterólogos (24 %). Se observaron diferencias significativas entre los pacientes de cuidados paliativos y cuidados agudos preemparejados para el nivel de acreditación del hospital ($P = 0,03$) y la ubicación regional del hospital ($P = 0,021$). Aunque la duración de la estancia hospitalaria fue significativamente menor para el grupo de cuidados paliativos de pacientes hospitalizados ($10,6 \pm 11,1$ días frente a $20,6 \pm 16,7$ días, respectivamente; $P < 0,001$).</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							naturales del opio (84,4 % vs. 56,5 %; P < 0,001) y derivados de benzodiacepinas (48,2 % vs. 26,8 %; P < 0,001), aunque menos recibieron frecuentemente cefalosporinas (32,2 % vs 60,5 %; P < 0,001) y agentes adrenérgicos o dopaminérgicos (5,8 % vs 52,9 %; P < 0,001).	
<i>Effect of early management on pain and depression in patients with pancreaticobiliary cancer.</i>	2018	Sang Myung Woo, Mi Kyung Song, Meeyoung Lee, Jungnam Joo, Dae Hyun Kim, Jong-Heun Kim, Sung-Sik Han, Sang-Jae Park, Tae Hyun Kim and Woo Jin Lee	Ensayo clínico randomizado	Corea	144 pacientes	Analizar la mejora de los síntomas, en este caso la depresión y el dolor, en pacientes con CP después de 8 semanas de su diagnóstico terminal en relación con la atención por parte del equipo de paliativos.	Los síntomas frecuentemente observados en pacientes con PC o BTC incluyen dolor, depresión y ansiedad, anorexia, caquexia, pérdida de peso, insuficiencia pancreática exocrina, ictericia y obstrucción de la salida gástrica. Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de analgésicos efectivos y nuevas tecnologías para la administración de fármacos, el manejo del dolor sigue siendo subóptimo [6]. El dolor afecta aproximadamente al 80% de los pacientes con PC [7,8] y al 50% de los pacientes con BTC [9]. A menudo no se logra un control adecuado del	La atención paliativa temprana incluyó: (1) evaluación de enfermería del dolor y la depresión, (2) control del dolor basado en las pautas de la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN), control de la depresión mediante psicoeducación y/o consulta con un especialista psiquiátrico, y control del paciente educación. La evaluación del dolor por parte de enfermería incluyó una breve evaluación del estado de ánimo de cada paciente. Los pacientes fueron manejados por tres enfermeras de

							<p>dolor debido a las opciones de tratamiento limitadas y las variaciones significativas en la práctica local, lo que enfatiza la necesidad de nuevos enfoques [6]. Además, el riesgo de depresión es significativamente mayor en pacientes con cáncer que en la población general, observándose la mayor prevalencia de depresión en pacientes con tumores pancreáticos [10]. En Corea, las tasas de suicidio son especialmente altas entre los pacientes con PC. Muchos especialistas en cuidados paliativos cuestionan la viabilidad, viabilidad y eficiencia de este enfoque. Los cuidados paliativos especializados han mostrado efectos mínimos en la calidad de vida, con tamaños de efecto informados más pequeños de lo esperado. Además, los problemas de asignación de recursos interfieren con la capacidad de derivar a todos los pacientes con cáncer avanzado en la etapa paliativa de sus</p>	<p>investigación, dirigidas por Meeyoung Lee, capacitadas en evaluar la respuesta a los síntomas y la adherencia a la medicación; en brindar educación específica sobre el dolor y la depresión; y al hacer ajustes en el tratamiento de acuerdo con las pautas de NCCN. Además, las llamadas telefónicas se iniciaron cuando los pacientes informaron una mejoría inadecuada de los síntomas, falta de adherencia a la medicación, efectos adversos o ideación suicida, o cuando los pacientes solicitaron ser contactados.</p> <p>Las puntuaciones medias de dolor disminuyeron significativamente en comparación con el valor inicial en el grupo EPC, con puntuaciones medias. Aunque las puntuaciones medias de dolor difirieron significativamente entre los puntos temporales ($p <$</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	---

							<p>enfermedades a equipos de especialistas. El objetivo del presente estudio fue determinar si un enfoque selectivo de los cuidados paliativos tempranos (EPC), dirigidos al dolor y la depresión, integrado con la atención oncológica habitual con detección y monitoreo automatizados de los síntomas, puede mejorar el dolor y la depresión en pacientes con CPA.</p>	<p>0,0001), no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p = 0,2157$). Las puntuaciones medias de depresión no difirieron significativamente en los dos grupos ($p = 0,7792$) o entre puntos temporales ($p = 0,1488$) (Figura 2B). Sin embargo, a los 12 meses, la puntuación media de depresión fue menor en el EPC que en el grupo de control. Los pacientes en ambos grupos de estudio informaron mejoras en la evaluación de la intensidad del dolor en la semana 4. La disminución media en la puntuación fue significativamente mayor en el EPC que en el grupo de atención habitual. El dolor intenso y los síntomas de depresión no son tan frecuentes en pacientes recién diagnosticados con cáncer pancreatobiliar avanzado como generalmente se cree. Los ensayos anteriores no incluyeron</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	---

la integración de cuidados paliativos especializados provocados por las necesidades de los pacientes. Todos los pacientes recién diagnosticados con PC y BTC deben someterse a una evaluación completa de la carga de síntomas, el estado psicológico y el apoyo social lo antes posible. El presente estudio inscribió a pacientes con dolor relacionado con el cáncer (BPI peor puntaje de dolor > 3) y/o depresión (CES-D > 16) dentro de las 8 semanas posteriores al diagnóstico. Como los mecanismos que inducen el dolor en pacientes con CP y pancreatitis crónica son similares, las herramientas de evaluación utilizadas para este último pueden aplicarse a los primeros. Las escalas numéricas se utilizan con frecuencia para evaluar la intensidad del dolor, pero la naturaleza temporal del dolor puede ser un determinante

más importante relacionado con la salud que la gravedad del dolor.

El grupo EPC informó una disminución significativa en la puntuación de trastornos del sueño desde el inicio. En comparación con la atención habitual, se informó recientemente que una intervención psicoterapéutica de apoyo-expresiva ayuda a aliviar y prevenir los síntomas depresivos en pacientes con enfermedades avanzadas, además de ayudar a estos pacientes a abordar los preparativos para el final de la vida.

Este ensayo mostró hallazgos prometedores de que la EPC puede mejorar el alivio temprano del dolor en pacientes con cánceres pancreatobiliares avanzados, en comparación con la atención oncológica habitual.

<p><i>End of life care among patients with pancreatic cancer with or without palliative intervention: a retrospective single-centre study</i></p>	<p>2020</p>	<p>Liisa Rautakorpi, Sirku Jyrkiö , Eliisa Löyttyniemi and Outi Hirvonen</p>	<p>Retrospectivo observacional</p>	<p>Finlandia</p>	<p>378 pacientes</p>	<p>Mostrar el impacto de las curas paliativas en el último mes de vida de pacientes con CP.</p>	<p>-</p>	<p>La tasa de supervivencia media fue de 2,6 meses. Ambos grupos recibieron QMT paliativa, así como RDT. Los pacientes del grupo A tuvieron una mayor supervivencia (5.4 meses vs. 1.9 meses) Los pacientes del grupo A tuvieron menos pruebas, hospitalizaciones y visitas a urgencias durante el último mes de vida. De los 76 pacientes del Grupo A: el 32% (n=26) tuvieron un contacto, el 20%(n=16) tuvieron dos contactos y el 48% (n=39) más de dos contactos. Este estudio muestra que los cuidados paliativos deberían de ser esenciales en el PC. Según la ASCO, los pacientes con CPA deberían recibir cuidados paliativos des de la primera visita en el hospital debido a la carga de síntomas que pueden experimentar.</p>
---	-------------	--	------------------------------------	------------------	----------------------	---	----------	---

								Las intervenciones paliativas no solo muestran una mejora de la calidad de vida, sino que también se asocian con una menor agresividad en los tratamientos de los pacientes con enfermedades avanzadas.
<i>European Cancer Organisation Essential Requirements for Quality Cancer Care (ERQCC): Pancreatic Cancer</i>	2021	Stefano Partelli, Francesco Sclafani, Sorin Traian, Marc Beishon, Pierluigi Bonomo, Graça Braz, Filippo de Braud, Thomas Brunner, Giulia Martina Cavestro, Mirjam Crul, Maria Die Trill, Piero Ferollà, Ken Herrmann, Eva Karamitopolou, Cindy Neuzillet,	Metaanálisis	Italia Bélgica Rumania Portugal Alemania Suiza Francia	166 pacientes	Descripción de los requerimientos de la organización para establecer una alta calidad para los pacientes con CPA.	Enfermería debe: -Tener conocimientos sobre el CP y las implicaciones para los cuidados, incluyendo los efectos secundarios de la QMT y los cuidados paliativos en los pacientes intervenidos de la cirugía paliativa o bien, los que no tengan esa opción. -Tienen que promover los cuidados holísticos para mejorar la seguridad y darle toda la información suficiente al paciente y a la familia, por otra parte, también hay que insistir en la educación sanitaria. -Las enfermeras deben garantizar la detección sistemática a lo largo de la trayectoria de la enfermedad para descubrir síntomas físicos como dolor, angustia psicosocial,	El equipo de cuidados paliativos debe incluir médicos de cuidados paliativos y enfermeras especialistas, trabajando con un amplio equipo de trabajadores sociales, capellanes, psicoterapeutas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, especialistas en dolor y psico oncólogos. El equipo de cuidados paliativos debe tener un buen conocimiento de la enfermedad y el cáncer. tratamientos y terapias para el tratamiento del dolor, la anorexia, la fatiga, la depresión, etc.

		<p>Franco Orsi, Hanna Seppäen, Martina Torchio, Danila Valenti, Marc Zins, Alberto Costa y Philip Poortmans</p>					<p>deterioro del funcionamiento físico, desnutrición y fragilidad. Se deben utilizar instrumentos validados (p. ej., termómetro de socorro) donde corresponda.</p> <p>-Las enfermeras deben ayudar a coordinar la atención con profesionales de la salud dentro y fuera del MDT central, incluidos con nutricionistas, psico oncólogos, servicios de atención domiciliaria y servicios de cuidados paliativos.</p>	<p>El equipo de cuidados paliativos debe poseer habilidades comunicativas y éticas para discutir los malos noticias y cuidados al final de la vida que respeten la autonomía del paciente y apoyen la toma de decisiones, el afrontamiento con el cambio y la calidad de vida.</p>
--	--	---	--	--	--	--	--	--

1.2. Tabla para la recogida de datos de los artículos según las variables utilizadas según la segunda estrategia de búsqueda:

DOLOR

Título del artículo	Año de publicación	Autor	Diseño del estudio	País de publicación	Muestra(n)	Objetivo	Información de interés	Abordaje terapéutico
<i>Effect of Early Management on Pain and Depression in Patients with Pancreatobiliary Cancer</i>	2018	Sang Myung Woo, Mi Kyung Song, Meeyoung Lee, Jungnam Joo, Dae Hyun Kim, Jong-Heun Kim, Sung-Sik Han, Sang-Jae Park, Tae Hyun Kim 1and Woo Jin Lee	Ensayo randomizado	Corea	288 pacientes	Analizar la mejora de los síntomas, en este caso la depresión y el dolor, en pacientes con CP después de 8 semanas de su diagnóstico terminal en relación con la atención por parte del equipo de paliativos.	<p>El dolor y la depresión tratados en el momento del diagnóstico pueden mejorar (>50% de los pacientes).</p> <p>La intensidad del dolor en los pacientes atendidos por cuidados paliativos mejoró (disminuyó alrededor de 3 puntos descritos por la escala de dolor EVA).</p> <p>Los pacientes con CP requieren varios ingresos anuales por los síntomas.</p> <p>Es importante los cuidados paliativos tempranos que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación de enfermería en el control de la depresión y el dolor. • Guías de control del dolor • Equipo de psicología / psiquiatría 	<p>La proporción de pacientes en los grupos EPC y atención habitual con ≥ 50 % de reducción en las puntuaciones del dolor (29,5 % frente a 25,2 %; $p = 0,4194$) y depresión (30,8 % frente a 36,8 %; $p = 0,5732$) desde el inicio hasta la semana 4 no difirió significativamente.</p> <p>La proporción de pacientes con peor puntuación de dolor fue significativamente mayor (51,1 % frente a 38,9 %, $p = 0,0404$) y la reducción en la puntuación de intensidad del dolor significativamente mayor (1,5 frente a 1,0 puntos, $p = 0,0318$) en la atención paliativa temprana que en el grupo de atención habitual.</p> <p>A las 4 semanas, los pacientes del grupo de atención paliativa temprana</p>

							<ul style="list-style-type: none"> • Educación para el paciente <p>Los pacientes asignados al azar al grupo de atención habitual no recibieron una intervención formal, pero se les informó sobre sus síntomas depresivos y de dolor; además, los resultados de sus exámenes de detección se proporcionaron a su médico. La atención oncológica habitual (UOC), proporcionada a todos los pacientes, estuvo dirigida por un médico adjunto y consistió en tratamientos anticancerígenos y de control de síntomas y consulta con especialistas en psiquiatría y atención del dolor. Estos últimos se proporcionaron siempre que se solicitaron, independientemente de la asignación del grupo.</p>	<p>informaron aumentos significativos en el estado de salud global, el papel del funcionamiento, las náuseas y los vómitos y las puntuaciones de dolor en el cuestionario general de calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30). cuestionario. Aunque no se cumplió el resultado primario, este ensayo indica que la EPC puede mejorar el alivio temprano del dolor en pacientes con CPA.</p> <p>Aunque las tasas de evaluación fueron similares en ambos grupos y uniformemente altas, solo alrededor del 10% de los pacientes pudieron ser evaluados a los 12 meses, principalmente debido a sus altas tasas de mortalidad.</p>
<i>Symptom Management and Palliative Care in Pancreatic Cancer</i>	2017	Michael W. Rabow, MD, Maria Q.B. Petzel, RD,† and Sarah H. Adkins, MD*	Artículo de revisión	California	-	Describir el dolor de los pacientes con CP y cómo controlarlo.	<p>El dolor se puede categorizar como nociceptivo o neuropático, y la mayoría de los pacientes experimentan ambos tipos. Debido a la proximidad de los tumores pancreáticos al plexo celíaco, los pacientes experimentan</p>	<p>El dolor es un síntoma de presentación en casi tres cuartas partes de los pacientes con cáncer de páncreas y en el 80 % de los pacientes con enfermedad avanzada. Los opioides son la medicación más usada en el dolor causado por el cáncer. El dolor</p>

							<p>clásicamente un dolor punzante en el epigastrio medio, que se irradia debajo de las costillas y hacia la parte media de la espalda.</p> <p>El manejo efectivo del dolor requiere un enfoque multidisciplinario, que incluya terapia analgésica, intervenciones de procedimientos, métodos conductuales y atención de apoyo. y los aspectos espirituales del “dolor total”. La intensidad del dolor generalmente se califica en una escala de cero a 10 puntos. La reevaluación continua del dolor y la respuesta al tratamiento es esencial. Los objetivos del tratamiento deben estar dirigidos al paciente, pero a menudo se centran en maximizar la función.</p> <p>A pesar de la variedad de modalidades disponibles para el manejo del dolor, es común que el tratamiento inadecuado del dolor relacionado con el cáncer debido a las barreras existentes como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento insuficiente acerca del manejo del dolor en el cáncer 	<p>nociceptivo tiene una buena respuesta a estos, aunque el neuropático se alivia mejor con aquellos medicamentos que no pertenecen a la familia de los opioides.</p> <p>Los opioides de corta duración se emplean en el dolor intermitente. Cuando el dolor se vuelve crónico y los opioides se necesitan continuamente, los opioides de larga duración se tendrán que añadir al tratamiento y ajustarse a las condiciones del paciente, sobre todo se deberá tener en cuenta la función renal y hepática. Por una parte, dentro de los opioides de corta duración encontramos: Morfina, Hidromorfona, Oxiconona, Codeína, Metadona o Fentanilo.</p> <p>Los opioides de larga duración son, por ejemplo: Oramorph y Oxicontin. La metadona debe considerarse en el dolor neuropático que no cesa a pesar de los opioides, aunque hay que vigilar las condiciones del paciente y las interacciones con medicamentos.</p> <p>Los opioides pueden causar la depresión respiratoria a parte de otros efectos adversos y este efecto siempre sucede en</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							<ul style="list-style-type: none"> - Manejo inadecuado - Conocimiento insuficiente referente a los efectos secundarios de los tratamientos. - Miedo a la posible responsabilidad y censura por parte de las agencias reguladoras por recetar opioides 	<p>los últimos días, precedido por la sedación.</p> <p>El dolor causado por metástasis óseas y la compresión o daño del nervio y distensión visceral son aquellos casos donde los analgésicos coadyuvantes ayudaran más. La analgesia no opioide también servirá como analgésico coadyuvante para ayudar al efecto de los opioides. Dentro de estos analgésicos podemos encontrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibuprofeno, Naproxeno y Ketorolaco: ayudan en el dolor inflamatorio, metástasis óseas, infiltraciones tumorales del tejido, etc. - Celecoxib o Tramadol: Dolor intenso a moderado en el dolor nociceptivo. - Corticoesteroides: Ayudan a descomprimir el nervio y la distensión visceral, pero incrementa la presión intracraneal. <ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona (0.75 – 9 mg/día)
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								<ul style="list-style-type: none"> • Prednisona (5-60mg/día) - Venlafaxina, Duloxetina, Gabapentina y Pregabalina: Dirigidos a disminuir el dolor neuropático.
<i>Symptom Management in Pancreatic Cancer</i>	2021	Kristina G. Lee, Varun Roy, Meghan Laszlo, Katelyn M. Atkins, Katrina J. Lin, Shant Tomassian, Andrew E. Hendifar.	Manuscrito	Los Ángeles, CA	-	Análisis y abordaje de los síntomas en el CP.	<p>A pesar de los esfuerzos de manejo directo, el dolor en el cáncer de páncreas sigue siendo difícil de tratar, lo que sugiere una etiología multifactorial. Los pacientes pueden presentar dolor abdominal difícil de caracterizar, con o sin radiación a la espalda y pueden afectar los nervios retroperitoneales.</p> <p>Las guías de práctica clínica de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO) recomiendan que los pacientes con cáncer de páncreas metastásico ingresen a los servicios de cuidados paliativos lo antes posible, preferiblemente en el momento del diagnóstico. Utilizamos un equipo multidisciplinario de proveedores para evaluar y abordar los síntomas durante cada encuentro con el paciente, para respaldar mejor la complejidad de los</p>	<p>La incidencia de dolor en pacientes con cáncer de páncreas es de aproximadamente 70 a 80 % y se asocia con una supervivencia general reducida y una mala calidad de vida.</p> <p>El tratamiento para el dolor está basado en la escala de opioides.</p> <p>Es por eso por lo que, los expertos recomiendan otro manejo. Para el dolor neuropático, se recomiendan medicaciones como la Gabapentina o Duloxetina.</p>

							síntomas en el manejo de los pacientes con cáncer de páncreas. Además de manejo del dolor, los pacientes se benefician de una relación temprana y de la construcción de relaciones y discusiones sobre preocupaciones de calidad de vida.	
<i>Pancreas Cancer – Associated Pain Management</i>	2021	Andrew I. Coveler , Jonathan Mizrahi Bory Eastman, Smith Apisarnthanarax, Shalini Dalal, Terry McNearney, Shubham Pant, on behalf of the precision promise consortium	Artículo de revisión	Texas, USA	-	Describir el manejo del control del dolor en pacientes con CP con una visión holística.	Varios informes recientes han establecido que el dolor relacionado con el cáncer afecta la supervivencia de los pacientes con cáncer de páncreas y otros cánceres. El dolor mal manejado se asocia con una ingesta calórica disminuida, mala calidad del sueño y actividades ocupacionales y sociales reducidas o limitadas. inadecuadamente El <u>objetivo principal</u> de los opioides debe ser optimizar la analgesia y funcionar simultáneamente minimizando los riesgos del uso de opioides. Esto es lo mejor que se ha logrado mediante la selección, dosificación y la duración adecuada de los opioides, también el manejo oportuno de los	El análisis de los encuestados durante un período de 2,5 años (2016-2018) determinó que el 93 % de los pacientes informaron tener dolor relacionado con el diagnóstico de cáncer de páncreas y que el 83 % de ellos informaron niveles de intensidad de dolor de moderados a intensos. Esto es similar a los datos informados previamente que indican que el dolor es el tercer síntoma más común después de la pérdida de peso y la ictericia. Alrededor del 90 % de estos pacientes informó haber hablado sobre el dolor con su proveedor de atención médica (HCP), y la mayoría recibió recomendaciones o recetas para reducir la intensidad del dolor. A pesar de esto, casi el 50% de los encuestados reportaron visitas a la sala de emergencias por

							<p>efectos secundarios comunes y la consideración del riesgo potencial del uso indebido y la adicción.</p> <p>A causa de la dinámica del dolor asociado con el cáncer y de la variación sustancial en la respuesta individual a los opioides, puede haber la necesidad de ajustar continuamente la dosis con un seguimiento estrecho de los resultados (analgesia, efectos adversos, resultados y afectos) para poder conseguir un nivel individualizado tolerado y eficaz de la respuesta analgésica. Aunque, la selección de opioides se debe de escoger teniendo en cuenta el metabolismo de este y la posible interacción con otras medicaciones.</p> <p>La medicación en función del tratamiento del cáncer, la caquexia, la edad y las condiciones genéticas pueden alterar este metabolismo.</p> <p>Los efectos secundarios de los opioides incluyen la inhibición del peristaltismo, provocando una disfunción en los intestinos, prurito y sedación.</p>	<p>síntomas relacionados con el dolor, y el 33% fue hospitalizado al menos una vez para el manejo del dolor.</p> <p>Los opioides son el pilar de las opciones farmacológicas en el tratamiento del dolor en pacientes con CP.</p> <p>Los pacientes con dolor moderado a severo deben ser tratados con opioides como el Tramadol o dosis bajas de opioides más potentes como la Hidromorfona, la Morfina, la Oxycodona o la Oximorfina. Los pacientes que requieren dosis diarias de opioides de corta duración pueden beneficiar a los opioides de largo efecto, promoviendo la alta concentración de opioides en sangre y así minimizar las fluctuaciones.</p> <p>Los opioides de corta duración deben ser pautados para gestionar el dolor irruptivo, según sea necesario cada 3 – 4 horas, aproximadamente entre el 10% y el 20% de la dosis diaria basal del opioide programado.</p> <p>La caquexia puede modular la respuesta a los opioides, especialmente cuando se usa el pegado transdérmico de Fentanilo que se ha informado de una disminución de la</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

						<p>La baja función de los intestinos puede provocar hinchazón, distensión abdominal, náuseas, anorexia y estreñimiento. Es por eso por lo que hay que prever el uso de laxantes y antagonistas de los opioides.</p> <p>Uno de los efectos adversos más importantes a tener en cuenta es la depresión respiratoria. A veces los opioides también causan una sedación excesiva, deterioro cognitivo, delirium, alucinaciones, mioclonías e hiperalgesia, que se pueden presentar por separado o conjuntamente.</p> <p>El uso concurrente de medicación como las Benzodicepinas, Antihistamínicos o Gabapentinoides pueden incrementar la toxicidad de opioides.</p>	<p>eficacia analgésica, aunque se puede gestionar con una pauta ajustada a la dosis. La presencia de fallo renal puede llevar a neurotoxicidad como en el caso de la Morfina. En fallo renal, es preferible usar Fentanilo o Metadona ya que sus metabolitos son más fáciles de eliminar. En caso de curas paliativas, la Metadona puede tener un papel relevante debido a su poca neurotoxicidad. La Morfina y la Hidromorfona son preferibles en pacientes con medicación múltiple de duración ya que tienen menos interacciones medicamentosas.</p> <p>Medicina alternativa:</p> <p><u>Hierbas medicinales:</u> El 40% de los adultos americanos según <i>The National Center for Complementary and Integrative Health</i> usan las terapias alternativas para aliviar el dolor provocado por el cáncer, la fatiga y el insomnio.</p> <p><u>Acupuntura:</u> está dirigida a reducir el dolor nociceptivo o neuropático. Un estudio sobre el uso de acupuntura durante 3 días en pacientes con CP con dolor moderado, reportaran una disminución de la intensidad del dolor en</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

								<p>un 40% comparada con el otro grupo. Los pacientes que quieran usar esta terapia tendrán que dirigirse a expertos para realizarse el tratamiento necesario.</p> <p><u>Cannabinoides:</u> Están recomendados para las náuseas y los vómitos en pacientes con cáncer sometidos a QMT. El cannabis tiene propiedades analgésicas, sedantes, antiinflamatorias, antiespasmódicas, estimulantes del apetito y anti convulsionante. Estudios han demostrado una disminución del uso de opioides usando la terapia alternativa con el uso de parches o inhalaciones. Pueden causar la sedación en combinación con otros opioides, es por eso que antes de consumirlos los pacientes deben estar muy vigilados y se deben tener en cuenta todos aquellos aspectos que puedan perjudicar al paciente.</p>
Supportive care in pancreatic ductal adenocarcinoma	2017	B. Laquente, A.Calsina-Berna, A.Carmona-Bayonas, P. Jiménez-Fonseca,	Artículo de revisión	de Barcelon Madrid	-	Describir el abordaje de los síntomas más frecuentes del ACDP (Adenocarcinoma	El principal síntoma es el dolor, que suele aparecer en el epigastrio o hipogastrio. Este puede ser visceral, neuropático o somático. Las principales causas son: destrucción tisular, inflamación, obstrucción ductal,	Los estudios más recientes sugieren que el 51-72% de los pacientes con cáncer de páncreas irresecable tienen obstrucción biliar (BO). Además de ictericia, la BO puede causar prurito, colangitis y disfunción hepática con insuficiencia

		<p>I. Peiró and A.Carrato</p>				<p>Ductal de Páncreas)</p>	<p>infiltración tumoral y oclusión intestinal. Según la WHO la escala del dolor se debe de tratar con la guía de tratamiento para el dolor, sin tener en cuenta la intensidad, la morfología ni el origen. Pero según las guías del NCCN, la intensidad del dolor se debe mediar desde el soporte emocional, la educación sanitaria y el uso de medicación no opiácea. El prurito, las nauseas y el estreñimiento son síntomas que pueden aparecer por el uso de opioides que es la primera opción de tratamiento en pacientes con dolor moderado e intenso. Es por eso por lo que se recomienda el uso de laxantes antes de empezar el tratamiento. La morfina es el primer opioide que se puede dar con extras, si con ella no tenemos suficiente, se pasará como segunda opción a la metadona.</p>	<p>hepática eventual, y se asocia con náuseas, vómitos y caquexia. La obstrucción duodenal ocurre en 10 a 25% de los pacientes, rara vez se encuentra en el momento del diagnóstico (<5%) y suele aparecer después de la obstrucción biliar, en estadios más avanzados de la enfermedad. Los pacientes con PDAC pueden experimentar, en promedio, 11 síntomas diferentes directamente atribuibles a la enfermedad, entre los que el dolor es especialmente relevante. El PDAC causa dolor muy intenso en 50 a 70% de los pacientes. El dolor suele ser difícil de controlar y lo notifican hasta el 75 % de los pacientes en el momento del diagnóstico y hasta el 90 % de los casos en estadios avanzados. El tratamiento adecuado del dolor es, por lo tanto, muy crítico. La primera opción de tratamiento son los opioides. El prurito, las náuseas y el estreñimiento son síntomas que pueden aparecer por el uso de opioides que es la primera opción de tratamiento en pacientes con dolor moderado e intenso. Es por eso por lo que se recomienda el uso</p>
--	--	-----------------------------------	--	--	--	----------------------------	---	---

								de laxantes antes de empezar el tratamiento. La morfina es el primer opioide que se puede dar con extras, si con ella no tenemos suficiente, se pasará como segunda opción a la metadona. También se tienen que considerar otros analgésicos como los AINEs, los corticosteroides o la Gabapentina.
<i>Pain in pancreatic ductal adenocarcinoma: a multidisciplinary, international guideline for optimized management</i>	2018	Asbjorn M Drewes, Claudia M Campbell, Güralp O Ceyhan, Myriam Delhaye, Pramod K Garg, Harry van Goor, Berta Laquente, Bart Morlion, Soren S Olesen, Vikesh K Singh, Per Sjögren, Eva Szigethy, John A Windsor, Marina G	Artículo de revisión	Dinamarca Baltimore Alemania Bélgica India España N.Zelanda Brasil	-	Revisión de la mejora del dolor en el CPA sintetizando la mejor practica y evidencia científica alrededor del mundo des de una visión multidisciplinar.	El dolor abdominal en el PCA es un síntoma muy importante. Debe haber un abordaje multidisciplinar. El dolor que se trata precozmente se puede tratar con analgésicos sin necesidad de opioides, aunque, a medida que la enfermedad avanza, se deben considerar medicamentos para el dolor neuropático. <u>El algoritmo del dolor:</u> Debe ser individualizado y multidisciplinar. La selección del tratamiento. Siempre dependerá del estadio del cáncer, de la disponibilidad de los tratamientos y de los expertos. Si nos centramos en las curas paliativas, lo más importante es qué: deben aliviar los signos y síntomas y deben incluir	Según la revisión, el tratamiento farmacológico para el dolor debe ser (en escala de menos a más): * Antiinflamatorios: Paracetamol (1gr x 4h): se utiliza para el dolor leve. Debido a los efectos secundarios gastrointestinales y cardíacos, normalmente se deben evitar los AINE. También se puede considerar el metamizol. * Opioides suaves (200mg x 2): La codeína y el tramadol potencian el efecto de los analgésicos no opioides. Ambos son profármacos, se metabolizan en opioides activos y pueden provocar los mismos efectos secundarios. * Opioides fuertes: La oxicodona (empezar con 15gr x 2). La adicción no es motivo de gran preocupación en el PDAC

		<p>Salvetti, Rupjyoti Talukdar</p>					<p>siempre un soporte nutricional y un replazo de encimas pancreáticas.</p> <p>La ansiedad y la depresión se pueden enmascarar y la detección con cuestionarios confiables y válidos puede detectar una angustia emocional subyacente significativa. Dichos pacientes pueden beneficiarse de medicamentos con efectos analgésicos y antidepresivos combinados, como los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), que tienen menos efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos tradicionales. Los fármacos antidepresivos también pueden tener propiedades analgésicas neuromoduladoras. También se debe considerar la psicoterapia.</p> <p>Los analgésicos opioides son el pilar en el tratamiento del dolor oncológico intenso. Estos son altamente efectivos y su uso apropiado por parte de médicos competentes es importante.</p> <p>En algunos casos, el dolor abdominal aumenta a pesar de un aumento en la</p>	<p>asociado con una esperanza de vida corta, pero el aumento de la dosis puede ser problemático y algunos pacientes pueden desarrollar hiperalgesia inducida por opioides. Debido a la posible insuficiencia orgánica durante la progresión de la enfermedad, se prefieren los fármacos sin metabolitos activos.</p> <p>*Anticonvulsiantes: Pregabalina (75mg a 300mg x 2): La ganancia terapéutica a menudo es limitada debido a los efectos secundarios (principalmente somnolencia y mareos), pero a menudo estos desaparecen durante el tratamiento.</p> <p>*Antidepresivos (amitriptilina 50mg antes de dormir)</p> <p>*Citalopram (50mg antes de dormir)</p> <p>*Inhibidores de la recaptación de serotonina (Duloxetina 120mg antes de dormir): Se pueden usar cuando se sospecha dolor neuropático y para la ansiedad o depresión.</p> <p>*Ansiolíticos (Diazepam 5mg x 3): Tiene un efecto analgésico limitado, si es que tiene alguno, pero puede amortiguar la ansiedad.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>dosis de opioides, y debe sospecharse disfunción intestinal inducida por opioides (íleo y estreñimiento) o hiperalgesia inducida por opioides (síndrome intestinal narcótico).</p> <p>La rotación de opioides puede ser difícil y los pacientes con dolor pueden necesitar dosis más altas que los pacientes que cambian debido a efectos secundarios intolerables. La administración transdérmica (formulación en parche) puede ser útil en pacientes que tienen problemas con la ingesta oral.</p> <p>Las náuseas, el poco apetito y la falta de sueño son objetivos adicionales.</p> <p>Cerca del final de la vida, el manejo del dolor para el PDAC avanzado y terminal puede convertirse en un gran desafío y se necesita un enfoque interdisciplinario, que incluya especialistas en cuidados paliativos.</p>	<p>*Esteroides (Dexametasona 8mg / día): Los efectos antiinflamatorios pueden ser beneficiosos en algunos casos.</p> <p>*Cannabinoides: (Nabilone 2mg – 6mg / día). Se usa principalmente como analgésico adyuvante y es útil para las náuseas, el apetito y el sueño. La reducción del dolor y los efectos secundarios del sistema nervioso central limitan el uso en algunos pacientes, considerado como agente de tercera línea.</p> <p>*Ondansetrón (8mg x 2): Se usa para las náuseas, pero también puede tener efecto analgésico.</p> <p>Los opioides no deben usarse solos, sino agregados a una estrategia multidisciplinaria que incluya todos los analgésicos adyuvantes necesarios, apoyo psicológico y social.</p> <p>En pacientes con enfermedades progresivas como PDAC, se puede desarrollar insuficiencia renal y hepática severa con el tiempo y algunos opioides como codeína, tramadol y morfina requieren precaución adicional.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

									<p>El dolor irruptivo se puede tratar con formulaciones de fentanilo transmucoso o intranasal de inicio rápido. La metadona puede ser ventajosa en muchos pacientes y puede usarse en pequeñas dosis como complemento del tratamiento con opioides existente.</p> <p>En casos difíciles, se pueden considerar tratamientos complementarios como cannabinoides, ketamina, clonidina, benzodiazepinas, antipsicóticos y esteroides Para el manejo del dolor en PDA, los derivados de cannabinoides se recetan principalmente en la fase paliativa.</p> <p>La evidencia es escasa para la ketamina en el dolor del cáncer. El fármaco puede reducir la tolerancia inducida por opioides y la hiperalgesia, lo que es beneficioso para muchos pacientes. El modo de administración aún no está estandarizado con cierto apoyo para el uso intravenoso o subcutáneo o intranasal.</p>
<i>SEOM</i>	<i>Clinical guideline</i>	2017	C.Jara, S.del Barco, C. Grávalos, S.Hoyo,	Guía clínica	España	-	Describir el tratamiento basado en	Una ayuda multidimensional, regular, adecuada e individual es necesaria para controlar la intensidad del dolor.	El CP es uno de los cánceres que da más dolor neuropático, así como las metástasis óseas. El dolor es mas común

<p><i>treatment of cancer pain</i></p>		<p>B.Hernández, M.Muñoz, T.Quintanar, J.A.Mena, C.Rodriguez, R. De las Peñas</p>				<p>estudios que hay que seguir para el dolor en el cáncer.</p>	<p>Es cierto que, todas las guías actualizadas siguen como estructura la de la escala de la analgesia referente a la OMS.</p> <p>Dolor neuropático: Surge de la enfermedad en los nervios centrales o periféricos como consecuencia de la compresión o infiltración del tumor o la toxicidad del tratamiento. Los pacientes sienten: ardor, electricidad, cambios sensoriales, pérdida del tono muscular y disfunción autonómica.</p> <p>Las principales toxicidades asociadas a los opioides consisten en: GI (estreñimiento, náuseas, vómitos), SNC (deterioro cognitivo, hiperalgesia, alodinia y mioclonía), depresión respiratoria y otras (prurito, sequedad de boca, retención urinaria, hipogonadismo e inmunodepresión)</p> <p>El manejo incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) información del paciente y medidas profilácticas; (2) reducción de la dosis de opioides mediante el uso de un coadyuvante y/o fármaco de primer paso; 	<p>en las fases terminales de la enfermedad. Según estudios anteriores, un 31% de los casos no tienen el dolor bien controlado.</p> <p><u>Dolor leve:</u> Los no opiáceos, como el paracetamol y los AINE, deben considerarse para el tratamiento del dolor por cáncer en este contexto. Son útiles en el dolor leve o leve/moderado y no hay evidencia para afirmar que algunos AINE sean más efectivos o seguros que otros. A dosis terapéuticas, todos ellos presentan en mayor o menor medida propiedades antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas. El paracetamol y los AINE son fármacos eficaces en cualquier escalón de la escala analgésica de la OMS, independientemente de su intensidad y siempre que no esté contraindicado su uso (nivel de evidencia I, grado de recomendación A). Algunos estudios han informado que la combinación de paracetamol con opioides más fuertes mejora el manejo del dolor y aumenta la sensación de bienestar. Los efectos adversos de los AINE incluyen efectos gastrointestinales, renales, hematológicos y pulmonares. Se</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	---

							<p>(3) estrategias farmacológicas, como antieméticos para las náuseas, laxantes para el estreñimiento, tranquilizantes para la confusión, psicoestimulantes para la somnolencia.</p> <p>(4) cambio a otro opioide o ruta.</p> <p>La naloxona es un antagonista capaz de revertir los síntomas de una sobredosis grave de opioides.</p> <p>Los opioides se metabolizan en el hígado: fase I, a través de CYP450; fase II: glucuronidación a través de UGT. La edad, la genética, las comorbilidades, la función renal o hepática y los fármacos concomitantes pueden afectar su metabolismo; en consecuencia, la elección de uno sobre otro debe tener en cuenta estos factores.</p> <p>Se empieza por una dosis, se observa como la tolera el paciente.</p>	<p>recomienda utilizar un número limitado de medicamentos, según la experiencia del médico y teniendo en cuenta las referencias/tolerancia del paciente.</p> <p>La combinación de dos AINE no mejora la analgesia y aumenta la toxicidad.</p> <p>Los AINE y el paracetamol no provocan tolerancia, pero sí tienen un techo terapéutico y usados por encima de la dosis máxima recomendada, no aumentan el efecto analgésico; sin embargo, aumentan la toxicidad.</p> <p><u>Dolor moderado (segundo escalón analgésico de la OMS (EVA 3–6/10):</u> Los opioides suaves son la base del tratamiento (en combinación o no con los fármacos descritos en el primer paso). El paso 2 incluye: codeína, dihidrocodeína y tramadol. Todos estos compuestos están disponibles en formas de liberación controlada. También se pueden considerar dosis bajas de fentanilo transdérmico y buprenorfina. Algunos estudios han demostrado que la eficacia en el segundo escalón de la escalera de la OMS dura alrededor de 1 mes para la mayoría de los pacientes, debido a la</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	---

analgesia insuficiente. Dado que los opioides débiles tienen techo terapéutico, algunos autores han propuesto abandonar su uso en dolor moderado a favor de un inicio temprano del tercer escalón con dosis bajas de opioides fuertes.

Dolor intenso (EVA >10): Los opioides fuertes son la piedra angular de la analgesia en este contexto. La morfina, la metadona, la oxicodona, la hidromorfona, el fentanilo y la buprenorfina son las más utilizadas en Europa.

La evidencia disponible sugiere que la morfina oral, la hidromorfona, la oxicodona y la metadona tienen una eficacia similar (nivel de evidencia I, grado de recomendación A). La elección debe tener en cuenta la eficacia, seguridad y flexibilidad (nivel de evidencia II, grado de recomendación B). La morfina es el estándar de oro, dada su versatilidad (oral, rectal, s.c., i.v., i.m., vías intratecales), seguridad y precio (tabla 1).

La primera elección es la morfina oral (nivel de evidencia IV, grado de recomendación D). Cuando se requiera

								<p>alivio urgente, titule con opioides parenterales; asimismo, también pueden utilizarse en pacientes en los que los opioides orales no sean adecuados y los requerimientos analgésicos sean inestables. La relación equianalgésica entre vía oral y parenteral es de 2:1 o 3:1 (nivel de evidencia II, grado de recomendación A).</p> <p>Los opioides transdérmicos (TTS) (fentanilo, buprenorfina) son alternativas válidas cuando los opioides orales no son adecuados y los requerimientos analgésicos son estables (nivel de evidencia II, grado de recomendación A). TTS fentanilo muestra un buen cumplimiento por parte del paciente (nivel de evidencia I, grado de recomendación B). Todavía no hay pruebas suficientes para apoyar el uso de la terapia con opioides combinados. Los opioides fuertes se pueden combinar con el uso continuado de un analgésico no opioide (nivel de evidencia II, grado de recomendación B). En caso de insuficiencia renal, los opioides deben usarse con precaución; en este contexto,</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

la buprenorfina es la más segura (nivel de evidencia IV, grado de recomendación C). Los opioides son la primera línea de tratamiento para el dolor moderado a grave, es por eso por lo que se requieren altas dosis.

Se usarán analgésicos adyuvantes. Como tratamiento de primera línea, el Fentanilo transdérmico no debería de usarse cuando el dolor puede estabilizarse con otros opioides ya que, este tiene un fuerte potencial de sedante.

Los **analgésicos adyuvantes**: Se pueden usar medicamentos con propiedades analgésicas en condiciones de dolor, incluyendo anti convulsionantes (gabapentina / pregabalina), antidepresivos (duloxetina / venlafaxina), antagonistas NMDA (ketamina), corticoesteroides o anestésicos locales como la lidocaína.

- Gabapentina /pregabalina → tienen un beneficio moderado en los pacientes
- Venlafaxina / duloxetina → disminuye el dolor, pero según se ha demostrado, solo

								disminuye un 1 en una escala 0-10.
<i>Nonpharmacologic pain interventions. A review of evidence-based practices for reducing chronic cancer pain.</i>	2016	Linda H, Jeannine M.Brant, Karen Mcleod, Chao Yeh.	Revisión de la literatura	EE. UU	154 estudios	<p>Apreciar la fuerza y la calidad de la evidencia empírica de las intervenciones farmacológicas para reducir el dolor crónico debido al cáncer.</p>	<p>Estas recomendaciones deben incorporarse a las políticas y procedimientos institucionales para que los proveedores no dependan de las terapias basadas en opioides como primera línea de tratamiento para el dolor crónico del cáncer. Como se indica en esta revisión sistemática, la CEC para el dolor relacionado con los cánceres pancreático y abdominal, y la radioterapia para el dolor óseo, son intervenciones efectivas para el tratamiento del dolor crónico por cáncer; por lo tanto, estas son opciones de tratamiento a considerar al desarrollar planes de manejo del dolor individualizados.</p> <p>Aunque las intervenciones restantes abordadas en esta revisión sistemática no tienen una efectividad establecida, los pacientes pueden expresar interés en probarlas. Los riesgos y beneficios del uso de estas intervenciones deben sopesarse cuando se analizan las</p>	<p>Las intervenciones en este artículo se clasifican como recomendadas para la práctica, con probabilidades de ser efectivas y efectividad no establecida.</p> <p>RECOMENDADAS PARA PRÁCTICA:</p> <p><u>Bloqueo del plexo celíaco:</u> Se ha corroborado que el bloqueo del plexo celíaco (CEC) es eficaz en el tratamiento del dolor oncológico crónico. Las pautas de la NCCN (2016) para el dolor por cáncer en adultos concluyen que la CEC puede proporcionar una mejora en la reducción del dolor en comparación con los analgésicos sistémicos.</p> <p><u>Radioterapia:</u> Tanto las pautas de la American Society for Radiation (Lutz et al., 2011) como las pautas de la NCCN (2016) para el dolor por cáncer en adultos sugieren la radioterapia para el tratamiento del dolor óseo. La radioterapia también se ha evaluado para controlar el dolor en pacientes con otros diagnósticos de cáncer. Una revisión sistemática (Macleod, Price, O'Rourke,</p>

							<p>opciones de tratamiento con los pacientes.</p> <p>Se necesita investigación adicional para probar la efectividad de las intervenciones no farmacológicas. Los estudios de investigación bien diseñados con grupos de control apropiados y aleatorización proporcionarán la evidencia científica para respaldar o no el uso de estas intervenciones con pacientes con dolor crónico por cáncer. Es necesario determinar el momento y la dosis de estas intervenciones para que los proveedores de atención médica puedan optimizar los efectos de alivio del dolor.</p> <p>La mayoría de las intervenciones no farmacológicas para reducir el dolor oncológico crónico revisadas tienen pruebas insuficientes o contradictorias para apoyar su uso en la práctica.</p> <p>Las intervenciones no farmacológicas tienen potencial para reducir el dolor crónico de mano de los farmacológicos.</p> <p>En pacientes con enfermedades avanzadas nos centraremos en aquellos</p>	<p>Fallon y Laird, 2014) examinó la evidencia de la radioterapia en el tratamiento del mesotelioma pleural maligno, pero encontró poca evidencia para el control del dolor. Un pequeño estudio (Topkan et al., 2015) de 78 pacientes mostró que la irradiación torácica de dosis única fue eficaz para controlar el dolor relacionado con el cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio IV. Se necesita más investigación para evaluar sistemáticamente la seguridad, la tolerabilidad y la eficacia de la radioterapia en diagnósticos de cáncer específicos.</p> <p>PROBABILIDAD DE SER EFECTIVAS</p> <p>Intervenciones psicoeducativas: La educación puede considerarse un tratamiento complementario con enfoques farmacológicos. Aunque una gran cantidad de investigación ha abordado las intervenciones psicoeducativas y su eficacia para reducir el dolor crónico por cáncer, se necesita investigación adicional para identificar los componentes específicos de estas intervenciones que son efectivos y para</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>que no sean invasivas ni supongan un gran esfuerzo para el paciente.</p> <p>establecer la duración y frecuencia óptimas de las intervenciones. Estos incluyen sesiones educativas dirigidas por enfermeras, terapias cognitivas conductuales interactivas, entrevistas de telesalud, intervenciones psicosociales, educación estructural con un folleto, educación personalizada y entrenamiento.</p> <p>EFICACIA NO ESTABLECIDA</p> <p><u>La danza como terapia:</u>Un ECA ha evaluado la eficacia de seis sesiones de terapia de movimiento de baile para reducir el dolor crónico con 139 mujeres sometidas a radioterapia por cáncer de mama (Ho, Fong, Cheung, Yip y Luk, 2016). Aunque la intensidad del dolor y la interferencia disminuyeron en el grupo de intervención y aumentaron en el grupo de control en lista de espera ($p < 0,05$), se necesita investigación adicional con un grupo de control de atención.</p> <p><u>Ejercicio:</u> Debido a limitaciones metodológicas, como tamaños de muestra pequeños, sin grupos de control y alta deserción, el ejercicio no se ha establecido como una intervención eficaz</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

para reducir el dolor crónico por cáncer. Además, las pautas del American College of Physicians también reconocieron que no hay evidencia suficiente para esta intervención en el alivio del dolor.

Escritura expresiva: Se han realizado pocas investigaciones hasta la fecha para examinar la eficacia de una intervención de escritura para reducir el dolor crónico del cáncer. Un ECA, que pidió a los pacientes que escribieran durante al menos 20 minutos una vez a la semana sobre cómo el cáncer afectaba sus vidas, no encontró diferencias en la intensidad del dolor entre el grupo de intervención y los grupos de atención habitual y control atencional (Cepeda et al., 2008).

Hipnosis: Las pautas de NCCN (2016) identificaron la hipnosis como un complemento potencialmente beneficioso para el manejo del dolor. Dos ECA (Butler et al., 2009; Ebell, 2008) encontraron que la hipnosis por sí sola, o administrada como una intervención grupal con educación, tiene el potencial de reducir el dolor crónico por cáncer. Para establecer la eficacia, se necesita

investigación adicional con tamaños de muestra más grandes.

Yoga: Un metaanálisis (Buffart et al., 2012) y un estudio cuasiexperimental (Galantino et al., 2012) abordaron el uso del yoga en el tratamiento del dolor crónico por cáncer. El yoga redujo el dolor; sin embargo, los estudios tenían fallas metodológicas, como tamaños de muestra pequeños y falta de grupos de control.

Acupresión: La acupresión en puntos auriculares ha sido evaluados en 50 pacientes con cáncer en China (Yeh, Chien, Chiang, Ren, & Suen, 2015). La severidad del dolor disminuyó después de la acupresión y después volvió a aumentar.

En el 58% de los pacientes el dolor disminuyó. En el 63% los pacientes requirieron menos medicación para el dolor. Aunque tengamos estos datos, se requieren más estudios.

Acupuntura: Puede ser una técnica a parte del tratamiento farmacológico.

								<p>No han encontrado evidencia suficiente de la acupuntura en la disminución del dolor en el cáncer.</p> <p>Masaje de pies: Un estudio cuasiexperimental con 60 pacientes con cáncer comparó un masaje de pies de 30 minutos durante tres días con una condición de control (Doss, 2014). El grupo de intervención tuvo una reducción significativa del dolor en comparación con el grupo de control ($p < 0,01$), pero debido al pequeño tamaño de la muestra y la falta de asignación al azar, no se establecieron pruebas para esta intervención.</p> <p>Masaje: Un metaanálisis y dos revisiones sistemáticas indicaron que los resultados no fueron concluyentes con respecto a la efectividad del masaje para reducir el dolor debido a evidencia insuficiente o tamaños de muestra pequeños (Chen et al., 2016; Hökkä et al., 2014; Wilkinson et al., 2008), lo que llevó a la conclusión de que la efectividad no está establecida.</p> <p>Reiki: Dos revisiones sistemáticas (Gonella, Garrino y Dimonte, 2014; Thrane y Cohen, 2014) y dos estudios (Birocco et al., 2012; Rosenbaum y Velde,</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								2016) demostraron que el Reiki puede ser eficaz para la reducción del dolor y la ansiedad. pero se necesita más investigación para establecer su eficacia como curso de tratamiento.
<i>Palliative Care and Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue.</i>	2020	Lesley A, Matthew Maddocks, Catherine Evans, Martin Davidson, Stephanie Hicks, Irene J. Higginson.	Revisión de a literatura	Reino Unido	133 artículos	Describir el rol de la atención paliativa para dar un apoyo holístico durante la trayectoria del cáncer.	Los tratamientos farmacológicos en el cáncer avanzado incluyen terapias físicas o cognitivas. La evidencia para reforzar la efectividad de la acupuntura o aromaterapia para reducir el dolor en el cáncer es escasa. Para el manejo farmacológico del dolor moderado a intenso, la analgesia no opioide como los AINEs son usadas abundantemente en la práctica clínica. Los opioides son introducidos en el segundo escalón según la escala de la OMS. Especialmente, la morfina es el primer analgésico que consideraremos en un dolor moderado a severo. Para el dolor neuropático los anti convulsionantes y antidepresivos están considerados el tratamiento estándar. Una revisión de Cochrane sostiene que la Metadona puede ser ayuda como	En el cáncer avanzado de un 35 a un 96% de los pacientes experimentan dolor. A pesar de la disponibilidad de guías de manejo, más del 30% de los pacientes con cáncer reciben analgesia inadecuada para el dolor. Identificar la modalidad del dolor (nociceptivo, neuropático o combinado) ayuda a dirigir la terapia eficaz, con la escala analgésica de la OMS que proporciona un marco terapéutico. Los tratamientos no farmacológicos en el tratamiento del dolor por cáncer incluyen modalidades físicas (masajes, aromaterapia, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y acupuntura) y cognitivas (ejercicios de relajación, distracción y visualización). falta estimulación nerviosa y acupuntura para reducir la intensidad del dolor en pacientes con cáncer.

							<p>adyuvante en los pacientes con hiperalgesia.</p> <p>Para el masaje, los hallazgos de los estudios han sido mixtos, aunque la mayoría de los efectos positivos no se mantienen más allá del período de intervención o inmediatamente después. Para las modalidades cognitivas, la evidencia apoya reducciones inmediatas en la intensidad del dolor; sin embargo, de manera similar al hallazgo para el masaje, faltan pruebas que respalden reducciones sostenidas del dolor.</p> <p>Para el tratamiento farmacológico del dolor leve a moderado, los analgésicos no opioides, como el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos, siguen siendo ampliamente utilizados en la práctica clínica.</p> <p>Los opioides para el dolor leve a moderado se agregan en el paso dos de la escalera analgésica de la OMS. El fosfato de codeína y/o el tramadol se usan comúnmente, aunque esto está respaldado por evidencia limitada. Dos revisiones Cochrane recientes encontraron solo evidencia débil para respaldar su uso, y algunos autores han sugerido pasar por alto el paso dos de la</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

escalera analgésica de la OMS y proceder directamente del paso uno al paso tres.

Los **opioides**, específicamente la **morfina**, siguen siendo el analgésico de primera elección para el dolor moderado a severo relacionado con el cáncer. Una revisión de 2017 de nueve revisiones sistemáticas (que incorporó 152 estudios individuales) que examinó cualquier opioide para el dolor relacionado con el cáncer encontró que, en promedio, 19 de 20 pacientes con cáncer con dolor moderado o intenso que reciben opioides y pueden tolerarlos tendrán el dolor se redujo a leve o ningún dolor en 14 días.

Los opiáceos deben administrarse por vía oral siempre que sea posible y ajustarse individualmente a la dosis tolerable más baja efectiva. Las preparaciones de liberación inmediata o de liberación modificada se pueden prescribir con regularidad, y las preparaciones de liberación inmediata también están disponibles según se requieran para el dolor irruptivo. No existe evidencia de superioridad entre los opioides para el dolor moderado a intenso: la morfina

sigue siendo el opioide de elección de primera línea en la guía internacional debido a su familiaridad, disponibilidad y costo.

El **fentanilo** y la **buprenorfina** se recomiendan en caso de insuficiencia renal) cuando la morfina está contraindicada. A pesar de la evidencia limitada, el cambio entre las preparaciones de opioides es una práctica común cuando el opioide de primera línea elegido es ineficaz o mal tolerado. Los efectos adversos de la terapia con opioides son comunes y predecibles. El estreñimiento, las náuseas y los vómitos son los más comúnmente informados, y las guías recomiendan el uso de laxantes con todas las recetas de opioides.

Más del 20% de los pacientes con cáncer experimentan dolor neuropático. Aunque los medicamentos anticonvulsivos o antidepresivos se consideran el tratamiento estándar del dolor neuropático no maligno, la evidencia de su eficacia en el cáncer es mixta.

								No se ha demostrado que la ketamina sea eficaz para los pacientes con dolor neuropático relacionado con el cáncer. dolor, aunque puede tener un papel en un subsector específico de pacientes con hiperalgesia. Una revisión sistemática Cochrane encontró una falta de evidencia para respaldar el uso de metadona como adyuvante para el dolor neuropático relacionado con el cáncer. Datos limitados sugieren que puede tener un papel en pacientes con dolor relacionado con el cáncer que no responde a la morfina u otros opioides. Su compleja farmacología requiere su uso por parte de médicos especialistas.
<i>Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients.</i>	2019	Gary Deng	Manuscrito	Nueva York	-	Describir los resultados obtenidos de estudios relacionados con la actuación de la musicoterapia y la acupuntura en el manejo del	La música puede expresar y comunicar en formas que las palabras no pueden. El uso del sonido y la música para obtener cambios sociales, físicos, emocionales y espirituales puede ser vista en casi todas las culturas mundiales. Es importante considerar qué estas terapias, no solo debemos tener en cuenta la presencia o ausencia de una	El dolor es uno de los síntomas más comunes, molestos y temidos que experimentan los pacientes con cáncer. Un metaanálisis de 122 estudios (n=4199) mostró que alrededor del 55% de los pacientes experimentan dolor durante el tratamiento del cáncer. El manejo del dolor puede incluir intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

						<p>dolor causado por el cáncer.</p>	<p>terapia particular, sino que también la fuerza de la evidencia y el efecto sobre el paciente tanto positivos como negativos.</p>	<p>Aunque estas tienen muchos efectos adversos como el estreñimiento, la pérdida de energía, las náuseas e indigestiones.</p> <p>Los efectos secundarios del tratamiento y el miedo de desarrollar adicción o tolerancia son las razones por las que los pacientes no están a favor con seguir el tratamiento.</p> <p>Las opciones farmacológicas incluyen opioides (oxicodona, morfina, hidromorfona y fentanilo), anticonvulsivos (gabapentina o pregabalina) para el dolor neuropático.</p> <p>Los antiinflamatorios se usan para el dolor moderado, pero no son los adecuados durante la QMT paliativa porque no son favorables por la toxicidad que liberan o la capacidad para enmascarar la fiebre, principal signo de infección.</p> <p>Los antidepresivos y ansiolíticos o esteroides a veces se usan como adjuntos para mejorar el control del dolor.</p> <p>Los opioides están indicados y son necesarios para pacientes con cáncer avanzado y dolor intratable.</p>
--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	---	--

								<p>Acupuntura: Hay fuerte evidencia soportando su efecto analgésico en el dolor esquelético y muscular. Una revisión sistemática de 17 estudios (n=2.027) muestra que la acupuntura reduce la intensidad del dolor leve en la zona lumbar.</p> <p>Según la búsqueda de la neurociencia, los mecanismos de acción de la acupuntura se basan en incrementar la producción de los neurotransmisores analgésicos endógenos, como las endorfinas que colaboran en la moderación de la percepción del dolor. En otra revisión, de Cochrane, para el tratamiento del dolor relacionado con el que produce el cáncer, 5 estudios randomizados (n=285), mostró que la acupuntura era superior o equivalente al efecto de las medicaciones orales administradas siguiendo la escala analgésica de la OMS.</p> <p>Musicoterapia: En un metaanálisis de 97 estudios, la musicoterapia demostró reducir el dolor, el estrés emocional que produce el dolor y la disminución del uso de opioides.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								<p>Se considera segura, tiene un riesgo psicológico ya que puede desencadenar fuertes emociones.</p> <p>Una de las principales barreras para el uso de estas terapias alternativas no se encuentra dentro de los servicios que se ofrecen en el hospital y por lo tanto, requieren un aporte económico individualizado.</p> <p>Las directrices de la Comisión Conjunta del Colegio Estadounidense de Médicos (ACP), la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN) y la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO) recomiendan una combinación de modalidades farmacológicas y no farmacológicas.</p>
<i>ESMO: Management of cancer pain in adult patients.</i>	2018	M. Fallon, R.Guisti, F.Aielli, P.Hoskin, R.Rolke, M.Sharma como miembros del comité de la ESMO.	Guía de práctica clínica.	Edimburgo Italia R. Unido Alemania	-	Describir el manejo terapéutico en el dolor producido por el cáncer en pacientes al final de la vida.	<p>El dolor al final de la vida: Esta acompañado de: disnea, agitación, delirio y ansiedad.</p> <p>Una evaluación cuidadosa del sufrimiento físico y psíquico sustenta las decisiones sobre las intervenciones terapéuticas más apropiadas.</p> <p>Si es dolor es refractario, el médico debe (después de una evaluación física y sufrimiento total) debe percibir la</p>	<p>Entre un 53-70% de pacientes con dolor provocado por el cáncer, requieren una ruta alternativa para la administración de opioides en los meses o horas anteriores a la muerte.</p> <p>La revisión sistemática más completa indica que la prevalencia del dolor oscila entre el 33 % en pacientes después de un tratamiento curativo, el 59 % en pacientes con tratamiento contra el cáncer y el 64 %</p>

						<p>aplicación adicional de intervenciones estándar como técnicas de intervención simples como se describe cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe una incapacidad de proporcionar un alivio adecuado. - Está asociado con una morbilidad aguda o crónica excesiva o intolerable. - Que sea poco probable de un futuro alivio. <p>En esta situación, la sedación total puede ser la única opción terapéutica capaz de proporcionar un alivio adecuado. La sedación es la última opción y debe de ser adecuada y proporcionada al objetivo.</p> <p>Aunque, antes de iniciar la sedación, se tienen que haber tratado todas las posibles causas originarias del dolor de manera multidisciplinaria.</p> <p>La sedación se inicia con bolus para lograr un alivio adecuado y se sigue con una perfusión continua para asegurar el mantenimiento del efecto. Por eso, los pacientes deben de estar monitorizados.</p>	<p>en pacientes con enfermedad metastásica, avanzada o terminal.</p> <p>El dolor tiene una alta prevalencia en las primeras etapas de la enfermedad en tipos específicos de cáncer como el de páncreas (44%) y el de cabeza y cuello (40%).</p> <p>Estudios europeos confirmaron estos datos de los Estados Unidos, mostrando que diferentes tipos de dolor o síndromes dolorosos estaban presentes en todos los estadios del cáncer y no eran tratados adecuadamente en un porcentaje importante de pacientes, que oscilaba entre el 56% y el 82,3%.</p> <p>ABORDAJE DEL DOLOR: <u>DOLOR LEVE:</u> El paracetamol y los AINE se aceptan universalmente como parte del tratamiento del dolor por cáncer en cualquier etapa de la escala analgésica de la OMS. Varias revisiones sistemáticas relevantes están disponibles con respecto a la eficacia del paracetamol y los AINE para el tratamiento del dolor por cáncer, ya sea cuando se usan solos o en combinación con opioides.</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

							<p>Debemos pautar laxantes antes de empezar el tratamiento con opioides.</p>	<p>Aines: En 2017, Cochrane identificó 11 estudios de AINE orales en adultos con dolor por cáncer. Estos incluyeron 949 participantes; sin embargo, ningún estudio examinó los efectos de los AINE junto con un opiáceo (como la morfina), aunque así es como se usan a menudo. Todos los estudios se vieron comprometidos por números pequeños. Con cualquier AINE, el dolor oncológico moderado o intenso se redujo a no más que un dolor leve en el 26 % al 51 % de los pacientes, después de 1 o 2 semanas en 4 de los 11 estudios.</p> <p>Según esta revisión Cochrane de 2017, no hay evidencia concluyente para apoyar o refutar el uso de AINE solos o en combinación con opioides para el tratamiento del dolor oncológico leve. (Existe evidencia limitada de que algunas personas con dolor oncológico moderado o severo pueden obtener niveles sustanciales de beneficio dentro de 1 o 2 semanas).</p> <p>Es importante monitorear y reevaluar el uso a largo plazo de AINE o inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 (COX-2)</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

debido a su toxicidad significativa (por ejemplo, hemorragia gastrointestinal, disfunción plaquetaria e insuficiencia renal). Los inhibidores selectivos de la COX-2 pueden aumentar el riesgo de reacciones adversas cardiovasculares trombóticas y no reducen el riesgo de insuficiencia renal.

DOLOR MODERADO

Tramadol: Existe un uso generalizado de tramadol en cuidados paliativos, aunque los datos sobre su uso son limitados y los efectos adversos pueden ser graves. El tramadol tiene un papel potencial en el escalón 2 de la escala analgésica, particularmente si no se toleran otros fármacos del escalón 2, pero faltan estudios adecuados que comparen el tramadol con otros fármacos del escalón 2 (p. ej., codeína o dihidrocodeína).

Tramadol puede tener efectos secundarios significativos, como mareos, náuseas, vómitos y estreñimiento. El tramadol afecta el metabolismo o la disponibilidad de la serotonina, lo que puede conducir a la toxicidad de la serotonina, particularmente en los

ancianos, y puede reducir los umbrales de las convulsiones.

Codeína: tiene poco o ningún efecto analgésico hasta que se metaboliza a morfina. En los metabolizadores lentos, por lo tanto, es esencialmente ineficaz, mientras que en los metabolizadores ultrarrápidos es potencialmente tóxico. La evidencia disponible indica que la codeína es más eficaz contra el dolor del cáncer en adultos que el placebo, pero con un mayor riesgo de náuseas, vómitos y estreñimiento.

DOLOR GRAVE: El primer fármaco de opción es la **morfina**. Según el último informe de la Sociedad Europea de Oncología Médica-Asociación Europea de Cuidados Paliativos (ESMO-EAPC), en Europa se utilizan morfina, metadona, oxicodona, hidromorfona, fentanilo, alfentanilo, buprenorfina, diamorfina, levorfanol y oximorfona. En algunos países ha aumentado el consumo de oxicodona y parches de fentanilo y buprenorfina, y la lista de medicamentos esenciales de la OMS incluye parches de morfina, metadona y fentanilo para el

								<p>tratamiento del dolor oncológico. Ya están disponibles nuevas preparaciones de combinación de opioides, p. oxicodona/naloxona, que han demostrado ser potencialmente útiles para reducir el estreñimiento inducido por opioides.</p> <p>La última revisión sistemática Cochrane publicada en 2016 analizó 62 estudios con 4241 participantes y apoyó el uso de morfina oral como analgésico efectivo para el dolor oncológico, con una baja tasa (6%) de eventos adversos intolerables informados. El fentanilo transdérmico también logró tasas similares de analgesia eficaz y también se ha defendido como un analgésico eficaz y tolerable.</p> <p>Aunque se recomienda la vía de administración no parenteral cuando corresponda, los pacientes que presenten un dolor intenso que necesite un alivio urgente deben ser tratados y dosificados con opioides parenterales, generalmente administrados por vía subcutánea (s.c.) o intravenosa (i.v.).</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								<p>El fantanilo y la buprenorfina (por vía t.d. o i.v.) son los opioides más seguros en pacientes con enfermedad renal crónica en estadios 4 o 5.</p> <p>Cannabinoides: Para los pacientes con cáncer avanzado cuyo dolor no se alivia por completo con la terapia con opiáceos, el efecto aditivo al tratamiento con opiáceos en curso sigue sin estar claro. Es necesario realizar más ensayos clínicos doble ciego controlados con placebo con muestras de gran tamaño para establecer la dosis óptima y la eficacia de las diferentes terapias basadas en cannabis.</p> <p>Manejo de los efectos adversos de los opioides: La metoclopramida y los fármacos antidopaminérgicos se utilizan con frecuencia para el tratamiento de las náuseas y los vómitos relacionados con los opioides.</p>
<i>Pathogenesis and Treatment of Pancreatic Cancer Related Pain</i>	2020	Ines Lohse, Shaun P. Brothers	Manuscrito	EE. UU (Miami)	-	Revisar las estrategias de tratamiento actuales del CP y el dolor asociado.	El CP a menudo se diagnostica debido a que el paciente busca atención médica por dolor abdominal. Es uno de los cánceres más dolorosos y la intensidad del dolor se correlaciona fuertemente con el pronóstico.	Estudios han demostrado que la mayoría de los pacientes con CP, alrededor del 75% presentan dolor en el momento del diagnóstico, aunque la intensidad del dolor varía según el sitio de distribución

						<p>El manejo del dolor es especialmente desafiante debido a la edad avanzada del paciente, la naturaleza agresiva de la enfermedad y el uso de un régimen de tratamiento agresivo.</p> <p>Los tratamientos para el cáncer de páncreas actualmente disponibles a menudo exacerban el dolor, y las estrategias de control del dolor son casi exclusivamente de naturaleza opioide, que no solo tiene efectos secundarios significativos, sino que hacen poco para abordar las causas subyacentes.</p> <p>Los pacientes con CP suelen sufrir altos niveles de síntomas de dolor abdominal que surgen de una variedad de causas, que incluyen daño tisular, inflamación, obstrucción e infiltración ductal, y pueden ser de origen visceral, somático o neuropático.</p> <p>El dolor somático surge de la invasión local y la metástasis en el peritoneo, el retroperitoneo y los huesos circundantes, mientras que el dolor visceral surge de la infiltración de órganos adyacentes, como el hígado y</p>	<p>en el páncreas, la anatomía y la presencia de lesiones metastásicas o invasión local.</p> <p>El tratamiento de primera línea para el dolor del cáncer de páncreas suele ser una farmacoterapia basada en opioides de nivel medio que tiene como objetivo controlar los síntomas del dolor y minimizar los efectos secundarios de los opioides.</p> <p>Los analgésicos adyuvantes, como los glucocorticoides, los antidepresivos y los anticonvulsivos, pueden ser útiles cuando el tratamiento con opioides por sí solo no tiene éxito.</p> <p>Se ha informado que el bloqueo neurolítico del plexo celíaco (NCPB) de las fibras nociceptivas aferentes como un medio para aliviar el dolor relacionado con el cáncer visceral usando etanol es eficaz en el 74 % de los pacientes. Sin embargo, este método tiene algunos efectos secundarios indeseables, como la inducción de dolor de espalda e hipertensión ortostática. Menos frecuentes, aunque más graves, también pueden presentarse otros efectos</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>la acumulación de ascitis en pacientes de etapa tardía.</p> <p>Los pacientes con cáncer de páncreas reciben una serie de intervenciones invasivas como parte del diagnóstico del cáncer y enfoques de tratamiento curativo/paliativo, ya sea como parte de la atención estándar o como parte de ensayos clínicos. Nuevos enfoques terapéuticos o tratamientos combinados se evalúan continuamente de manera preclínica y clínica en un esfuerzo por reemplazar las toxicidades inducidas por el tratamiento actual. Aunque el dolor infligido por la cirugía del cáncer o los procedimientos de diagnóstico puede ser intenso, estos síntomas de dolor generalmente son de corta duración y pueden tratarse fácilmente con fármacos en la mayoría de los casos. Efectos secundarios sistémicos del tratamiento con quimioterapia, radioterapia o la combinación, como supresión de la médula ósea, inmunosupresión, náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, anorexia, astenia, caquexia, toxicidad</p>	<p>secundarios como lesión medular por isquemia espinal, entre otros.</p> <p>Los cannabinoides, como el Dronabinol y la Nabilona, son fármacos aprobados para el tratamiento sintomático de los efectos secundarios relacionados con el cáncer. Los cannabinoides reducen los síntomas del dolor a través de modos de acción supraespinales, espinales y periféricos y se pueden usar para aliviar tanto los estados de dolor inducidos por el tratamiento como por la enfermedad. Clínicamente, los cannabinoides se utilizan principalmente como terapia de apoyo para reducir el dolor, mejorar el sueño y el estado nutricional de los pacientes con CP.</p> <p>Otros tratamientos implican acupuntura o hipnosis. Aunque el resultado del tratamiento y el alivio del dolor difieren drásticamente entre los pacientes, se han observado resultados positivos en algunos pacientes. Se requiere un seguimiento adicional de estos resultados antes de la implementación amplia y el reemplazo de métodos más probados; sin embargo, dada la ausencia total de</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>cardiovascular, renal y hepática, alopecia, desprendimiento de piel y membranas mucosas, así como las toxicidades neuropáticas centrales y periféricas, sin embargo, pueden persistir durante todo el tratamiento y no se abordan fácilmente sin la interrupción del tratamiento.</p> <p>El dolor neuropático inducido por la QMT se observa comúnmente en pacientes con cáncer en respuesta a los fármacos.</p> <p>Debido a que los pacientes con cáncer de páncreas muestran altos niveles de dolor asociado con el cáncer antes de la terapia, el dolor relacionado con el tratamiento a menudo es difícil de distinguir y puede tener una contribución relativamente menor al dolor general.</p> <p>El dolor relacionado con el cáncer de páncreas generalmente se trata farmacéuticamente con analgésicos, opioides y medicamentos antiinflamatorios, cada uno de los cuales puede estar asociado con efectos secundarios graves.</p>	<p>efectos secundarios adversos, estos pueden considerarse terapias adyuvantes sin potencial significativo para causar daño.</p> <p>La mayoría del dolor por cáncer y el dolor inducido por el tratamiento pueden abordarse utilizando la escala analgésica de tres niveles de la OMS, en la que se priorizan los analgésicos leves a menos que no puedan abordar el estado de dolor, seguidos de agentes y combinaciones progresivamente más fuertes.</p> <p>En los casos de tumores localmente avanzados que se presentan con síntomas de dolor asociados con la obstrucción del intestino delgado o la acumulación de bilis, se utiliza la cirugía de derivación biliar o gástrica para reducir los síntomas de dolor.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

<p>Tramadol with or without paracetamol (acetaminophen) for cancer pain</p>	<p>2017</p>	<p>Philip J. Wiffen, Shena Derry and R.Andrew Moore</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Reino Unido</p>	<p>10 estudios (958 pacientes)</p>	<p>Evaluar los efectos beneficiosos y adversos del tramadol con o sin paracetamol (acetaminofeno) para el dolor relacionado con el cáncer.</p>	<p>Hay evidencia limitada, de muy baja calidad, de ensayos controlados aleatorios de que el tramadol produjo alivio del dolor en algunos adultos con dolor debido al cáncer y ninguna evidencia para los niños. Hay pruebas de muy baja calidad de que no es tan eficaz como la morfina. Esta revisión no proporciona una indicación fiable del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente diferente es muy alta. El lugar del tramadol en el tratamiento del dolor por cáncer y su función como escalón 2 de la escalera analgésica de la OMS no está claro.</p>	<p>Las comparaciones únicas de tramadol oral con codeína más paracetamol, de dihidrocodeína y de tramadol rectal versus oral no proporcionaron datos para los resultados clave. Un estudio usó tramadol combinado con paracetamol; cuatro participantes recibieron esta intervención. Un estudio comparó tramadol con placebo y una combinación de tramadol e ibuprofeno, pero el programa de dosificación se explicó de manera deficiente. Dos estudios (191 participantes) compararon tramadol con buprenorfina. Un estudio (131 participantes) informó una proporción similar de dolor leve o sin dolor a los 14 días. Tres estudios (300 participantes) compararon tramadol con morfina. Solo un estudio que combinó tramadol, tramadol más paracetamol y paracetamol más codeína como un único grupo de opiáceos débiles informó resultados. El opiáceo débil produjo una reducción del dolor de al menos un 30 % desde el inicio en 55/117 (47 %) participantes, en</p>
--	-------------	---	-------------------------------	--------------------	------------------------------------	--	--	---

								comparación con 91/110 (82 %) participantes con morfina. Los opiáceos débiles produjeron una reducción del dolor de al menos un 50% en 49/117 (42%) participantes, en comparación con 83/110 (75%) participantes con morfina. No hubo información útil para ningún otro resultado de beneficio o daño.
<i>Methodone for neuropathic pain in adults (Review)</i>	2017	Ewan D McNicol, McKenzie C Ferguson, Roman Schumann	Revisión bibliográfica	EE. UU	3 estudios (105 pacientes)	Evaluar la eficacia analgésica y los eventos adversos de la metadona para el dolor neuropático crónico en adultos.	Los tres estudios proporcionan pruebas muy limitadas y de muy baja calidad sobre la eficacia y la seguridad de la metadona para el dolor neuropático crónico, y hubo muy pocos datos para el análisis agrupado de la eficacia o el daño, o para tener confianza en los resultados de los estudios individuales.	Dos estudios informaron que 11/29 participantes que recibieron metadona lograron un alivio del dolor del 30% versus 7/29 participantes que recibieron placebo. Sólo un estudio presentó datos de una manera que permitió calcular el número de participantes con al menos un 50% de alivio del dolor. Ninguno de los 19 participantes logró una reducción del 50 % en la intensidad del dolor, ya sea al recibir metadona o al recibir placebo. Para los resultados secundarios de eficacia, un estudio informó la intensidad máxima y media del dolor y el alivio del dolor, e informó mejoras estadísticamente significativas versus placebo para todos los resultados con dosis diarias de 20 mg de metadona, pero

								<p>no con dosis diarias de 10 mg. El segundo estudio informó diferencias en la reducción del dolor entre la metadona (n = 26) y la morfina (n = 38) y encontró que la morfina era estadísticamente superior. El tercer estudio informó el número de respondedores (definidos de diversas formas) para varios resultados de dolor y funcionales y encontró que la metadona fue estadísticamente superior al placebo para los resultados de intensidad del dolor categórico y dolor evocado.</p> <p>Un estudio informó las incidencias de varios eventos adversos individuales, pero encontró una mayor incidencia estadísticamente significativa para la metadona sobre el placebo para un solo evento, mareos.</p>
<p>Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline</p>	2017	Roger Chou, Richard Deyo, Janna Friedly, Andrea Skelly, Robin Hashimoto, Melissa Weimer, Rochelle Fu, Tracy Dana, Paul	Revisión sistemática	EE. UU	123 estudios	Revisar la evidencia actual sobre terapias no farmacológicas para el dolor lumbar agudo o crónico no	-	<p>La nueva evidencia indica que el tai chi (fuerza de la evidencia [SOE], baja) y la reducción del estrés basada en la atención plena (SOE, moderada) son efectivos para el dolor lumbar crónico y fortalece los hallazgos previos sobre la efectividad del yoga (SOE, moderada). La evidencia continúa respaldando la efectividad del</p>

		Kraegel, Jessica Griffin, Sara Grusing, Erika D Brodts				radicular o radicular.		ejercicio, las terapias psicológicas, la rehabilitación multidisciplinaria, la manipulación espinal, el masaje y la acupuntura para el dolor lumbar crónico (SOE, de bajo a moderado). Evidencia limitada muestra que la acupuntura es moderadamente efectiva para el dolor lumbar agudo (SOE, bajo). La magnitud de los beneficios del dolor fue de pequeña a moderada y generalmente a corto plazo; los efectos sobre la función en general fueron más pequeños que los efectos sobre el dolor.
ICTERICIA								
<i>Symptom Management and Palliative Care in Pancreatic Cancer</i>	2017	Michael W. Rabow, MD,* Maria Q.B. Petzel, RD,† and Sarah H. Adkins, MD*	Revisión bibliográfica	California	135 artículos	Describir la ictericia y el prurito que conlleva de los pacientes con CP y cómo controlarla.	Uno de los síntomas de ictericia es el prurito y este se puede mediar con: Colestiramina, Rifampicina y Sertralina. Así como los antihistamínicos, aunque estos no hayan demostrado del todo ser efectivos en el CPA. En estos casos, se evitarán las técnicas invasivas debido al estado terminal de los pacientes y así, evitar más sufrimiento.	La ictericia es un síntoma de presentación en el 51% al 72% de los pacientes con CP. Se desarrolla en más del 80% y es causado por la obstrucción del conducto biliar provocada por una masa en la cabeza de páncreas. En pacientes en los que el tumor se ha originado en el cuerpo o la cola del páncreas, la ictericia generalmente ocurre más tarde y puede ser secundaria a las metástasis hepáticas. La ictericia puede ir acompañada de

								<p>prurito, orina oscura debido a la hiperbilirrubinemia y heces alcohólicas.</p> <p>Uno de los síntomas de ictericia es el prurito y este se puede mediar con: Colestiramina, Rifampicina y Sertralina.</p> <p>Otros agentes usados frecuentemente para el prurito, incluyendo antihistamínicos y gabapentina no se ha demostrado que sean eficaces en el CP.</p> <p>En estos casos, se evitarán las técnicas invasivas debido al estado terminal de los pacientes y así, evitar más sufrimiento, aunque el mejor abordaje para la ictericia se realiza mediante una intervención quirúrgica que recibe el nombre de colangiopancreatografía en la que se colocan stents en las vías biliares para poder mantener abiertos los conductos biliares mediante la endoscopia.</p>	
<i>Palliative Care for Pancreatic and Periampullary Cancer</i>	2017	Jennifer A., Perone M.D., Taylor S., Olino K.	Artículo de revisión	de Arizona	-	Describir los efectos de la ictericia y como aliviarla.	En el contexto de carcinomatosis o enfermedad metastásica multifocal, independientemente del estado funcional, se debe favorecer la intervención endoscópica debido a la mediana de supervivencia corta.	La ictericia es un síntoma de presentación en 51 a 72 % de los pacientes con cáncer de páncreas irreseccable y se desarrolla en más de 80 % de los pacientes durante la evolución natural de su enfermedad.	La ictericia obstructiva produce prurito y malabsorción de grasas debido a la

							<p>Sin embargo, en aquellos pacientes con buen estado funcional y enfermedad metastásica de bajo volumen o enfermedad localmente avanzada, la derivación quirúrgica</p>	<p>disminución de la excreción de ácidos biliares en el duodeno, lo que provoca anorexia y diarrea, y empeora la desnutrición y la caquexia.</p> <p>La malabsorción de grasas también disminuye la capacidad de absorber vitaminas liposolubles, incluida la vitamina K, lo que provoca coagulopatía y un mayor riesgo de hemorragia.</p> <p>La colestasis no aliviada puede provocar disfunción hepática e incluso insuficiencia hepática. Los pacientes con obstrucción biliar tienen mayor riesgo de colangitis, en particular si el árbol biliar se instrumentó previamente y no se drenó adecuadamente. En una serie, hasta el 38% de los pacientes sin ningún tratamiento paliativo fallecieron por complicaciones de la obstrucción biliar.</p> <p>Actualmente, la colocación de endoprótesis biliares endoscópicas durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el método preferido para paliar la ictericia obstructiva en pacientes con cáncer de páncreas no reseccable o metastásico. Los avances en la tecnología endoscópica han</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	---

									<p>llevado a la colocación exitosa de <i>stents</i> en más del 90 % de los pacientes durante la CPRE con igual eficacia, pero menos morbilidad y mortalidad en comparación con la paliación quirúrgica con derivación biliar entérica. Aunque es menos invasivo que la paliación quirúrgica, la colocación de endoprótesis tiene riesgos asociados que incluyen colangitis (35 %), pancreatitis aguda (29 %), hemorragia (23 %), perforación (6 %) y migración temprana de la endoprótesis (3 %).</p> <p>Desafortunadamente, no hay datos definitivos que describan la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes sometidos a derivación quirúrgica frente al cierre y la colocación rápida de <i>stents</i> endoscópicos. Por esta razón, cuando se enfrenta a esta decisión, la comprensión por parte del cirujano de los síntomas, el estado funcional y la supervivencia proyectada del paciente son cruciales.</p>
<i>Pharmacological interventions for pruritus in adult palliative care patients</i>	2016	Siemens W, Xander C, Meerpohl JJ, Buroh S, Antes G,	Revisión de la literatura	Alemania	50 estudios	Evaluar los efectos de diferentes tratamientos	En enfermedades avanzadas como se ve en las unidades de cuidados paliativos, la prevalencia de prurito no	Seis intervenciones se dirigieron a participantes con enfermedad avanzada y obstrucción biliar en nueve estudios con 194 participantes. Tres estudios	

		<p>Schwarzer G, Becker G</p>				<p>farmacológicos para prevenir o tratar el prurito en pacientes adultos en cuidados paliativos.</p>	<p>es demasiado alta, pero resulta angustiante para quien lo sufre. La rifampicina es un antibiótico que induce enzimas hepáticas desintoxicantes e inhibe competitivamente la recaptación de ácidos biliares por transportadores hepatocitos Algunas hipótesis de que la rifampicina podría influir en el prurito al cambiar el crecimiento bacteriano en los intestinos, que puede influir en la reabsorción de pruritógenos. La colestiramina interrumpe la circulación enterohepática de los ácidos biliares y ha sido utilizado durante muchos años para aliviar el prurito en trastornos colestásicos.</p>	<p>exploraron el efecto de la rifampicina. Los resultados cuantitativos indican que la rifampicina podría ser eficaz para el tratamiento de la obstrucción biliar en comparación con un placebo o fenobarbital. Sin embargo, la diferencia de los resultados obtenidos fue muy alta (I2 = 95%) al usar el modelo de efectos aleatorios, lo que lleva a un IC del 95 % extremadamente amplio que invirtió la significación estadística e impidió la interpretabilidad de los resultados (aunque el efecto medio fue grande). Dos ECA investigaron el efecto de la colestiramina en participantes con obstrucción biliar fue un ensayo de grupos paralelos que incluyó a diez participantes con usó un diseño cruzado e investigó a ocho participantes con obstrucción biliar, comparando el efecto de colestiramina, terfenadina, clorfeniramina y placebo. Ambos estudios informaron algún efecto positivo para la colestiramina también para la terfenadina. Sin embargo, las muestras muy pequeñas limitaron el valor informativo de estos resultados.</p>
--	--	----------------------------------	--	--	--	--	--	---

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la **sertralina** y la paroxetina, desempeñan un papel cada vez más importante en el tratamiento del prurito.

Los antiepilépticos se utilizan para prevenir o reducir la gravedad y la frecuencia de las convulsiones.

La **gabapentina** y la **pregabalina** se desarrollaron originalmente como antiepilépticos y pueden dificultar la transmisión de sensaciones nociceptivas al cerebro, por lo que también suprimen el prurito.

El antagonista opioide naltrexona ofreció una alternativa terapéutica para los participantes que sufrían de CP. Sin embargo, estos fármacos a veces son inapropiados en la población de cuidados paliativos que sufre de dolor debido al riesgo de pérdida de analgesia a dosis más altas de naltrexona

Los resultados para la colestiramina, la talidomida, la lidocaína y la sertralina son muy limitados debido al pequeño tamaño de las muestras.

ASCITIS

<p><i>Symptom Management and Palliative Care in Pancreatic Cancer</i></p>	<p>2017</p>	<p>Michael W. Rabow, MD, Maria Q.B. Petzel, RD,† and Sarah H. Adkins, MD*</p>	<p>Revisión de la literatura</p>	<p>California</p>	<p>135 artículos</p>	<p>Describir cómo abordar la ascitis en los pacientes con CP.</p>	<p>La ascitis puede causar malestar abdominal, hinchazón y distensión, saciedad temprana, náuseas y vómitos. Puede resultar de un trombo en la vena porta o metástasis peritoneales. El desarrollo de ascitis se asocia con mal pronóstico.</p>	<p>El uso de diuréticos o la paracentesis terapéutica ya sea mediante un tratamiento seriado o bien, usando un drenaje permanente han demostrado ser los tratamientos más eficaces para poder paliarla. Una dieta baja en sodio aproximadamente de 2000mg / día también se recomienda en estos pacientes para evitar la retención de líquidos y aumentar la volemia extracelular</p>
<p><i>Symptom Management in Pancreatic Cancer</i></p>	<p>2021</p>	<p>Kristina G. Lee, Varun Roy, Meghan Laszlo, Katelyn M. Atkins, Katrina J. Lin, Shant Tomassian, Andrew E. Hendifar.</p>	<p>Manuscrito</p>	<p>Los Ángeles, CA</p>	<p>-</p>	<p>Análisis y abordaje de los síntomas en el CP.</p>	<p>Las metástasis hepáticas del cáncer de páncreas primario también pueden causar hipertensión portal al reemplazar una cantidad crítica de tejido hepático funcional. Estas masas provocan una enfermedad oclusiva u oclusión de los conductos linfáticos que conducen a una hipertensión postsinusoidal. La hipertensión portal también puede desarrollarse a partir de trombosis de la vena porta en el contexto de compromiso vascular y malignidad.</p>	<p>La ascitis, o acumulación de líquido peritoneal, afecta al 20 % de los pacientes con cáncer de páncreas. La ascitis se asocia con dolor, náuseas, anorexia, saciedad temprana, disnea y disminución de la movilidad. El desarrollo de ascitis en el cáncer de páncreas es un marcador de enfermedad avanzada y se asocia con mal pronóstico. El tiempo de supervivencia general desde el diagnóstico de cáncer es de 11 meses y el tiempo desde el inicio de la ascitis hasta la muerte es de 3 meses.</p>

							<p>El cáncer de páncreas puede causar ascitis por la producción directa de líquido de las células tumorales que siembran la cavidad peritoneal. En una serie de casos de pacientes con cáncer con ascitis (incluida la pancreática entre otras neoplasias primarias), el 66 % tenía evidencia de carcinomatosis peritoneal. Otras etiologías propuestas incluyen la secreción tumoral de un péptido osmótico como VEGF que aumenta la permeabilidad vascular y la acumulación de líquido peritoneal. El estado nutricional deficiente y el estado inflamatorio crónico en pacientes con cáncer de páncreas pueden contribuir a la hipoalbuminemia y al tercer espaciamiento de líquidos, incluida la ascitis. Los estudios del líquido peritoneal han sido útiles para clasificar la causa de la ascitis en el cáncer de páncreas. Los pacientes con carcinomatosis peritoneal generalmente tienen citología de ascitis maligna, niveles altos de proteína de ascitis y bajo gradiente de albúmina de ascitis sérica (SAAG) inferior o igual a</p>	<p>Si bien la presencia de ascitis en el cáncer de páncreas ha demostrado ser un marcador de enfermedad avanzada, morbilidad y mortalidad, existe una escasez de ensayos aleatorios para dictar el tratamiento. Las pautas para el manejo se basan en gran medida en la opinión y el consenso de expertos.</p> <p>Los pacientes con hipertensión portal evidenciada por SAAG $\geq 1,1$ g/dL son apropiados para el tratamiento inicial con diuréticos. Los estudios muestran un beneficio preferencial para los pacientes con hipertensión portal tratados con diuréticos sobre aquellos con carcinomatosis peritoneal. Los diuréticos tienen un impacto positivo en las puntuaciones de alivio del paciente y pueden reducir el tiempo hasta la paracentesis. Los regímenes de diuréticos generalmente involucran dosis crecientes según sea necesario, mientras se mantiene una proporción de 100 mg diarios de espironolactona por 40 mg diarios de furosemida.</p> <p>La mayoría de los pacientes experimentan algún grado de alivio sintomático de</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

							<p>1,1 g/dL. Se ha encontrado que aquellos con hipertensión portal tienen citología de ascitis negativa y SAAG alto. Varias series de casos sugieren una superposición entre los mecanismos anteriores, con muchos pacientes que tienen variaciones intermedias de los perfiles de líquido peritoneal esperados.</p> <p>paracentesis. Los informes han demostrado que la eliminación de la infusión de albúmina después de la paracentesis redujo el tiempo del procedimiento sin hipotensión asociada. Esto ahora se adopta en las pautas para minimizar las cargas innecesarias en los pacientes con enfermedades terminales. Las opciones incluyen catéteres tunelizados permanentes o derivaciones peritoneo venosas.</p> <p>Se pueden colocar catéteres permanentes para permitir que enfermeras capacitadas, miembros de la familia o el propio paciente drenen la ascitis en el hogar; el riesgo de infección está presente, pero es bajo. Las derivaciones peritoneo venosas reducen el tiempo de reaccumulación de líquido peritoneal; sin embargo, pueden estar asociados con varias complicaciones como infección y edema pulmonar. En una serie de casos, el 31 % de los pacientes murió por una complicación directamente relacionada con el procedimiento de derivación.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

NÁUSEAS Y VÓMITOS

<p><i>Symptom Management and Palliative Care in Pancreatic Cancer</i></p>	<p>2017</p>	<p>Michael W. Rabow, MD,* Maria Q.B. Petzel, RD,† and Sarah H. Adkins, MD*</p>	<p>Revisión de la literatura</p>	<p>California</p>	<p>135 artículos</p>	<p>Describir cómo controlar las náuseas y los vómitos que pueden experimentar los pacientes con CP.</p>	<p>Se considera más importante prevenir las náuseas que tratarlas una vez se presenten. Por eso, se puede iniciar el tratamiento con Dexametasona como profiláctico. Los cannabinoides pueden ser útiles pero aún falta evidencia científica para poder incluirlos en los tratamientos.</p>	<p>Las náuseas se pueden presentar en el 45% de los pacientes con CP donde el tumor está localizado en la cabeza del páncreas y en un 43% en aquellos donde se encuentra en el cuerpo o la cola. Así como el 37% pertenece al porcentaje de pacientes que acaban con vómitos. Los resultados obtenidos en cuanto el manejo de las náuseas está enfocado a pacientes con QMT.</p>
<p><i>Palliative Care and Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue.</i></p>	<p>2020</p>	<p>Lesley A, Matthew Maddocks, Catherine Evans, Martin Davidson, Stephanie Hicks, Irene J. Higginson.</p>	<p>Revisión de la literatura</p>	<p>Reino Unido</p>	<p>133 artículos</p>	<p>Describir el rol de la atención paliativa para dar un apoyo holístico durante la trayectoria del cáncer.</p>	<p>Las náuseas están definidas como la sensación subjetiva desagradable de querer vomitar o llegar a hacerlo. Las náuseas o los vómitos no controlados se asocian con un incremento del estrés físico, cognitivo y psicosocial y por lo tanto, puede contribuir en aumentar los miedos del paciente y la familia desde la deshidratación o desnutrición hasta la muerte. En los pacientes con cáncer avanzado, la causa más común son las anomalías químicas (fallo renal, hepático, hiponatremia o</p>	<p>Durante las últimas seis semanas de vida, la prevalencia de náuseas y vómitos en pacientes con cáncer es del 40% o más. Una vez determinada la causa, se escogerá el antiemético de elección. Estos suelen ser o Metoclopramida o Haloperidol. Deben ser prescritos regularmente y administrados por vía parenteral. Si el antiemético pautado no da efecto, se tendrá que cambiar a un antiemético de segunda línea. Los tratamientos no farmacológicos como la acupuntura o acupresión pueden ser</p>

							hipercalcemia), drogas (opioides, antidepresivos o antibióticos), infecciones o alteración del vaciado gástrico.	beneficiosos, pero no hay una base empírica suficiente para abordarlos. Existe evidencia para el uso de corticosteroides, olanzapina, y cannabinoides para náuseas y vómitos que no son secundarios a agentes antineoplásicos o terapia de radiación. Medidas no farmacológicas, como asesoramiento dietético, servicios psicológicos, y acupuntura/acupresión, puede ofrecer algún beneficio cuando se usa junto con enfoques farmacológicos estándar, aunque nuevamente, evidencia de su eficacia para las náuseas y los vómitos no relacionado con el tratamiento antineoplásico es limitado. El uso de antieméticos es el más reforzado a nivel de estudios y evidencia científica. También, se recomienda un enfoque etiológico o basado en un mecanismo para escoger el antiemético de elección.
<i>Corticosteroids for adult patients with advanced cancer who have nausea and vomiting (not related</i>	2020	Vayne – Bossert P, Haywood A, Good P, Khan S, Rickett K, Hardy Jr	Revisión de la literatura	Australia	451 pacientes	Evaluar los efectos de los corticosteroides sobre las náuseas y los vómitos no	Las náuseas son un síntoma común en el cáncer avanzado, con una prevalencia de hasta el 70%. Si bien las náuseas y los vómitos pueden estar relacionados con el cáncer	Dos estudios compararon dexametasona con placebo, y el tercer estudio comparó una serie de intervenciones adicionales en varias combinaciones, que incluyen

<p>to chemotherapy, radiotherapy, or surgery).</p>						<p>relacionados con la quimioterapia, la radioterapia o la cirugía en pacientes adultos con cáncer avanzado.</p>	<p>tratamientos, como la quimioterapia, la radioterapia o la cirugía, aunque un número significativo de personas con cáncer avanzado también sufren náuseas sin relación con dichas terapias. Las náuseas y los vómitos también pueden causar angustia psicológica y tener un impacto negativo en la calidad de vida.</p> <p>El mecanismo exacto de acción de los corticosteroides sobre las náuseas no está claro, sin embargo, se utilizan para controlar una serie de complicaciones específicas del cáncer, incluida la compresión de la médula espinal, la elevación intracraneal presión y linfangitis carcinomatosis. También se utilizan comúnmente en cuidados paliativos para una amplia variedad de indicaciones no específicas, como dolor, náuseas, anorexia, fatiga y bajo estado de ánimo. Sin embargo, existe poca evidencia objetiva de su eficacia en el control de los síntomas, y los corticosteroides tienen una amplia gama de efectos adversos que dependen de la dosis y el tiempo. En</p>	<p>metoclopramida, clorpromazina, tropisetron y dexametasona.</p> <p>La terapia con corticosteroides con dexametasona resultó en menos náuseas (medidas en una escala de 0 a 10, con una puntuación más baja que indica menos náuseas) en comparación con el placebo. Hay pocos estudios que evalúen los efectos de los corticosteroides sobre las náuseas y los vómitos no relacionados con la quimioterapia, la radioterapia o la cirugía en pacientes adultos con cáncer. Esta revisión encontró evidencia de muy baja calidad que no apoyó ni refutó el uso de corticosteroides en este contexto.</p> <p>Se necesitan más estudios de alta calidad para determinar si los corticosteroides son eficaces en este contexto.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								vista de su uso generalizado, es importante buscar evidencia de sus efectos sobre las náuseas y los vómitos no relacionados con el tratamiento del cáncer.
DEPRESIÓN								
<i>Symptom Management in Pancreatic Cancer</i>	2021	Kristina G. Lee, Varun Roy, Meghan Laszlo, Katelyn M. Atkins, Katrina J. Lin, Shant Tomassian, Andrew E. Hendifar.	Manuscrito	Los Ángeles, CA	-	Análisis y abordaje de los síntomas en el CP.	A diferencia de otros cánceres gastrointestinales (CGI), los pacientes con CP tienen una mayor prevalencia de depresión. El N.º de suicidio son más elevados en el CPA, en concreto los hombres. El abordaje de la depresión en estos pacientes según los estudios es prácticamente inexistente o poco tratado con antidepresivos inefectivos. Uno de los efectos secundarios que se pueden experimentar es la mejora del dolor o del apetito, factor que puede beneficiarnos en estos pacientes. Los antidepresivos también se pueden seleccionar en función de los beneficios secundarios, como mejorar el dolor o la	Desafortunadamente, los estudios muestran que la depresión en estos pacientes generalmente no se trata o se trata de forma insuficiente con dosis ineficaces de antidepresivos. Los estudios muestran que los pacientes de cáncer con depresión que toman antidepresivos tienen estadías más cortas en el hospital y sugieren que los ansiolíticos y los antidepresivos mejoran los síntomas y la calidad de vida. Existen múltiples clases de antidepresivos, pero en general, para los pacientes con cáncer, preferimos los ISRS que funcionan aumentando los niveles intrasinápticos de 5-HT en el cerebro, incluidos fluoxetina, paroxetina,

							<p>neuropatía o aumentar el apetito. Se pueden considerar psicoestimulantes para contrarrestar la fatiga.</p>	<p>escitalopram, bupropión o sertralina. Los ISRS son los antidepresivos preferidos en nuestra población de pacientes, ya que generalmente se toleran bien y tienen menos efectos secundarios.</p> <p>Algunos estudios sugieren la consideración del tratamiento profiláctico de la depresión asociada al cáncer; dada la alta prevalencia, el diagnóstico limitado y el tratamiento insuficiente de la depresión; sin embargo, esta no es nuestra práctica estándar.</p> <p>Además de las intervenciones farmacológicas, muchos pacientes buscan intervenciones psicológicas autoiniciadas para controlar sus síntomas, siendo las prácticas basadas en la espiritualidad las más comunes, junto con la meditación, el yoga, la acupuntura y los grupos de apoyo han demostrado ser servicial. La medicina alternativa y complementaria (CAM) se usa hasta en el 80% de los pacientes y se asocia con reducciones en ansiedad y depresión.</p>
<i>Early detection of pancreatic cancer: the</i>	2018	Barbara J.Kenner	Manuscrito	Nueva York	-	Presentar los resultados de una	Los investigadores han notado durante mucho tiempo que la depresión y la	Según los estudios, los pacientes con CP experimentan depresión a una tasa

<p><i>role of depression and anxiety as a precursor for disease.</i></p>						<p>revisión sistemática de la investigación sobre la calidad de vida de los pacientes con cáncer de páncreas.</p>	<p>ansiedad son comunes en los pacientes con CP. Cuando se evaluó la depresión de los pacientes con cáncer gástrico o pancreático avanzado recientemente diagnosticado, se encontró que los pacientes con cáncer pancreático tenían una mayor incidencia de depresión y síntomas relacionados, lo que puede contribuir a una menor calidad de vida.</p> <p>Los investigadores que estudian el CP han notado que la depresión ocurre con frecuencia en esta enfermedad, planteando la posibilidad de un proceso fisiológico que crea una interacción recíproca.</p> <p>La depresión y la ansiedad son síntomas muy generales y no son algo que pueda impulsar las pruebas de cáncer de páncreas por sí mismas.</p>	<p>notablemente más alta que los pacientes con otros cánceres gastrointestinales, lo que afecta entre un 50 % y un 78 % de los pacientes.</p> <p>En un estudio de 304 pacientes con cáncer de páncreas, un mayor porcentaje informó síntomas de angustia, depresión, somatización y ansiedad en comparación con pacientes con otros tipos de cáncer. Los hombres en particular eran más propensos a reportar niveles más altos de depresión. Aunque estos pacientes pueden haber estado respondiendo al mal pronóstico, los investigadores indicaron que puede haber causas metabólicas subyacentes relacionadas con el cáncer que no se conocen bien. Otros estudios han propuesto que algo relacionado con el tumor causa depresión en pacientes con cáncer de páncreas avanzado.</p> <p>De hecho, muchos de los síntomas atribuidos a la depresión (pérdida de apetito, pérdida de peso o fatiga) también pueden ser signos tempranos del CP.</p> <p>Es por eso que se consideran muchas teorías basadas en qué la depresión puede ser un síntoma de un tumor</p>
--	--	--	--	--	--	---	---	--

pancreático en crecimiento o que la depresión puede predisponer a una persona a desarrollar esta neoplasia a través de su efecto de debilitamiento en el sistema inmunológico del cuerpo, pero ninguna de estas tiene la suficiente base científica para poder evidenciarla.

La depresión puede aumentar el riesgo posterior de desarrollar cáncer, introduciendo así una relación bidireccional. Sin embargo, hay otros factores a considerar en la relación cáncer-depresión: edad, tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad y antecedentes familiares.

Un conocimiento más amplio de este vínculo puede conducir a un examen más detallado de otros síntomas y conducir a una detección más temprana del cáncer de páncreas. Debido a que un diagnóstico más temprano potencialmente resulta en un mejor pronóstico para los pacientes, entonces es conveniente examinar cómo se puede utilizar nuestro conocimiento actual para respaldar el diagnóstico de este cáncer en una etapa más temprana y tratable.

								<p>La mayoría de los médicos recomiendan el tratamiento farmacológico solo para pacientes que presentan depresión en lugar de asesoramiento psicológico o alguna combinación de ambos.</p> <p>La evaluación, en forma de antecedentes familiares o preguntas más profundas sobre la depresión o la ansiedad, puede proporcionar una pista sobre si la depresión puede tener raíces en otra enfermedad que aún no se ha diagnosticado. Los médicos generales y los profesionales de la salud mental deben saber que estos síntomas son de importancia crítica cuando los informa una persona que no ha tenido depresión o ansiedad anteriormente, tiene más de 50 años y puede tener un alto riesgo de cáncer de páncreas (p. ej., familiar, nueva aparición de diabetes). En esas situaciones, la remisión a un profesional de la salud mental que pueda evaluar más al paciente puede ser tan importante como proporcionar una receta que pueda ayudar a aliviar la depresión o la ansiedad.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

CAQUÈXIA

<p><i>Symptom Management and Palliative Care in Pancreatic Cancer</i></p>	<p>2017</p>	<p>Michael W. Rabow, MD, Maria Q.B. Petzel, RD,† and Sarah H. Adkins, MD*</p>	<p>Revisión de la literatura</p>	<p>California</p>	<p>135 artículos</p>	<p>Describir cómo se ve afectado a nivel nutricional el paciente con CP y cómo abordarlo.</p>	<p>La caquexia es un proceso complejo que conduce a la pérdida de peso, pérdida de masa corporal magra e inflamación sistémica que puede ser irreversible. En última instancia, especialmente al final de la vida, los pacientes y las familias deben comprender el síndrome de caquexia y anorexia como un síntoma del cáncer y que la manipulación de la nutrición puede no afectar los resultados clínicos clave, como la mortalidad.</p>	<p>La pérdida de peso o la desnutrición ocurren en 70% a 80% de los pacientes con CP y puede ser el resultado de una ingesta disminuida debido a la anorexia, tratamientos, malabsorción o metabolismo aumentado y alterado relacionado con la caquexia del cáncer. Los estimulantes del apetito pueden ser beneficiosos para detener la pérdida de peso y mejorar la calidad de vida. Estos incluyen Megesterol (con riesgo de aumento de TEV), mirtazapina, corticosteroides o cannabis medicinal (especialmente las cepas de tetrahidrocannabinol). El tratamiento para la caquexia no está muy bien comprendido y las intervenciones farmacológicas son desconocidas. Un enfoque multimodal incorpora intervenciones farmacológicas y de ejercicio con el manejo de los síntomas que contribuyen a la disminución de la ingesta de alimentos, como falta de apetito, malabsorción, depresión y fatiga.</p>
---	-------------	---	----------------------------------	-------------------	----------------------	---	--	--

								El uso de suplementos nutricionales orales para lograr una adecuada ingesta de calorías puede ser útil para estabilizar el peso y evitar la pérdida de grasa corporal.
<i>Symptom Management in Pancreatic Cancer</i>	2021	Kristina G. Lee, Varun Roy, Meghan Laszlo, Katelyn M. Atkins, Katrina J. Lin, Shant Tomassian, Andrew E. Hendifar.	Manuscrito	Los Ángeles, CA	-	Análisis y abordaje de los síntomas en el CP.	La anorexia, o pérdida del deseo de comer, a menudo es el resultado de dolor, depresión, saciedad temprana, náuseas, vómitos, diarrea, disgeusia, distensión abdominal y estreñimiento. Estos síntomas pueden ser el resultado de la enfermedad o del tratamiento. Además, algunos pacientes pueden experimentar mayores demandas calóricas y proteicas. Las citocinas inflamatorias aumentan el catabolismo de los lípidos y la proteólisis muscular, inhiben las vías anabólicas y están asociadas con el estrés oxidativo y el hipermetabolismo. La inflamación contribuye a la anorexia, fatiga y disminución de la ingesta calórica. Cuando existe una preocupación por la pérdida de peso o la desnutrición, los pacientes deben ser derivados a un	La pérdida de peso es un predictor independiente de malos resultados del tratamiento en todas las etapas del cáncer de páncreas. Aproximadamente, el 80 % de los pacientes con cáncer de páncreas tienen una pérdida de peso superior al 5 % en el momento del diagnóstico. Las etiologías de la pérdida de peso y la desnutrición en pacientes con cáncer de páncreas incluyen anorexia, malabsorción y caquexia. Se observa que los pacientes con cáncer tienen un gasto de energía en reposo (REE) por masa libre de grasa y REE predicho significativamente mayor en comparación con los pacientes de control sin cáncer, y la mayoría de los pacientes con cáncer de páncreas tienen hipermetabolismo con mayores requerimientos de energía. El aumento de REE puede resultar de metástasis

							<p>equipo de dietistas registrados (RD), idealmente con una especialidad certificada en nutrición oncológica (CSO).</p>	<p>hepáticas grandes que también pueden contribuir a la rápida pérdida de peso observada en pacientes con cáncer de páncreas avanzado.</p> <p>Otro impulsor importante de la pérdida de peso es la malabsorción de grasa secundaria a la insuficiencia pancreática exocrina (PEI). La malabsorción ocurre cuando la lipasa pancreática es inadecuada para descomponer la grasa de la dieta en glóbulos más pequeños para su absorción en la luz intestinal. La malabsorción a menudo causa diarrea, hinchazón, gases y esteatorrea, aunque estos síntomas no siempre están presentes y pueden enmascarse con analgésicos. La incidencia de PEI en pacientes con el cáncer de páncreas antes de la cirugía se estima en 38 a 45 %, con hasta 80 %. Una encuesta de pacientes que utilizó el Registro de pacientes de <i>Pancreatic Cancer Action Network</i> (PanCan) reveló que a los pacientes con cáncer de páncreas a menudo no se les prescriben dosis adecuadas de terapia de reemplazo exocrino pancreático (PERT) y</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

tienen bajas tasas de cumplimiento de las pautas de administración de PERT.

La pérdida de peso también puede conducir a la caquexia. La prevalencia de caquexia en pacientes pancreáticos es alta, con aproximadamente el 80% de los pacientes con caquexia grave en el momento de la muerte. La caquexia se caracteriza por cambios complejos en el metabolismo y la inflamación, lo que la distingue de la desnutrición simple.

Sarcopenia: Otro resultado de esta respuesta metabólica es la pérdida de músculo esquelético o sarcopenia. La sarcopenia a menudo coincide con la pérdida de peso y presagia un peor pronóstico en pacientes con cáncer de páncreas.

Los estudios han demostrado que el 58-73% de los pacientes con cáncer de páncreas son sarcopénicos en el momento del diagnóstico. (*The IMPACT study: early loss of skeletal muscle mass in advanced pancreatic cancer patients.*)

La pérdida de masa corporal magra afecta la función fisiológica y predice toxicidad del tratamiento, aumento de la

mortalidad, infecciones posoperatorias y aumento de la estancia hospitalaria. En pacientes con índice de masa corporal (IMC) alto o normal, la sarcopenia es difícil de diagnosticar. Los pacientes obesos que también tienen sarcopenia tienen peores resultados que los pacientes con sarcopenia sola, con mayor riesgo de muerte. El uso limitado del uso rutinario de herramientas de evaluación fuera del ámbito de la investigación dificulta el diagnóstico de la sarcopenia.

Herramientas para el diagnóstico: Se pueden utilizar múltiples herramientas para ayudar a identificar los factores que contribuyen a la pérdida de peso general en pacientes con cáncer de páncreas.

La Malnutrition Screening Tool (MST) y la Evaluación global subjetiva generada por el paciente (PG-SGA) están validados para el entorno de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

La sarcopenia se puede diagnosticar utilizando cortes de tomografía computarizada de la tercera vértebra lumbar y se define como un índice de

								<p>músculo esquelético G7,26 kg/m² para hombres y G 5,45 kg/m² para mujeres.</p> <p>El criterio diagnóstico internacional la caquexia se define como una pérdida de peso superior al 5 % o superior al 2 % en individuos con un IMC actual de 20 kg/m² o signos de sarcopenia. Las personas con caquexia a menudo tienen una ingesta de alimentos reducida y un aumento de los biomarcadores de inflamación.</p> <p>Manejo: La pérdida de peso en el cáncer de páncreas es compleja y requiere un enfoque multimodal basado en un equipo. Los pacientes deben someterse a pruebas de detección de pérdida de peso en el diagnóstico inicial, al comienzo del tratamiento y de forma regular durante su tratamiento.</p> <p>Los dietistas ayudan a los pacientes a cerrar la brecha en la ingesta de calorías y proteínas, hacen recomendaciones para la evaluación de micronutrientes deficiencias y reemplazo, administrar el uso de la terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas (PERT) con la dieta y ayudar a administrar el apoyo nutricional.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								<p>La nutrición enteral es el método de administración preferido debido al menor riesgo de infección y otras complicaciones.</p> <p><u>La terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas (PERT)</u>: es un tratamiento efectivo y mejora los síntomas de malabsorción de grasas. Se recomienda una dosificación de 40 000 a 72 000 unidades de lipasa por comida con la mitad de la dosis administrada como snack para el tratamiento de la malabsorción de grasas en adultos.</p> <p>Es posible que sea necesario ajustar la dosis de PERT y se puede agregar un inhibidor de la bomba de protones (IBP) para mejorar la eficacia.</p> <p>Las <u>intervenciones farmacológicas</u> para la anorexia incluyen el acetato de megestrol, los corticosteroides y el cannabis.</p> <p>Para pacientes con cáncer de páncreas, el acetato de megestrol generalmente no se recomienda debido al riesgo de trombosis y desgaste del músculo esquelético. Los corticosteroides pueden empeorar la hiperglucemia. Hay</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

investigaciones favorables inconsistentes para recomendar el **cannabis** para la caquexia

En un esfuerzo por mitigar la inflamación, que contribuye a la caquexia, se han estudiado varios agentes antiinflamatorios, incluidos los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), talidomida y ácidos grasos omega-3. Estos agentes pueden tener beneficios potenciales, pero no se recomiendan sus usos. El aceite de pescado y los suplementos nutricionales orales de aceite de pescado pueden tener un beneficio en pacientes con cáncer de páncreas aumentando o conservando el peso y la masa corporal magra y debe recomendarse a pacientes con pérdida de peso, una vez que se ha considerado la ingesta calórica.

El **ejercicio** es seguro para los pacientes con cáncer de páncreas y puede ayudar a controlar la pérdida de peso al reducir la inflamación y mejorar la sensibilidad a la insulina. El ejercicio beneficia a los pacientes con cáncer avanzado al mejorar el apetito, el bienestar y la masa muscular.

								<p>Las recomendaciones actuales incluyen 150 min de ejercicio moderado por semana y ejercicios de resistencia al menos dos veces por semana para nuestros pacientes. La opinión de los expertos desaconseja a los pacientes la inactividad y recomienda adaptar los objetivos de actividad con un fisioterapeuta. El ejercicio es seguro para los pacientes con cáncer de páncreas y puede ayudar a controlar la pérdida de peso al reducir la inflamación y mejorar la sensibilidad a la insulina. El ejercicio beneficia a los pacientes con cáncer avanzado al mejorar el apetito, el bienestar y la masa muscular. Las recomendaciones actuales incluyen 150 min de ejercicio moderado por semana y ejercicios de resistencia al menos dos veces por semana para nuestros pacientes. La opinión de los expertos desaconseja a los pacientes la inactividad y recomienda adaptar los objetivos de actividad con un fisioterapeuta.</p> <p>Si bien aún no se ha dilucidado el enfoque de tratamiento óptimo para controlar la pérdida de peso en pacientes con cáncer</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								de páncreas, los ensayos actuales continúan investigando los efectos del tratamiento multimodal en la mejora de la pérdida de peso asociada al cáncer de páncreas
<i>Palliative Care for Pancreatic and Periampullary Cancer</i>	2017	Jennifer A., Perone M.D., Taylor S., Olino K.	Artículo de revisión	de Arizona	-	Explicar el abordaje de los síntomas y signos más comunes en el CP.	Los pacientes con cáncer de páncreas experimentan caquexia debido a la pérdida de apetito, desnutrición e hipercatabolismo del tejido magro, lo que provoca debilidad, fatiga y una mala calidad de vida.	Un factor modificable es la insuficiencia pancreática exocrina, resultante de la obstrucción del conducto pancreático o sustitución del parénquima pancreático por células malignas, fibrosis o atrofia de la glándula. El 65 % de los pacientes con cáncer de páncreas experimentarán síntomas de malabsorción de grasas y el 50 % también tendrán malabsorción de proteínas. Se ha encontrado que el tratamiento de pacientes con reemplazo de enzimas pancreáticas mejora la malabsorción, la hinchazón y la diarrea, así como previene la pérdida de peso adicional.
<i>Supportive care in pancreatic ductal adenocarcinoma</i>	2017	B. Laquente, A.Calsina-Berna, A.Carmona-Bayonas, P. Jiménez-Fonseca,	Artículo de revisión	de Barcelona Madrid	-	Describir el abordaje de los síntomas más frecuentes del ACDP (Adenocarcinoma	La desnutrición es muy prevalente en pacientes con cáncer de páncreas y se explica en parte por la presencia de una amplia variedad de síntomas que pueden interferir con la ingesta como anorexia, saciedad temprana,	Evaluación del estado nutricional: La evaluación del estado nutricional permite establecer el grado y tipo de desnutrición para implementar la intervención nutricional más adecuada. Esta valoración debe ser realizada siempre por un

		<p>I. Peiró and A.Carrato</p>				<p>Ductal de Páncreas)</p>	<p>depresión, ansiedad, náuseas, vómitos, dolor abdominal posprandial, diarrea, y caquexia cancerosa. Todos los pacientes con PDAC deben someterse a exámenes nutricionales periódicos. Las guías de la <i>European Society for Clinical Nutrition and Metabolism</i> (ESPEN) y la <i>American Society for Parenteral and Enteral Nutrition</i> (ASPEN) recomiendan, con nivel A de evidencia, el cribado nutricional de todos los pacientes antes del tratamiento y, en caso de ser necesario, la valoración e intervención nutricional posterior. No existe un cribado nutricional específico en PDAC, pero por su similitud con otros tumores gastrointestinales se propone el sugerido en las guías para el manejo del cáncer esofagogástrico emitidas por las Sociedades Británicas de Gastroenterología y Cirugía Oncológica. Dicha evaluación se basa en tres elementos: (1) Índice de masa corporal (IMC); (2) pérdida de peso [5% en los últimos 3 meses; (3) pérdida de peso [10% en los últimos 6 meses]. Los</p>	<p>profesional sanitario experto en nutrición, y consistirá en la revisión de la historia clínica del paciente, determinaciones de laboratorio, datos antropométricos previos y actuales, historia dietética, síntomas actuales que puedan repercutir en estado nutricional, así como detección de insuficiencia pancreática exocrina y endocrina o estados de caquexia/precaquexia. La evaluación global subjetiva generada por el paciente (PG-SGA) se considera una herramienta nutricional ampliamente reconocida y validada para pacientes con cáncer. Tratamiento de la caquexia: Desafortunadamente, todavía no se dispone de ningún tratamiento médico efectivo contra la caquexia establecida en PDAC. La cirugía tumoral radical sigue siendo el único tratamiento eficaz para revertir la caquexia. Es fundamental detectar estadios de precaquexia en los que aún es posible la intervención multimodal, para lograr la reversión completa del síndrome. El tratamiento de la caquexia debe estar dirigido a cada uno de sus síntomas (fármacos oxigénicos</p>
--	--	-----------------------------------	--	--	--	--------------------------------	---	--

							<p>pacientes que cumplan alguno de estos criterios deben ser derivados a la Unidad de Nutrición para una valoración nutricional completa.</p> <p>La caquexia puede derivar por: anorexia, la saciedad precoz, depresión, ansiedad, náuseas o vómitos, dolor postprandial, el mismo cáncer o bien, diarrea.</p> <p>Según la <i>British Societies of Gastroenterology and Oncological surgery</i>, se debe establecer una interconsulta con nutricionistas si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMC<18kg/m2 - Pérdida de peso en 3 meses >5% - Pérdida de peso en 6 meses<10%. <p>De esta manera podremos detectar si nos encontramos en un estado de pre-caquexia o caquexia.</p> <p>En la mayoría de los pacientes con CPA se debe considerar realizar un cribaje nutricional.</p> <p>Según la ESPEN, los suplementos nutricionales orales (SNO) deberían estar pautados en los pacientes que no</p>	<p>contra la anorexia, actividad física y suplementos proteicos para mejorar la sarcopenia, desarrollo de fármacos contra la inflamación sistémica y consejo dietético para mejorar los síntomas derivados de la toxicidad de los fármacos anticancerígenos).</p> <p>Hay dos fármacos aprobados (acetato de megesterol y esteroides en dosis altas) disponibles para la anorexia en pacientes con cáncer. Ambos fármacos no están exentos de efectos secundarios, por lo que su uso debe individualizarse. Se ha demostrado que el acetato de megesterol mejora el apetito y aumenta el peso (especialmente la grasa, no la masa corporal magra) en comparación con el placebo en pacientes con cáncer, pero también aumenta el riesgo de edema y efectos trombóticos. Su efecto parece depender de la dosis. La dosis puede iniciarse en 160 mg/día y aumentar gradualmente hasta 480 mg/día, en tres dosis separadas. Las dosis altas de corticoides, como la dexametasona 4-8 mg/día, estimulan el apetito a corto plazo y podrían mejorar el estado general, pero</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

							ingieren el 50-75% de sus requerimientos nutricionales. Hay que usar un volumen bajo, de 200 ml con alto contenido proteico y calórico en repartidas dosis (2 o 3).	no han mostrado beneficios a largo plazo y se asocian con efectos indeseables significativos (inmunosupresión, hiperglucemia, atrofia muscular). Por lo tanto, los esteroides solo deben prescribirse a pacientes con anorexia-caquexia y una esperanza de vida corta. Para ayudar a la ingesta de alimentos se podrían emplear tratamientos como: <ul style="list-style-type: none"> - Acetato de Magessterol que mejora el apetito y aumenta la grasa corporal, pero tiene riesgo de edema y trombosis. (160mg/día → 480mg/día) Dexametasona (4-8mg/día) que estimula el apetito y mejora las condiciones, pero es inmunosupresor, causa hiperglicemias y atrofia muscular.
<i>An Australasian perspective on the curative treatment of patients with pancreatic cancer, supportive care, and future directions for management.</i>	2016	Wendy Muircroft	Guía del funcionamiento de los tratamientos para el cuidado de pacientes con CP en Australia.	Australia	-	Describir el manejo del tratamiento en pacientes con CPA de manera multidisciplinar.	La pérdida de peso es de los signos más frecuentes en pacientes con CP. Da un efecto negativo en el umbral de supervivencia, sobre todo en aquellos pacientes que no son tributarios a una resección quirúrgica. Las causas son multifactoriales: síndrome de anorexia-caquexia en el	En el cáncer de páncreas, la pérdida de peso puede tener una etiología multifactorial y puede deberse al síndrome de anorexia-caquexia del cáncer (CACS), efectos secundarios del tratamiento con cirugía, quimioterapia o radioterapia, náuseas y vómitos, diabetes e insuficiencia pancreática exocrina (PEI).

							<p>cáncer (CACs), efectos 2darios en el tratamiento, náuseas / vómitos, diabetes e insuficiencia pancreática exocrina (PEI)</p> <p>La relación entre el CACS y la PEI son las principales causas de pérdida de peso qué no se entiende, pero hay evidencia en qué los mejores tratamientos están disponibles como la ayuda nutricionista, los suplementos nutricionales o bien, la terapia de reemplazo de encimas pancreáticas.</p> <p>La diabetes también es uno de los principales factores desencadenantes normalmente, originario del cáncer de la cola de páncreas.</p> <p>La alteración del gusto puede ser debida al tratamiento (QMT) qué puede, complicar la pérdida de peso. Normalmente, los pacientes tienen un sabor metálico y por lo tanto, tienen una alteración del gusto.</p> <p>.</p>	<p>El cáncer de páncreas es único en el sentido de que a menudo se produce una pérdida de peso significativa e involuntaria debido a CACS y PEI. La interacción entre las dos condiciones no se entiende completamente en el cáncer de páncreas, pero hay evidencia de que los mejores tratamientos disponibles (asesoramiento dietético, suplementos dietéticos y terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas) no están disponibles universalmente para los pacientes en el punto óptimo de su enfermedad. trayectoria [16]. La diabetes puede ocurrir en tumores que involucran el cuerpo o la cola del páncreas, y la presencia de diabetes no controlada complica aún más la CACS y la PEI al evitar el aumento de peso cuando se inicia el tratamiento con PERT y suplementos nutricionales.</p> <p>Dado que la pérdida de peso tiene un impacto negativo en la supervivencia, la atención de los pacientes puede verse comprometida por una evaluación y un tratamiento inconexos para la pérdida de peso. Las pautas sobre el manejo de la PEI</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

								<p>en el cáncer de páncreas han estado disponibles durante años, pero hay evidencia de que la afección no se trata adecuadamente y esto puede deberse a la falta de conocimiento de los médicos sobre la afección y a la ausencia de un enfoque estratégico para la evaluación y el tratamiento de los pacientes.</p> <p>Dado que, la pérdida de peso es un aspecto negativo para la supervivencia es importante una buena asistencia y tratamiento. Los nutricionistas son esenciales en el abordaje del CP.</p>
<p><i>Role of Complementary and alternative medicine in the management of cancer cachexia.</i></p>	2021	<p>Abhishek Shankar, Deepak Saini, Shubham Roy, Sachidand Jee Bharati, Seema Mishra, Pritanjali Singh.</p>	<p>Revisión de la literatura</p>	India	60 artículos	<p>Establecer una nueva perspectiva del uso de medicinas complementarias y medicina alternativa en el manejo de la caquexia.</p>	<p>La caquexia en pacientes con cáncer avanzado (CA) es un aspecto importante a tener en cuenta. El tratamiento estrella de la caquexia es la inversión de la pérdida de peso corporal y la masa muscular con una variedad de agentes farmacológicos.</p> <p>Las terapias alternativas son usadas en otro punto del transcurso del cáncer a pesar de la pequeña o no evidencia que hay para soportar a estas.</p> <p>Hay diversos tipos de terapias que han sido seleccionadas para la caquexia.</p>	<p>Medicinas herbales: Son usadas para promover el reacondicionamiento físico y reduce los efectos adversos de la QMT. Pueden mejorar las náuseas, la pérdida de apetito y la caquexia.</p> <p>Los potenciadores de la gana para aumentar la captación nutricional oral han sido la intervención más común en el tratamiento o la prevención de la caquexia hasta ahora.</p> <p>En los últimos 12 años ha habido un incremento en el uso de los suplementos a base de hierbas. El uso de estas es de un</p>

						<p>Estas medicinas están aceptadas por los pocos efectos secundarios y la facilidad de uso.</p> <p>Es necesario que haya más estudios randomizados con una gran muestra y un largo seguimiento para soportar el uso de terapias en el cáncer.</p> <p>La caquexia en el cáncer es un estado de debilidad debido a la pérdida de peso involuntaria caracterizada por la anorexia, debilidad de los tejidos, deterioro funcional progresivo y finalmente, la muerte.</p> <p>Incrementa de un 50% a más del 80% antes de la muerte y en más de un 20% de los pacientes, la caquexia es la mayor causa de muerte.</p> <p>En pacientes con CPA, el 87% desarrollaran caquexia.</p> <p>La respuesta inflamatoria sistémica, el balance negativo proteico y la perdida involuntaria de peso con o sin decadencia de la masa corporal causaran una disfunción progresiva en el paciente. Esto puede relacionarse con una alteración gastrointestinal como la obstrucción o malabsorción,</p>	<p>5.3% antes del diagnóstico de cáncer y después llega a incrementar hasta un 13%. Los países donde más se usan en un 64% de los pacientes han sido en Taiwán y Italia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>ESSIAC</u>: Compuesta por 4 hiervas (<i>Reum Palmatum</i>, <i>Burdock</i>, <i>Rumex Acetosa</i> y Olmo resbaladizo). Han demostrado que aumenta el apetito y no tiene efectos tóxicos. - <u>Cannabinoides</u>: Mejora el apetito y disminuye las náuseas causadas por la QMT. Se recomiendan 5mg diarios. - <u>Acetato de Magersterol</u>: Ha demostrado una mejora en el apetito y aumenta de peso. Es difícil demostrar la dosis óptimas, pero mayores dosis están asociadas con el aumento de peso. Uno de los efectos secundarios es que se ha relacionado con muertes debidas a edema y tromboembolismos.
--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>intervenciones quirúrgicas o la toxicidad relacionada con el tratamiento.</p> <p>En el tratamiento del cáncer, la medicina herbal esta usada para promover el reacondicionamiento físico y reducir los efectos adversos de la quimioterapia (QMT) y también, ayudan a restablecer la homeostasis.</p> <p>La caquexia es debida a las sustancias secretadas por el tumor o células normales en respuesta al tumor y los carbohidratos, proteínas y lípidos en cuanto a la composición química y el metabolismo.</p> <p>Las anomalías más importantes de los carbohidratos son la resistencia a la insulina que puede provocar un aumento en la síntesis de glucosa, juntamente con la disminución de la tolerancia de esta. Esto provoca un metabolismo irregular que conlleva a la pérdida de peso. Por otra parte, las anomalías encontradas en el metabolismo de los lípidos son debido a la disminución de formación de lípidos, se elevan los triglicéridos y</p>	<p>- <u>Acupuntura:</u> Ha demostrado una mejora disminuyendo las náuseas y vómitos e incrementando e vaciado gástrico, aunque se necesita tener más estudios a largo plazo y con una muestra considerable.</p> <p>Terapia nutricional:</p> <p>- <u>Intervención de nutrición oral:</u> Según la evidencia, mejora significativamente el peso y la energía. También mejora la calidad de vida y la pérdida de apetito, pero no tiene efecto en la mortalidad.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							disminuyen las lipoproteínas. El estado mental del paciente también influye en la ingesta de alimentos que realiza el paciente y puede influir en el transcurso del tratamiento. Es importante recomendar a enfermería la formación de terapias alternativas.	
<i>Defining a new model of interdisciplinary cancer cachexia care in regional Victoria, Australia.</i>	2019	Vanessa C Vaughan, Helen Farrell, Paula Lewandowski, Scott McCoombe, Peter Martin	Estudio retrospectivo longitudinal	Victoria, Australia Alemania	175 pacientes	Describe el modelo multimodal establecido en una clínica regional de caquexia.	La elegibilidad de los pacientes para el CNSS requería enfermedad maligna y preocupación por la pérdida de peso, sin más criterios de inclusión o exclusión. Antes de la derivación, los pacientes completaron análisis de sangre iniciales, que incluyeron PCR, albúmina, hemoglobina y, para pacientes masculinos, testosterona, para evaluar anomalías caquéticas comunes que incluyen estado inflamatorio alterado, estado nutricional, metabolismo proteico alterado e hipogonadismo. Se evaluó la pérdida de peso reciente y el estado nutricional de los pacientes siguiendo la metodología PG-SGA establecida y, en algunos casos, la carga	Un total de 236 pacientes fueron derivados al CNSS entre enero de 2008 y diciembre de 2013. Sesenta y un pacientes fueron excluidos del análisis (Tabla 1), incluidos 48 pacientes derivados que no asistieron. Las razones de la no asistencia no estaban dentro del alcance de este estudio retrospectivo. De 175 pacientes elegibles para el análisis, el 46% fueron remitidos por su oncólogo tratante, el 39% por su médico local, el 11% por profesionales de cuidados paliativos y el 3% por otros especialistas. La mediana de tiempo hasta la remisión después del diagnóstico inicial de cáncer fue de 12,9 meses (0,4 a 304 meses). El 13% de los pacientes sufrían CP.

							<p>acumulada de síntomas, que incluye náuseas, anorexia, saciedad temprana, dolor, aberraciones del gusto/olfato y fatiga, que están relacionados con el impacto nutricional potencial y los efectos en la vida cotidiana. A partir de 2012 también se registró el estadio de caquexia. Los datos sobre la carga de síntomas y la calidad de vida no estaban disponibles para el análisis en este estudio.</p> <p>La ruta del paciente del CNSS constaba de tres componentes discretos: una consulta inicial con el consultor de cuidados paliativos, seguida secuencialmente por el fisioterapeuta y el dietista (Fig. 1). El consultor realizó una evaluación física y prescribió un tratamiento para los síntomas relacionados con la caquexia, centrándose en promover el anabolismo muscular y controlar síntomas como la inflamación o la depresión. Las estrategias de reducción de la polifarmacia se implementaron cuando era seguro hacerlo, lo que redujo el riesgo de interacciones</p>	<p>Cuando se clasificó retrospectivamente por etapa de caquexia usando un peso estable histórico, en la primera presentación, el 6 % de los pacientes se clasificaron como precaquéticos (pérdida de peso < 5 %), el 64 % como caquéticos (pérdida de peso ≥ 5 % o IMC < 20 con pérdida de peso > 2%, inflamación sistémica), y 30% como refractario.</p> <p>Un total de 157 pacientes tenían puntajes PG-SGA basales disponibles, con un 14 % de pacientes clasificados como SGA-A (bien nutridos), 61 % SGA-B (sospechoso/moderadamente desnutrido) y 22 % SGA-C (gravemente desnutridos). La concentración de albúmina sérica se utilizó como marcador de desnutrición proteica en 166 pacientes, con un 85 % con albúmina baja (< 38 g/L, considerado el punto de corte clínico para la hipoalbuminemia), un 13 % intermedio (38–41,9 g/l). L, y 2% alto (≥ 42 g/L) [28]. El noventa por ciento (90%) de los pacientes habían recibido tratamiento modificador de la enfermedad neoplásica.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	---

							<p>farmacológicas perjudiciales y la carga financiera para los pacientes.</p> <p>Los fisioterapeutas realizaron una medición inicial de la función y la fuerza muscular. se repitieron en cada consulta posterior. Además, los fisioterapeutas prescribieron programas de ejercicios individualizados basados en la movilidad, la fatiga y los objetivos actuales del paciente, centrándose en ejercicios de resistencia y compuestos que podrían completarse en casa. Estos ejercicios se revisaron en cada sesión y se adaptaron en respuesta a los cambios en el estado del paciente.</p> <p>Los dietistas completaron una revisión nutricional con asesoramiento centrado en las dietas ricas en energía y proteínas y en la corrección de las deficiencias de nutrientes. La recomendación dietética de aceite de pescado (2 g/día que contiene 360 mg de ácido eicosapentaenoico [EPA]), suplementos multivitamínicos y suplementos de zinc en dosis altas fueron comunes. En 2012, las</p>	<p>Sin embargo, solo el 26% de los pacientes recibieron tratamiento neoplásico activo.</p> <p>Si bien estudios anteriores han descrito ensayos a corto plazo de servicios relacionados con la caquexia dentro de los programas de atención del cáncer [8, 12] o la estructura del programa [2, 10], este estudio representa la primera descripción a largo plazo del desarrollo de un programa centrado en la caquexia del cáncer.</p> <p>La literatura también sugiere que las pacientes femeninas son menos susceptibles a la caquexia, experimentando niveles más bajos de pérdida de peso e intervalos de supervivencia más prolongados que sus contrapartes masculinas [34, 35]. Este estudio se alinea con esa tendencia, con mujeres exhibiendo intervalos de supervivencia promedio significativamente más largos desde la consulta final (118 días) en comparación con los hombres (60 días, $P \leq 0.05$).</p> <p>La alta deserción del programa en los primeros 2 meses es consistente con otros servicios similares, y la mayoría se</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>recomendaciones se modificaron a aceite de pescado de alta pureza equivalente a 2 g/día de EPA. Se recomendaron los sustitutos de las comidas líquidas y las proteínas en polvo cuando fue necesario debido a la dificultad para masticar, tragar o saciedad temprana. Debido a la naturaleza individual de la intervención dietética, estos datos no fueron viables para el análisis comparativo.</p> <p>Además, la clínica brindó educación enfocada a los pacientes y cuidadores en relación con los impactos de la caquexia en el compromiso social, los niveles de energía, el apetito y los requisitos nutricionales. Esto abordó temas caquéticos comunes que rodean las tensiones familiares, especialmente en relación con la ingesta dietética.</p>	<p>atribuye a pacientes que sucumben a la enfermedad. La asistencia a la clínica fue similar a la observada en el programa de Nottingham, con aproximadamente un tercio de los remitidos que no fueron atendidos debido a la mortalidad. Los pacientes derivados más cerca de la conclusión del estudio también tenían más probabilidades de sobrevivir más allá de la duración del estudio, lo que indica que la cifra de supervivencia del 25% puede estar sesgada hacia estas referencias más recientes. Alternativamente, esto puede deberse a que los pacientes son referidos más temprano en su trayectoria de enfermedad a medida que aumenta la conciencia sobre el CNSS en los servicios de oncología; sin embargo, se requiere un análisis de subgrupos adicional para determinar los factores específicos.</p> <p>Este modelo interdisciplinario CNSS ofrece una evaluación integral y un programa de tratamiento multimodal personalizado para aquellos con un síndrome de alta prevalencia y alto impacto.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

Terapias prescritas: La polifarmacia es común y, a menudo, extrema en poblaciones caquéticas lo cual es consistente con los datos disponibles con esta cohorte. La reducción de la polifarmacia se ha implementado en otras clínicas específicas de caquexia y también en el CNSS. Es importante matizar que la intervención farmacológica estuvo particularmente relacionada con el control de los síntomas más que con la intención curativa.

Los procinéticos fueron la clase de intervención farmacéutica prescrita con mayor frecuencia (55%), en particular metoclopramida y domperidona, para tratar la saciedad temprana, las náuseas y los síntomas de gastroparesia supuesta. Si bien hay poca evidencia de la mejora del estado nutricional en pacientes con caquexia a los que se les prescribió procinéticos [36], el control de los síntomas mencionados anteriormente puede mejorar la tolerancia a la alimentación y la calidad de vida relacionada. La nutrición y la alimentación son importantes dentro de los dominios

psicosociales y son un componente clave de las intervenciones multimodales [3]. Los esteroides, en particular la dexametasona, generalmente se recetaron por períodos cortos (2 a 4 semanas), para estimular el apetito y mejorar la calidad de vida en pacientes que habían experimentado una rápida disminución de la condición y para ayudar a los pacientes a lograr objetivos relacionados con los eventos de la vida. Se evitaron períodos más largos de tratamiento con esteroides debido a problemas de miopatía proximal. Los niveles de prescripción de antidepresivos (24%) son consistentes con informes previos de mayor prevalencia de depresión en poblaciones de pacientes con cáncer y abordan las preocupaciones de que la depresión clínica en la caquexia no se reconoce ni se trata adecuadamente.

También puede reflejar la proporción de la cohorte con caquexia refractaria avanzada. Para el 20% de los pacientes, su última consulta con el CNSS fue seguida por una terapia antineoplásica adicional,

								lo que genera dudas sobre si la asistencia continua al CNSS se ve reducida por circunstancias relacionadas con la terapia. Los resultados para los pacientes son similares a los de otros modelos de servicios de caquexia, aunque hay pocos que hayan durado tanto como este servicio. Sugerimos que se necesita tiempo para lograr derivaciones más tempranas cuando el síndrome puede ser más susceptible de tratamiento.
<i>The Role of Nurse in the Multidisciplinary Management of Cancer Cachexia</i>	2021	Yiyuan Zhao, Dong Pang y Yuhan Lu	Revisión de la literatura	China	71 artículos	Describir la responsabilidad de las enfermeras que trabajan en equipos multidisciplinares para el manejo de la caquexia en el cáncer.	La caquexia es un síndrome común que se asocia con una variedad de enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, las enfermedades renales crónicas, la insuficiencia cardíaca, las enfermedades críticas, las enfermedades neurológicas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la artritis reumatoide y los cánceres. La caquexia fue descrita por primera vez por Hipócrates entre los siglos IV y V a.C. como una condición en la que la carne de los pacientes se	La prevalencia de la caquexia es alta en pacientes con cáncer gástrico y pancreático (80 %), cáncer torácico (50 %) y cáncer de cabeza y cuello recién diagnosticado (42 %); mientras que los pacientes con cáncer de mama y leucemia tienen una prevalencia más baja de caquexia. Además, los hombres son más susceptibles a esta condición que las mujeres. Los factores adicionales que contribuyen a la prevalencia variable de la caquexia en los grupos de población incluyen. Terapia multimodal de la caquexia: Los ensayos clínicos de apoyo nutricional y

							<p>"consume" o "se derrite", lo que indica que la enfermedad fue fatal. Aunque inicialmente se consideró que la pérdida de peso era la principal manifestación de la caquexia, en la actualidad y con mayor precisión se caracteriza por una pérdida involuntaria de peso corporal en combinación con una desregulación en el control de la homeostasis energética y la pérdida de proteínas. La caquexia conduce a malos resultados clínicos, empeora la calidad de vida (QOL) y acorta la duración de la supervivencia de los pacientes.</p> <p>La caquexia por cáncer es uno de los tipos de caquexia más complicados y graves; tiene componentes distintivos impulsados por el tumor que conducen a un deterioro funcional progresivo, complicaciones relacionadas con el tratamiento, calidad de vida deficiente y mortalidad relacionada con el cáncer, etapa del cáncer, edad avanzada, factores de riesgo genéticos, genotipo, comorbilidades y efectos catabólicos relacionados con el tratamiento. La alta</p>	<p>otras intervenciones de un solo componente han demostrado que estas intervenciones no logran detener o revertir el deterioro caquéctico. Por lo tanto, ESPEN recomienda enfáticamente una terapia multimodal y un enfoque de manejo, que incluya intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.</p> <p>Para intervenciones farmacológicas, se recomiendan terapias combinadas que consideren múltiples propiedades interrelacionadas de la caquexia por cáncer. Se han empleado algunos agentes antiinflamatorios para aliviar la caquexia (dado que la inflamación sistémica es el mecanismo impulsor de la afección), incluidos los fármacos antiinflamatorios no esteroideos, los ácidos eicosapentaenoicos (EPA), la talidomida y acetato de megestrol. Otra estrategia de intervención es la estimulación muscular. Uno de estos agentes es el enobosarm, que ha demostrado efectos significativos en el aumento de la masa corporal magra total. Otros tipos de agentes apuntan a aumentar el apetito, como la anamorelina, un agonista del receptor de</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>prevalencia de la caquexia por cáncer la ha convertido en un problema ineludible para las enfermeras de oncología.</p> <p>La caquexia por cáncer es un síndrome asociado con anomalías metabólicas y disminución de la ingesta de alimentos por parte del paciente. Un indicador principal de la caquexia por cáncer es el balance negativo de proteínas y energía. Después de tener en cuenta la causa de la caquexia, la condición se clasifica en caquexia primaria y caquexia secundaria.</p> <p>La caquexia primaria es inducida principalmente por un metabolismo anormal. La caquexia primaria se deriva de la interacción tumor-huésped, y da como resultado cambios corporales importantes en el paciente. El primer y más importante factor en la inducción de la caquexia primaria es la citocina. Las citocinas son producidas por las células inmunitarias cuando se defienden contra el cáncer, los traumatismos o la sepsis. Las citoquinas más comunes son el factor de necrosis</p>	<p>grelina. La terapia combinada con múltiples agentes muestra un mayor beneficio para el paciente en comparación con un solo agente en algunos estudios, aunque no se trata simplemente de que más es mejor.[40] Hasta el momento no se ha recomendado ninguna terapia de combinación estándar, por lo que se requieren más estudios y una evaluación cuidadosa del progreso del paciente y los enfoques de atención en el contexto del trabajo en equipo multidisciplinario.</p> <p>Para las <u>intervenciones no farmacológicas</u>, el enfoque multimodal ha ganado popularidad en la literatura y la práctica clínica en comparación con otras estrategias. Los elementos clave de este enfoque incluyen suplementos nutricionales, consulta nutricional, ejercicios físicos y control de síntomas. Las enfermeras pueden participar en todas estas intervenciones. Brindar apoyo nutricional es un aspecto vital del ámbito de trabajo de una enfermera, y las enfermeras pueden acceder a las métricas de energía y proteínas a través de la</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

						<p>tumoral-α (TNF-α), la interleucina-1 (IL-1), la interleucina-6 (IL-6), la interleucina-10 y el interferón-α, β, γ. Se cree que las citoquinas facilitan el curso caquético. Además, los efectos de las citocinas están relacionados con una escasez relativa de aminoácidos musculares, así como con una disminución del apetito hipotalámico, similar a la que se encuentra en la anorexia. Las citoquinas también inducen resistencia a la insulina en el hígado, lo que resulta en un metabolismo anormal de la glucosa y las grasas. Estos cambios contribuyen a un balance negativo en la ingesta de calorías y proteínas, lo que se demuestra por una disminución dramática en el músculo esquelético del paciente. La inflamación sistémica no solo conduce a la pérdida de peso y al funcionamiento físico deficiente, sino que también empeora los grupos de síntomas, como la anorexia, la fatiga, el dolor y la depresión, que son objetivos importantes para la terapia en la enfermería oncológica.</p>	<p>calorimetría indirecta, que estima REE. El apoyo nutricional exitoso viene con una consulta nutricional individualizada y centrada en la familia.</p> <p>El ejercicio físico puede inhibir la inflamación sistémica y aumentar la masa corporal magra en el paciente.</p> <p>En el programa multicéntrico de tratamiento con ejercicios y nutrición para el cáncer avanzado (NEXTAC), la intervención con ejercicios se combinó con entrenamiento de resistencia de baja intensidad y asesoramiento con miras a brindar apoyo nutricional. Se observó un notable cumplimiento y mentalidad de seguridad en la población de pacientes ancianos con caquexia, y también se observó un cambio de comportamiento.</p> <p>La terapia multimodal incluye el control activo de los síntomas (p. ej., dolor, náuseas, disfagia, fatiga) que reducen la nutrición diaria y el ejercicio como bien y, por lo tanto, promueve una atención holística y de alta calidad por parte de las enfermeras. Los pacientes con caquexia</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>La caquexia secundaria es causada por múltiples factores, incluidos los síntomas del tumor o la terapia contra el cáncer (p. ej., operaciones quirúrgicas, radioterapia, quimioterapia). Simultáneamente, la disminución de las actividades físicas inducidas por la distrofia muscular y las enfermedades crónicas (p. ej., infección, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca.)</p> <p>La caquexia por cáncer es un trastorno multifacético que se manifiesta a causa de múltiples factores. Según nuestro estudio, una parte considerable de la atención de esta afección puede ser o es realizada por enfermeras, lo que incluye roles en el manejo nutricional, control de síntomas y manejo metabólico.</p> <p>Se define caquexia como la pérdida involuntaria de peso combinada con una desregularización en el control de la energía y pérdida de proteínas que conllevan al paciente a un mal pronóstico.</p>	<p>por cáncer suelen tener deficiencias en las funciones físicas y psicosociales, por lo que se observó que el cumplimiento del tratamiento anterior fue deficiente. Para mejorar la calidad de vida y aumentar el cumplimiento del paciente, se debe enfatizar el apoyo psicosocial como parte de un esfuerzo de equipo multimodal donde las enfermeras desempeñan un papel importante. En resumen, las enfermeras y otros médicos han reconocido gradualmente la importancia de la terapia multimodal para la caquexia por cáncer como eficaz y centrada en el paciente, y las enfermeras ya han participado en el trabajo relacionado con la caquexia en el ámbito del equipo multidisciplinario.</p> <p>La práctica clínica en un entorno multidisciplinario: el trabajo en equipo a través de un enfoque multidisciplinario es inevitable para producir una atención rentable y de alta calidad para los pacientes con caquexia por cáncer. Un ejemplo notable de práctica clínica multidisciplinaria es la clínica <i>Cancer</i></p>
--	--	--	--	--	--	--	---	---

						<p>La terapia multimodal esta combinada de: intervención farmacológica, suplementos y manejo nutricionales, ejercicio físico y control de los signos y síntomas.</p> <p>Un buen conocimiento de la educación y las herramientas es necesario para conocer el objetivo de tener una práctica eficaz y mejorar la trayectoria clínica de los pacientes.</p> <p>Durante el transcurso de la enfermedad, enfermería debe de ser capaz de detectar un posible caso de caquexia.</p> <p>Diagnóstico y evaluación: La rutina de monitorización en el paciente debe ser común en un paciente oncoologico con riesgo de desnutrición tanto en domicilio, en las visitas hospitalarias o en hospitalización.</p> <p>Una herramienta usada para la evluación nutricional puede ser el PG-SGA (Patient Generated Subjective Global Assessment), con esta podemos usar una visión holística del paciente.</p> <p>Los 4 aspectos que se tienen en cuenta son: el cambio de peso, la comida</p>	<p><i>Appetite and Rehabilitation (CARE)</i>. Esta clínica ha estado en funcionamiento durante más de una década. Los miembros de su equipo incluyen un médico, enfermeras, un nutricionista, un fisioterapeuta, un terapeuta del habla y la deglución, un orientador de pacientes y un asistente del programa. Estos miembros del equipo se dividen en cuatro departamentos diferentes: un departamento médico y de enfermería, un departamento de nutrición, un departamento de fisioterapia y un departamento de terapia del habla y la deglución. CARE tiene como objetivo disminuir los efectos de la caquexia del cáncer y mejorar la nutrición, la función, el manejo de los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Los enfermeros de CARE actúan como enfermeros orientadores, enfermeros practicantes (NP) y enfermeros administradores; participan en los trabajos de evaluación y control de síntomas, coordinación de la atención, seguimiento y administración del programa. Las enfermeras son esenciales</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

						<p>ingerida, los síntomas y la capacidad funcional.</p> <p>Incluyendo un examen físico y categorías globales determinadas por el equipo médico</p> <p>Otras de las escalas que pueden ser útiles son: el <i>Mini Nutrition Assessment</i> o la <i>Malnutrition Screening Tool</i>)</p> <p>Estas dos últimas tienen menos especificidad en cuanto a la caquexia.</p> <p>QLQ-CAX24: Es una herramienta desarrollada para describir los síntomas y otros ítems en los pacientes con cáncer avanzado y caquexia.</p> <p>Enfermería se puede beneficiar del uso de ésta para el manejo holístico de la caquexia. Es el profesional recomendado para manejar el soporte nutricional, que debe ser individualizado y centrado en el paciente y la familia.</p> <p>Servirá para valorar el rigor del diagnóstico y el abordaje.</p> <p>El ejercicio físico puede inhibir la inflamación sistémica y aumentar la masa muscular.</p>	<p>para el trabajo en equipo multimodal, ya que sus responsabilidades son detectar la nutrición y las expresiones de síntomas relacionados en un momento anterior en comparación con el programa de rutina.</p> <p>Las enfermeras tienen suficiente disponibilidad para conversar con los pacientes y sus familias de modo que puedan hacer evaluaciones integrales de la familia y establecer metas. Las enfermeras pueden hacer referencias directas y rápidas a los miembros de su equipo. El trabajo excepcional de la jefa de enfermería de CARE en la administración garantiza la disponibilidad de recursos y la alta calidad de la atención en esta clínica.</p> <p>Otro ejemplo de atención multimodal y multidisciplinaria proviene de Canadá: la clínica McGill Cancer Nutrition Rehabilitation Program en el Jewish General Hospital (CNR-JGH). El equipo de la clínica CNR-JGH está compuesto por un médico, una enfermera, un fisioterapeuta y un dietista. Los pacientes son evaluados por cada profesional cada 6 semanas, para</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

							<p>Estudios que combinan el manejo nutricional y el ejercicio mejoran la función física y la depresión.</p> <p>Enfermería tiene el poder de conversar con los pacientes y sus familias y así poder establecer objetivos holísticos.</p> <p>Las familias y los cuidadores pueden sentirse angustiados, en conflicto y socialmente aislados. Su vida diaria se ve significativamente afectada o interrumpida, y es posible que necesiten ayuda externa, especialmente del personal médico, incluidas las enfermeras. Para los profesionales, una discusión sobre este tema entre los pacientes y las familias puede molestar a los médicos porque su conocimiento sobre la caquexia del cáncer es limitado. Por ello, la gestión psicosocial debe integrarse al trabajo en equipo. Las evaluaciones de la función psicosocial relacionada con la caquexia por cáncer se están implementando cada vez más en algunas clínicas, salas de hospitalización y comunidades para pacientes y familias.</p>	<p>lo cual se formula un plan de intervención multidisciplinar. Se observan mejoras clínicamente importantes y se notan en visitas posteriores, incluidos cambios en las evaluaciones de 6MWT y QOL. Las visitas de seguimiento se pueden implementar según las necesidades del paciente. En las clínicas dirigidas por enfermeras, las enfermeras llevan el trabajo en equipo multidisciplinario para el manejo de la caquexia de la teoría a la práctica, ya que realizan evaluaciones y evaluaciones oportunas y orientadas a la familia, consultan decisiones de manejo y brindan atención médica integral en colaboración con el equipo multidisciplinario.</p> <p>Detección, derivación y coordinación de la atención: La detección es la mayor responsabilidad para enfermería, quien trabaja con pacientes en un estadio temprano de caquexia para poder frenar el deterioro. Mantiene conocimientos nutricionales y técnicos para el manejo sintomático. También es la encargada de derivar a los pacientes a aquellos</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>Déficits de enfermería: Aunque la atención nutricional es una provisión básica en el protocolo regular de enfermería, el enfoque en la atención de la caquexia por cáncer no es un área de estudio obligatoria para la mayoría de las enfermeras en sus programas de grado. Las enfermeras no siempre conocen ni confían en su capacidad para brindar atención nutricional. La educación continua está garantizada para las enfermeras sobre cómo detectar la precaquexia y la caquexia existente.</p> <p>El 90 % del personal médico no reconoce una defensa de la dignidad relacionada con la caquexia, según un estudio.</p>	<p>profesionales que pueden ayudar en el manejo sintomático y de la caquexia.</p> <p>Consejo nutricional: Enfermería también debe ser capaz de educar al paciente en referencia a los nutrientes que faltan. También debe prever la alimentación enteral y parenteral, por lo tanto, es responsable de monitorizarla y de notificar las reacciones adversas que puede experimentar el paciente. Así como, los niveles de glucosa en sangre debido a la alteración del metabolismo en la glucosa que sufren los pacientes con CPA y caquexia.</p> <p>Control de síntomas de la caquexia: La enfermera orientadora evalúa los síntomas antes de la intervención multidisciplinaria y deriva a los pacientes a un especialista apropiado. El NP del equipo CARE participa en el manejo directo de los síntomas.</p> <p>Servicios / curas en el final de vida: Los pacientes que se encuentran al final de vida son los propensos a rechazar la comida.</p> <p>La familia relaciona la caquexia con la muerte y es por eso su ansiedad para que</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

el paciente coma aumenta y presión al paciente.

La alimentación y el manejo nutricional han demostrado un pequeño beneficio al final de la vida, pero la educación de enfermería a los familiares es necesaria para hacerles entender que, si los pacientes no quieren comer, no les pueden obligar es esencial delante de estas situaciones.

La detección es un área importante de responsabilidad de las enfermeras, y aún no se dispone de una herramienta de detección que distinga entre desnutrición, caquexia y sarcopenia.

Finalmente, los estudios primarios de alto nivel y/o la evidencia meta analizada para el cuidado de la caquexia son raros en la literatura. Una de las razones de esta escasez de investigación clínica es que los pacientes a los que se les diagnostica caquexia por lo general se encuentran en un estado demasiado precario para adherirse a las terapias.

								Las enfermeras deben estar formadas con conocimientos y habilidades específicas cuando se dedican al trabajo en equipos multidisciplinares; el tipo de conocimientos y habilidades que deben dominar las enfermeras está determinado por sus funciones en el equipo. Grand-Cameron et al. desarrolló el marco interdisciplinario clínico de CARE para guiar a las enfermeras a explorar sus roles en cada punto del proceso clínico. CARE destaca el papel diverso de las enfermeras a medida que la intervención amplía las responsabilidades de enfermería a dimensiones más allá de la práctica clínica: administración, investigación y educación.
<i>Pancreatic Cancer and Cachexia</i>	2020	Kalliopi Anna Poulia, Panagiotis Sarantis, Dimitra Antoniadou, Evangelos Koustas, Adriana Papadimitropoulou, Athanasios G.	Revisión de la literatura	Grecia	-	Describir la fisiopatología del origen de la caquexia, así como su tratamiento y abordaje nutricional	Está asociada con una disminución de la efectividad del tratamiento comprometiendo la calidad de vida y una mayor mortalidad. La caquexia surge de un síndrome multifactorial, poniendo al tumor y un metabolismo anormal que causa una deterioración de la masa muscular.	Los pacientes con CP tienen un alto riesgo nutricional debido a factores distintos a la caquexia asociada al cáncer. La alteración anatómica debida al tumor, es decir, la compresión extrínseca del tumor que causa la obstrucción mecánica del tracto GI, puede causar directamente dolor o inducir síntomas que afectan la ingesta o

		<p>Papavassiliou and Michalis V.Karamouzis</p>					<p>Incluyen la participación de diversas moléculas como citoquinas, hormonas, neuropéptidos, neurotransmisores y factores tumorales.</p> <p>La alteración anatómica debida al tumor, la compresión extrínseca causa una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal que directamente puede causar síntomas como: dolor, fatiga, disfagia, gastroparesias, malabsorción y estreñimiento.</p> <p>A parte, el CP induce la insuficiencia pancreática, derivado a la esteatorrea, DM, incrementar la pérdida de nutrientes y causando un descontrol en la regulación de la insulina.</p> <p>Hay un hipermetabolismo que provoca pérdida de masa corporal que esta causado por la reacción sistemática inflamatoria que desencadena el tumor.</p> <p>Reemplazo de encimas pancreáticas (PERT): Provoca el aumento de peso, reduce la pérdida de peso, la diarrea y esteatorrea y mejora el dolor pancreático.</p>	<p>absorción nutricional, es decir, fatiga, disfagia, gastroparesia, insuficiencia pancreática, malabsorción, y estreñimiento Además, la insuficiencia pancreática inducida por el cáncer, que conduce a alteraciones exocrinas (esteatorrea) y endocrinas (diabetes mellitus o DM), puede alterar el equilibrio energético ya sea aumentando las pérdidas de nutrientes (principalmente ácidos grasos) en la defecación o mediante restricciones impuestas para el control de la diabetes.</p> <p>Inflamación: La inanición provoca el agotamiento del tejido adiposo, mientras que la pérdida de peso en un paciente caquético se atribuye tanto a la pérdida de masa muscular como a la de grasa. Esto se atribuye al hiper catabolismo de la masa muscular que conduce a un balance negativo de masa proteica. Además, esto se ve reforzado por el desequilibrio en las vías metabólicas de las proteínas, que es una de las manifestaciones más comunes de la caquexia por cáncer.</p> <p>Opciones de tratamiento más comunes: El manejo clínico de la caquexia en CP</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>Abordaje nutricional: Las intervenciones nutricionales en el CPA tienen que ser pronto para evitar la mayoría de las pérdidas nutricionales. La primera línea nutricional es el consejo de un nutricionista para aumentar la ingesta de energía y proteínas, preferiblemente con comidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kcal: 35-40 /kg/día - Proteínas: 0.25g-0.30g / kg/día <p>Algunos estudios muestran que la dieta ketogénica puede relacionarse con la reducción del crecimiento del tumor. Es de vital importancia el manejo de la esteatorrea mediante las grasas solubles en caso de malabsorción, en combinación de la suplementación de enzimas pancreáticas. La pérdida de grasa por la detección es una de las principales causas de la pérdida de energía. El manejo nutricional, puede ser insuficiente para unos buenos resultados. Es por eso que se debe complementar con los suplementos</p>	<p>tiene ciertas limitaciones y se caracteriza por una extrema complejidad. En primer lugar, es vital controlar los factores y síntomas de la enfermedad y sus síntomas clínicos que inducen la anorexia, como dolor, náuseas, insuficiencia pancreática y estreñimiento. Para la prevención y el manejo de la caquexia por cáncer se combinan la farmacoterapia y el soporte nutricional con el fin de controlar los efectos secundarios del tratamiento, los síntomas de la enfermedad y aportar los macronutrientes que el paciente necesita para mantener su estado nutricional.</p> <p><u>Manejo farmacológico:</u></p> <p>3.1.1. Progesterona, corticosteroides, medicamentos antiinflamatorios</p> <p>El papel de la progesterona es estimular el apetito a través de vías directas e indirectas en el SNC. Los progestágenos, como el acetato de megestrol (MA) y los corticosteroides, se utilizan como agentes oxigénicos. Su mecanismo de acción es a través de la inhibición de las citocinas y la restauración del apetito, lo que resulta en un aumento de peso, como se ha visto en modelos animales y humanos recientes</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

							<p>nutricionales orales. Deben ser individualizados según los síntomas y parámetros detectados.</p> <p>El problema de estos es que siempre reducen la ingesta en las comidas.</p> <p>Si el manejo no es suficiente, tendremos que considerar la <u>nutrición enteral</u> mediante SNG o <u>nutrición parenteral</u> cuando la nutrición enteral no es tolerada o hay una obstrucción gastrointestinal para asegurar los niveles correctos de nutrientes en sangre.</p> <p>También, aunque nos encontremos con Ca también hay que valorar la intervención de fisioterapia para mantener la masa muscular y la fuerza, a pesar de su estados físico y psíquico del paciente.</p>	<p>[63], pero no siempre acompañado de las respectivas mejoras en la calidad de vida de los humanos.</p> <p>Los corticosteroides reducen la actividad de las prostaglandinas y suprimen las citocinas proinflamatorias como la IL-1 y el TNF-α. Al mismo tiempo, tienen un efecto positivo sobre el estado de ánimo y el apetito, pero estos efectos suelen ser a corto plazo, no duran más de un mes. También debe tenerse en cuenta que el suministro a largo plazo de corticosteroides está relacionado con efectos adversos considerables, como osteoporosis, miopatía, desequilibrio del metabolismo de la glucosa y un mayor riesgo de infecciones.</p> <p>Varios estudios sobre medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como la indometacina y el ibuprofeno, destacan el efecto positivo sobre la caquexia dependiente del cáncer de los pacientes. Además, los estudios sobre agentes AINE, ácidos grasos omega-3 y talidomida destacan la inhibición de la respuesta inflamatoria a través de la alteración de la producción de citoquinas.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

La terapia combinada, que incluye AINE, consulta dietética, suplementos nutricionales y ejercicio, ya ha mostrado resultados beneficiosos para pacientes con cáncer de pulmón o CP.

Grelina: tiene muchas actividades, como la inhibición de la apoptosis, la regulación de la diferenciación y la estimulación o inhibición de la proliferación de varios tipos de células.

Se informaron efectos adversos relacionados con la anamorelina y fueron principalmente hiperglucemia, náuseas y mareos. Sin embargo, la evidencia existente sugiere que la administración a corto plazo de grelina sintética parece ser segura y bien tolerada.

Los cannabinoides: Los cannabinoides aumentan el apetito y la ingesta de alimentos en pacientes con PC. Al mismo tiempo, se ha permitido el uso del delta-9-tetrahidrocannabinol sintético (D-9 THC), dronabinol, en la caquexia relacionada con el SIDA y la emesis de la quimioterapia. En un estudio piloto, se demostró que los pacientes tratados con THC informaron un aumento del apetito

antes de las comidas, la calidad del sueño, la ingesta calórica, la relajación y mejoras en el gusto en comparación con los pacientes que recibieron la terapia con placebo. A pesar de estos hallazgos, los datos disponibles sobre el uso y la eficacia de los cannabinoides para el tratamiento de la caquexia por cáncer son insuficientes y, por lo tanto, aún no se puede respaldar su uso sistemático en la práctica clínica.

Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas (PERT): La deficiencia pancreática exocrina es uno de los principales factores que contribuyen a la desnutrición relacionada con el CP. La insuficiencia pancreática exocrina ocurre principalmente en cánceres resecables después de la cirugía y en pacientes con CP avanzado. Se ha demostrado que PERT induce aumento de peso, limita la pérdida de peso [89], reduce la diarrea y la esteatorrea, y mejora el dolor pancreático y los síntomas de hinchazón/gases [90]. Finalmente, algunos datos avalan su efecto positivo sobre la supervivencia en pacientes con tumor no resecable [91].

La provisión de suplementos nutricionales orales (ONS), es decir, mezclas de nutrientes nutricionalmente completas disponibles comercialmente, generalmente se recomienda para complementar la ingesta nutricional voluntaria. Los ONS para pacientes con CP deben elegirse en función de las necesidades individuales de cada paciente y siempre deben considerar el manejo de los síntomas de la enfermedad. Además, dado que la inflamación sistémica, comúnmente presente en pacientes con cáncer, tiene un efecto hipercatabólico, las estrategias nutricionales actuales ahora se enfocan en parámetros nutricionales con acción antiinflamatoria. La adición del aminoácido esencial (EAA) de la leucina puede tener un impacto positivo en el metabolismo de las proteínas, incluso cuando hay inflamación. El aceite de pescado, la principal fuente de ácidos grasos n-3, se sugiere actualmente como una forma de regular a la baja la inflamación y, por lo tanto, se considera una forma importante de mejorar el apetito, la ingesta de

alimentos, la masa corporal magra y el peso corporal en pacientes con cáncer caquexia De acuerdo con los resultados de un estudio de control aleatorizado en pacientes con cáncer colorrectal avanzado, la administración de 2 g de aceite de pescado al día durante las primeras nueve semanas de quimioterapia prolongó el tiempo hasta la progresión del tumor. Si bien aún se requieren estudios para confirmar los efectos positivos de los ácidos grasos n-3, el aceite de pescado sigue siendo un nutriente prometedor en el manejo de la nutrición de los pacientes con cáncer. Especialmente para pacientes con insuficiencia pancreática, los ácidos grasos n-3 deben tomarse junto con las enzimas pancreáticas para asegurar una absorción suficiente y una mejor tolerancia por parte del paciente.

El principal problema de los ONS en pacientes con cáncer es el cumplimiento y el hecho de que, debido a su efecto saciante, a menudo limitan significativamente la proporción de alimentos consumidos en las comidas. Si

la ingesta nutricional voluntaria es insuficiente para respaldar el estado nutricional de los pacientes, se debe considerar la provisión de un soporte nutricional completo, ya sea enteral o parenteral, según el nivel de funcionalidad gastrointestinal. La nutrición enteral se refiere al suministro de nutrientes a través de sondas enterales (sonda nasogástrica o nasoyeyunal, gastrostomía o yeyunostomía). La nutrición parenteral, es decir, el suministro de nutrientes directamente en la circulación ya sea a través de una vena central o periférica, puede recomendarse en casos de obstrucción intestinal completa o intolerancia al soporte nutricional enteral.

Otro parámetro para tener en cuenta es la actividad física. Los pacientes con cáncer son propensos a la inactividad física debido a razones psicológicas (es decir, depresión) o limitaciones físicas (es decir, fatiga, efectos adversos de los tratamientos contra el cáncer). Debe prescribirse la provisión de sesiones de fisioterapia, incluyendo actividades de la

								vida diaria, resistencia y ejercicio aeróbico, para mantener y aumentar la masa muscular y/o la funcionalidad y fuerza muscular. En ese contexto, la fisioterapia puede promover el anabolismo y retener la utilización de nutrientes, especialmente proteínas.
Frequency of appropriate use of pancreatic enzyme replacement therapy (PERT) and symptomatic response in pancreatic cancer patients.	2019	Jodie A. Barkin, MD, Amy Westermann, MPH, William Hoos, MS, MBA, Cassadie Moravek, BS, Lynn Matrisian, PhD, MBA, Hongwei Wang, MS, Lynn Shemanski, PhD, Jamie S. Barkin, MD, and Lola Rahib.	Estudio retrospectivo	EE.UU	262 pacientes	Determinar la frecuencia de uso adecuado de PERT y su impacto en el alivio de los síntomas en CP a través de una plataforma en línea de resultados informados por los pacientes.	El cáncer de páncreas (CP) y sus tratamientos pueden provocar insuficiencia pancreática exocrina que requiere terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas (PERT). El uso apropiado de PERT es durante las comidas y meriendas. Una complicación específica del CP es la PEI. La insuficiencia de enzimas pancreáticas puede deberse a múltiples etiologías asociadas con el CP, incluida la obstrucción del conducto pancreático en la cabeza por el propio tumor, la resección quirúrgica del páncreas con la consiguiente pérdida de parénquima significativo, la denervación del páncreas en el momento de la cirugía y por	Se ha demostrado que la terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas (PERT) como tratamiento para la PEI es beneficiosa tanto para pacientes con CP reseca como para aquellos con enfermedad avanzada. ; los beneficios incluyeron aumento de peso, reducción de la frecuencia de las deposiciones, aumento de la absorción de grasas, mejor consistencia de las heces y mejoría de los síntomas. Si bien no existen pautas específicas para la dosificación y administración de PERT en PC, Pancreatic Cancer Action Network (PanCAN) inició la atención de apoyo. El grupo de trabajo recomendó que todos los pacientes con evidencia o sospecha de PEI deberían comenzar con dosis de 72,000 unidades de lipasa por comida y

						<p>alteraciones en la anatomía intestinal en el posoperatorio.</p> <p>La insuficiencia de enzimas pancreáticas afecta a pacientes con enfermedad resecable e irresecable⁹. La insuficiencia de enzimas pancreáticas tiene un efecto negativo sobre la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con CP. El tratamiento del cáncer de páncreas, incluida la radioterapia y la resección quirúrgica, se asocia con PEI^{10,11} y un impacto negativo en la calidad de vida.¹¹ Además, los niveles bajos de elastasa fecal, un marcador de malabsorción, se correlacionan con una supervivencia deficiente en pacientes con CP avanzado.</p>	<p>36,000 unidades de lipasa por refrigerio, y las dosis deberían modificarse según sea necesario en función de los síntomas clínicos, la esteatorrea presente y el contenido de grasa de la comida. dieta.¹⁹ Además, PERT se toma de manera óptima al comienzo de la comida o al comienzo y durante una comida si se toman varias píldoras.</p> <p>Doscientos cincuenta y ocho usuarios informaron la etapa de PC en el momento del diagnóstico. Sesenta y siete (26 %) informaron tener enfermedad resecable, 82 (31 %) tenían enfermedad resecable límite, 3 (14 %) tenían enfermedad localmente avanzada, 69 (26 %) tenían enfermedad metastásica y 3 (1 %) no estaban seguros o la puesta en escena era desconocida. Doscientos treinta y seis usuarios proporcionaron su etapa de la enfermedad en la inscripción en el Registro, de los cuales 7 (3%) indicaron tener enfermedad resecable, 15 (6%) resecable límite, 19 (7%) localmente avanzada, 103 (39%) metastásica, 74 (28 %) no informaron evidencia de enfermedad y 18 (6 %) informaron que no</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

estaban seguros o que se saltaron. De los 74 usuarios que no informaron evidencia de enfermedad en la inscripción en el Registro, 29 (39 %) informaron que su estadio en el primer diagnóstico era resecable, 31 (42 %) en el límite resecable, 12 (16 %) localmente avanzado, 1 (<1 %) metastásico y 1 (<1%) no está seguro.

En general, 177 informaron sobre el sitio de la enfermedad; 117 (66%) informaron cáncer en el páncreas, 76 (43%) en el hígado, 30 (17%) en los pulmones, 37 (21%) en los ganglios linfáticos, 18 (10%) en el peritoneo y 14 (8 %) otros sitios; y 17 (10%) no reportaron evidencia de enfermedad y 14 (8%) desconocían. Veintinueve informaron cáncer solo en el páncreas, 59 (50 %) informaron cáncer en 2 sitios y 34 (29 %) informaron cáncer en 2 o más sitios.

Doscientos treinta y cinco (85 %) de los 277 usuarios que completaron la encuesta informaron haber hablado con su HCP sobre PERT. A 208 (89 %) de 235 se les recetó PERT (de los cuales al 89 % se les recetó Creon) (Fig. (Fig.3).3). 201 usuarios especificaron el tipo de HCP que

prescribió PERT: el 45 % informó que PERT fue recetado por un médico oncólogo, el 25 % por un cirujano, el 17 % por un gastroenterólogo y el 15 % por otro tipo de HCP. Doscientos cinco usuarios proporcionaron una respuesta sobre cómo su HCP prescribió PERT.

Alivio de síntomas: Se preguntó a los usuarios sobre los síntomas que experimentaron antes y después de tomar PERT. Los pacientes que tomaron PERT con las comidas informaron un mayor alivio de los síntomas (Tabla (Tabla 2).2). La sensación de indigestión, las heces de color amarillo claro o anaranjado y las partículas visibles de alimentos en las heces se redujeron significativamente ($P = 0,003$, $P = 0,04$ y $P = 0,05$, respectivamente) al tomar PERT con las comidas en comparación con quienes tomaron PERT antes de o después de las comidas. Los pacientes también reportaron una menor pérdida de peso cuando tomaban PERT con las comidas en comparación con los que tomaban PERT antes o después de las comidas ($P = 0,022$). Además, solo 1 (14 %) de 7

								pacientes que tomaron enzimas antes o después de las comidas reportaron pérdida de peso antes de tomar PERT y aumento de peso después de tomar PERT, mientras que 13 pacientes (43 %) que tomaron PERT con las comidas reportaron pérdida de peso antes de tomar PERT y aumento de peso informado después de tomar PERT.
<i>The effectiveness of pancreatic enzyme replacement therapy for malabsorption in advanced pancreatic cancer, a pilot study.</i>	2019	Amanda Landers, Helen Brown, and Matthew Strother	Estudio prospectivo de cohortes	Nueva Zelanda	97 pacientes	Determinar la eficacia potencial de PERT para mejorar los síntomas y la calidad de vida en pacientes con CP metastásico.	Uno de los rasgos característicos del cáncer de páncreas (CP) es la insuficiencia pancreática exocrina (PEI). Esto conduce a un síndrome de malabsorción y síntomas digestivos posteriores. Dada la alta prevalencia de PEI y malabsorción en CP, se recomienda el uso empírico de terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas (PERT) Para determinar el impacto de PERT en la calidad de vida y los síntomas de malabsorción, realizamos un estudio de cohorte prospectivo no aleatorizado dentro de un servicio especializado en cuidados paliativos. El equipo de cuidados paliativos de Nurse Maude	Un páncreas saludable produce 500–1000 ml de enzimas digestivas por día. Cuando la producción de enzimas cae por debajo del 10% de lo normal, se produce PEI, lo que lleva a MA. Esto puede ocurrir en PC debido a la pérdida de parénquima pancreático, bloqueo del conducto, procedimientos quirúrgicos y cicatrización. PEI afecta principalmente la absorción de grasa. En CP, la Malabsorción está presente en el 68-92% de los pacientes al momento del diagnóstico. Estudios anteriores han encontrado que el 67-72% de los pacientes con PC tienen síntomas como resultado de la AM. Estos síntomas pueden incluir diarrea, flatulencia

							<p>Hospice atiende a la región de Canterbury en la Isla Sur de Nueva Zelanda. Tras el consentimiento por escrito, se realizó una evaluación inicial en el hogar que incluyó la recopilación de datos demográficos, la finalización de la lista de verificación de síntomas de malabsorción y los dos cuestionarios de calidad de vida. La calidad de vida se midió utilizando EORTC QLQ-C30 y QLQ-PAN26, ambas herramientas validadas. La capacidad funcional del paciente se midió mediante el ECOG o PPS.</p> <p>Después de completar esta evaluación inicial, los pacientes comenzaron con 25.000 UI de pancrealipasa. La dosis inicial fue de 50.000 UI de Creonte por comida y 25.000 UI para un tentempié, tal como lo describe Domínguez-Muñoz.²⁶ El contenido promedio de grasa de una dieta estándar se calculó en aproximadamente 24 g de grasa para el desayuno, 22 g de grasa para el almuerzo y 24 g de grasa para la cena. Se animó a los participantes a no evitar las grasas en su dieta. La dosis inicial</p>	<p>excesiva, calambres, esteatorrea, distensión abdominal y pérdida de peso. Un estudio cualitativo reciente que analizó las necesidades psicosociales significativas no satisfechas en personas con PC identificó los síntomas relacionados con el intestino como el problema principal. Los pacientes con CP refieren que los síntomas gastrointestinales y la dieta tienen un profundo impacto en su bienestar físico, emocional y social, identificando a la AM como un claro vacío clínico en su manejo. Se ha demostrado que la terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas (PERT) mejora significativamente la digestión de grasas y los síntomas después de la resección pancreática y en la insuficiencia pancreática conocida. Sin embargo, existen ensayos clínicos aleatorizados limitados de PERT en esta población de pacientes con CP avanzada, especialmente con un enfoque en la mejora de los síntomas. Dada la alta prevalencia de insuficiencia exocrina y MA en CP, la falta de evidencia ha llevado al uso empírico de reemplazo de enzimas</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>podría aumentarse sobre la base de un recordatorio de la dieta de 24 h, con un Creon adicional de 25 000 UI por cada 16–20 g de grasa adicional por comida o refrigerio.</p> <p>El paciente fue reevaluado por el dietista después de 1 semana y 3 semanas del inicio de PERT. Estos marcos de tiempo se basaron en literatura publicada anteriormente que investigaba PERT en otros procesos de enfermedades.^{20,21} Durante las visitas de reevaluación, se recopilaron los siguientes datos: EORTC QLQ-C30, QLQ-PAN26 y peso, síntomas de MA, ECOG/PPS y un 24 -h recuerdo de la dieta. El dietista completó los cuestionarios con los participantes. En pacientes con síntomas de AM en curso o en los que hubo una mejoría en el apetito y, por lo tanto, en la ingesta de alimentos, se aumentó la dosis de Creon para satisfacer el mayor contenido de grasa de la dieta.</p> <p>El criterio principal de valoración de este estudio fue evaluar el impacto de PERT en los síntomas de AM 1 semana</p>	<p>pancreáticas como lo recomiendan varias guías actuales, incluida la <i>National Comprehensive Cancer Network</i> y la <i>Pancreatic Section of the British Society of Gastroenterology</i>.</p> <p>A la mayoría de los sujetos no se les aumentó la dosis de PERT ya que sus diarios de alimentos no se alteraron significativamente entre las evaluaciones. Sin embargo, cuatro de los sujetos tuvieron un aumento de la dosis en respuesta al aumento del apetito y la ingesta de alimentos, y uno tuvo una disminución en el número de cápsulas prescritas. El aumento de la dosis tendió a ser un Creonte adicional con las comidas principales.</p> <p>Dentro de 1 semana del inicio de PERT, hubo una reducción en las puntuaciones de diarrea (26 v. 8, $p < 0,005$), dolor pancreático y hepático (47 v. 33 y 24 v. 11, respectivamente, $p < 0,05$). Después de 3 semanas de PERT, hubo mejoras significativas en el dolor pancreático y los síntomas de hinchazón/gases (47 frente a 26 y 46 frente a 26, respectivamente, $p < 0,005$). Finalmente, cabe destacar que</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	---

							y 3 semanas después del inicio de Creon. El punto final secundario fue la intolerancia a la medicación.	hubo una tendencia a la mejoría de los síntomas digestivos en la primera semana (52 vs 39) con significación estadística límite (p = 0,05). La PERT es una terapia segura para el tratamiento de los síntomas de malabsorción en pacientes diagnosticados con cáncer de páncreas avanzado. Parece tener un impacto positivo en los síntomas y la calidad de vida y esto es un apoyo adicional para las guías internacionales que recomiendan su uso empíricamente.
<i>Impact of the treatment of pancreatic exocrine insufficiency on survival of patients with unresectable pancreatic cancer: a retrospective analysis</i>	2018	Juan Enrique Dominguez Muñoz, Laura Nieto Garcia, Javier López Díaz, Jose Lariño Noia, Ihab Abdulkader and Julio Iglesias Garcia	Estudio retrospectivo	España	160 pacientes	Evaluar el impacto de la IPE y el tratamiento y diagnóstico en la supervivencia de los pacientes con CP irreseccable.	La mejora del estado nutricional mejora la calidad de vida y permite la administración del tratamiento para el tumor. Las enzimas pancreáticas mediante la terapia oral en pacientes con CPA han mostrado un aumento de masa. Aunque, se han reportado pocas ratios de prescripción de la PERT en pacientes con metástasis pancreática. Esto es especialmente importante en pacientes con CP no reseccable en los que se reducen los jugos pancreáticos a	De un total de 191 pacientes, 31 murieron antes de iniciar la PERT y la muestra final fue de 160 pacientes (86 en el grupo 1 y 74 en el grupo 2). La edad, el género, la medida del tumor, la localización, el estadiaje y la pérdida de peso fueron similares en ambos grupos. La PERT fue prescrita en 49 pacientes del Grupo 2 (30.6% del total de pacientes y el 66.2% del grupo 2). 40 de los 49 pacientes reportaron una pérdida de peso >10% en 6 meses en el momento del diagnóstico.

								causa de la obstrucción del conducto pancreático principal.	La QMT paliativa y la PERT son independientes, pero se relacionan con una supervivencia mayor. El omeprazol se administró constantemente a pacientes con IPE para mejorar la eficacia de la PERT debido a la inhibición resultante de la secreción de ácido gástrico, teniendo en cuenta que las preparaciones recubiertas entéricas requieren un pH superior a 5.5 para que se liberen. Demostrándose que la adición de un inhibidor de la bomba de protones a la PERT es efectiva para mejorar la absorción de grasas en pacientes con PEI dado que estos muestran pH muy ácidos.
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--