

TERCERA SECCION

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Consejo de Salubridad General.

El Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 4o., párrafo cuarto y 73, fracción XVI, Bases 1a. y 3a., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3o., fracciones II y XXVII Bis, 4, fracción II y 17, fracción VI, de la Ley General de Salud y 1, 9, fracciones II y VI y 10, fracción VIII, del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y

CONSIDERANDO

Que de conformidad con el artículo 4o., párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, toda persona tiene derecho a la protección de la salud, señalando asimismo que la Ley General de Salud definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI, del artículo 73, de la propia Constitución;

Que en términos de lo dispuesto en los artículos 73, fracción XVI, Base 1a., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 4o., fracción II, de la Ley General de Salud, el Consejo de Salubridad General tiene el carácter de autoridad sanitaria y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país;

Que de conformidad con el artículo 5o., de la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud;

Que en términos de los artículos 17, fracción VI, de la Ley General de Salud y 9, fracción VI, del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, a dicho Consejo, le corresponde entre otras funciones participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y en el establecimiento de la política nacional en materia de salud;

Que de acuerdo con las fracciones II y XXVII Bis, del artículo 3o., de la Ley General de Salud, la atención médica y el tratamiento integral del dolor son materia de salubridad general;

Que de conformidad con la fracción IV, del artículo 33, de la Ley General de Salud, las actividades de atención médica paliativas, incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario;

Que en términos de lo dispuesto por la fracción II, del artículo 9, del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, el Consejo de Salubridad General tiene, entre otras facultades, aprobar los acuerdos necesarios y demás disposiciones generales de observancia obligatoria en el país en materia de salubridad general, dentro del ámbito de su competencia, y

Que en virtud de las anteriores consideraciones, en la 1a. Sesión Ordinaria celebrada el día 3 de diciembre de 2014, el pleno del Consejo de Salubridad General, acordó emitir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL DECLARA LA OBLIGATORIEDAD DE LOS ESQUEMAS DE MANEJO INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, ASÍ COMO LOS PROCESOS SEÑALADOS EN LA GUÍA DEL MANEJO INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

ÚNICO. Se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, misma que, para brindar una debida certeza jurídica, se incluye como Anexo Único del presente Acuerdo.

Para los integrantes del Sistema Nacional de Salud será obligatorio el cumplimiento de las disposiciones del presente Acuerdo.

TRANSITORIO

ÚNICO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Así lo aprobaron los CC. Integrantes del Consejo de Salubridad General, que estuvieron presentes durante su 1a. Sesión Ordinaria, celebrada el día 3 de diciembre de 2014.

México, D.F., a 11 de diciembre de 2014.- el Pleno del Consejo de Salubridad General acordó publicar en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos.- El Secretario del Consejo de Salubridad General, **Leobardo Carlos Ruiz Pérez**.- Rúbrica.- La Presidenta del Consejo de Salubridad General, **María de las Mercedes Martha Juan López**.- Rúbrica.

ANEXO ÚNICO

Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos

PRIMERA EDICIÓN

México

Autores

COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DEL ACUERDO

DR. LEOBARDO C. RUÍZ PÉREZ	Consejo de Salubridad General
MTRA. ROSA MARÍA GALINDO SUÁREZ	

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARTICIPANTE

DR. EDUARDO GONZÁLEZ PIER DR. SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ DR. BERNARDO VILLA CORNEJO DRA. MÓNICA OSIO SALDAÑA	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Secretaría de Salud
DR. ANTELMO ABELARDO MENESES GARCÍA DRA. SILVIA ALLENDE PÉREZ	Instituto Nacional de Cancerología
DR. DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ DRA. ARGELIA LARA SOLARES	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán
DR. ENRIQUE L. GRAUE WIECHERS DR. JUAN RAMÓN DE LA FUENTE RAMÍREZ DRA. MARIANA NAVARRO HERNÁNDEZ	Universidad Nacional Autónoma de México
DR. MANUEL H. RUÍZ DE CHÁVEZ LIC. MARÍA DE LOS ÁNGELES MARINA ADAME GAYOSSO	Comisión Nacional de Bioética
MTRO. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA DR. ERNESTO R. NAVA SÁNCHEZ LIC. ALICIA LATAPÍ HARLAN	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

LIC. MARCELA M. MADRAZO REYNOSO LIC. GABRIELA E. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	Coordinación de Asesores Secretaría de Salud.
DR. ARMANDO AHUED ORTEGA DR. FERDINAND RECIO SOLANO	Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
DR. ALFREDO COVARRUBIAS-GÓMEZ	Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor A.C
DR. GABRIEL O'SHEA CUEVAS DR. JAVIER LOZANO HERRERA DRA. CELINA CASTAÑEDA DE LA LANZA	Comisión Nacional de Protección Social en Salud

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

DRA. DORIS ODETTE CAMPOS RAMÍREZ DRA. FABIOLA MELCHOR MARTÍNEZ LIC. MAURICIO M. RODRÍGUEZ MENDOZA M. EN SP. MARYORI ORTIZ RODRÍGUEZ DRA. LILIANA G. CARACHEO LÓPEZ M. EN C. BÁRBARA FLORES ALDANA LIC. BRENDA SUSANA BOTELLO ESTRADA	Consejo de Salubridad General
--	-------------------------------

INDUSTRIA FARMACÉUTICA

DRA. FERNANDA BUENO CAMPOS	Grunenthal S.A de C.V
DRA. CONSUELO IRENE GUTIÉRREZ COLÍN	Mundipharma S.A de C.V
DR. EZEQUIEL FUENTES LÓPEZ	PiSA Farmacéutica

México

Consejo de Salubridad General

Homero 213

Col. Chapultepec de Morales

Del. Miguel Hidalgo

México, DF, C.P.11590

www.csg.gob.mx

Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos

PRIMERA EDICIÓN

Impreso y Hecho en México

Para la reproducción parcial o total de esta *Guía* será necesario contar con la autorización por escrito del Consejo de Salubridad General (CSG).

ÍNDICE

Contenido

CAPÍTULO 1. CONTEXTO Y GENERALIDADES DEL MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

1.1 Introducción.

2. Definiciones

3. Criterios de terminalidad

3.1 Criterios de terminalidad en enfermedades no oncológicas

Enfermedad cardíaca.

Enfermedad pulmonar.

Demencia.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Enfermedad Renal.

Evento Vascular Cerebral (EVC) y Coma.

Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).

Enfermedad Hepática.

CAPÍTULO 2. MODELOS DE ATENCIÓN

2.1 Introducción

2.2 Funciones fundamentales de los equipos en cuidados paliativos

Definición de los pacientes con necesidades de atención paliativa 26

2.3 Referencias:

CAPÍTULO 3. MANEJO SINTOMÁTICO

3.1 Generalidades

3.2 Debilidad- Astenia-Fatiga

Causas

Evaluación

Manejo

3.3 Dolor

Tipos de dolor

3.3.1 Dolor no relacionado a cáncer:

3.3.2 Dolor relacionado a cáncer:

Causas

Dolor no oncológico:

El dolor oncológico puede presentarse por:

Evaluación para dolor no oncológico y oncológico

Manejo para dolor no oncológico y oncológico

Consideraciones farmacológicas

Dolor oncológico:

Cómo prescribir un opioide

Vías de administración

Manejo de los efectos secundarios

Neurotoxicidad inducida por opioides

Otros efectos secundarios:

Tolerancia y dependencia física

3.4 Anorexia- Caquexia-Astenia

Causas

Evaluación

Tratamiento

3. 5 Náuseas y Vómito

Causas

Evaluación

Tratamiento

3.6 Cuidados de la Boca

Causas

Evaluación

Tratamiento

3.7 Estreñimiento/Constipación

Causas

Evaluación

Tratamiento

3.8 Ansiedad

Causas

Evaluación

Tratamiento

3.9 Depresión

Causas

Evaluación

Tratamiento

4.0 Disnea.

Causas

Evaluación

Tratamiento

4.1 Delirium

Causas

Evaluación

Tratamiento

Consideraciones Especiales

5.0 Sedación al final de la vida

Definición.

Tratamiento

Recomendaciones en Sedación Terminal.

6.0 Urgencias en medicina paliativa.

7. Referencias.

CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

4.1 Aspectos generales

4.2 Aspectos bioéticos a considerar

4.2.1 Veracidad

4.2.2 Respeto de la autonomía

4.2.3 Beneficencia

4.2.4 No maleficencia

4.2.5 Proporcionalidad Terapéutica

4.2.6 Doble efecto

4.2.7 No abandono

4.2.8 Cuidado especial de quienes participan como sujetos de investigación

4.2.9 Acceso a los servicios e insumos para el alivio del dolor y cuidados paliativos

4.3 Participación de los comités hospitalarios de bioética (CHB)

CAPÍTULO 5. MARCO REGULATORIO.

5.1 Líneas de acción

CAPÍTULO 6. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

6.1 Introducción

6.2 Avaluos educativos

6.3 Cuidados paliativos en el pregrado

6.4 Cuidados paliativos de posgrado

6.5 Niveles de educación en cuidados paliativos:

6.6 Investigación en cuidados paliativos

6.7 Referencias

CAPÍTULO 1. CONTEXTO Y GENERALIDADES DEL MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

1.1 Introducción

Las condiciones de salud de la población mexicana han mejorado durante las últimas décadas, existe un incremento en la esperanza de vida y el país se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica y epidemiológica, las enfermedades crónicas se han convertido en la principal causa de muerte.

Las enfermedades no transmisibles (ENT), y/o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Los cuatro grupos principales de enfermedades no transmisibles son:

- Enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares)

- Cáncer
- Enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma);
- Enfermedades metabólicas (diabetes, insuficiencia renal crónica).

Las ENT representan la causa de defunción más importante en el mundo, acumulando un 63% del número total de muertes anuales. (36 millones de personas cada año). Cerca del 80% de las muertes por ENT se concentran en los países de ingresos bajos y medios.

Entre las enfermedades crónicas cuya incidencia ha aumentado, el cáncer se ha convertido en un grave problema de salud pública. De acuerdo a datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 70% de todas las muertes por cáncer se produce en países con ingresos económicos bajos y medios. En México durante el año 2008, 77.7 miles de mexicanos de ambos sexos murieron por cáncer. Como sucede en otros países de ingresos medios, el mayor énfasis en los programas contra el cáncer están orientados a la prevención y tratamiento; sin embargo, la mayor parte de las neoplasias son diagnosticadas en etapa avanzada, lo que se traduce en pocas posibilidades de curación, altos costos para su diagnóstico, tratamiento y un mayor sufrimiento de los pacientes y sus familias.

El diagnóstico tardío y el deseo de recibir tratamiento curativo, independientemente de las posibilidades de beneficio, en ocasiones excluyen (de manera equivocada) implementar un manejo de cuidados paliativos oportunos.

En México un porcentaje importante de pacientes con ENT en fase avanzada podrían aliviar su sufrimiento y mejorar la calidad de vida, al incorporar la medicina paliativa al continuum de la atención médica.

Es importante mencionar que los pacientes en terreno paliativo presentan múltiples síntomas, que pueden ser aliviadas con intervenciones de relativo bajo costo, mejorar la atención de las personas en fase avanzada y terminal, es un elemento esencial de calidad de atención para el sistema de salud.

En 2011, unos tres millones de pacientes, la mayoría de ellos terminales, recibieron cuidados paliativos. Aunque gran parte de ese tipo de asistencia se presta en países de ingresos altos, casi el 80% de las necesidades mundiales de asistencia paliativa corresponde a países de ingresos bajos y medios. Sólo 20 países del mundo han integrado adecuadamente los cuidados paliativos a los sistemas de atención sanitaria.

Los Cuidados Paliativos alivian el dolor y otros síntomas, afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural y no intentan acelerarla ni prolongarla. Incluyen aspectos psicológicos, sociales y espirituales proporcionan apoyo a los pacientes para vivir lo más activamente posible hasta su muerte (OMS 2002).

Por definición, la enfermedad terminal es aquella que se manifiesta como un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta a tratamiento específico, con síntomas multifactoriales, y pronóstico de vida limitado, por lo general. Al no existir posibilidades de curación, los cuidados paliativos son la mejor opción.

En la actualidad se dispone de un cúmulo de conocimientos que permite no sólo el mejor entendimiento de la fisiopatología de los síntomas comunes en esta fase, sino un abordaje terapéutico más exitoso.

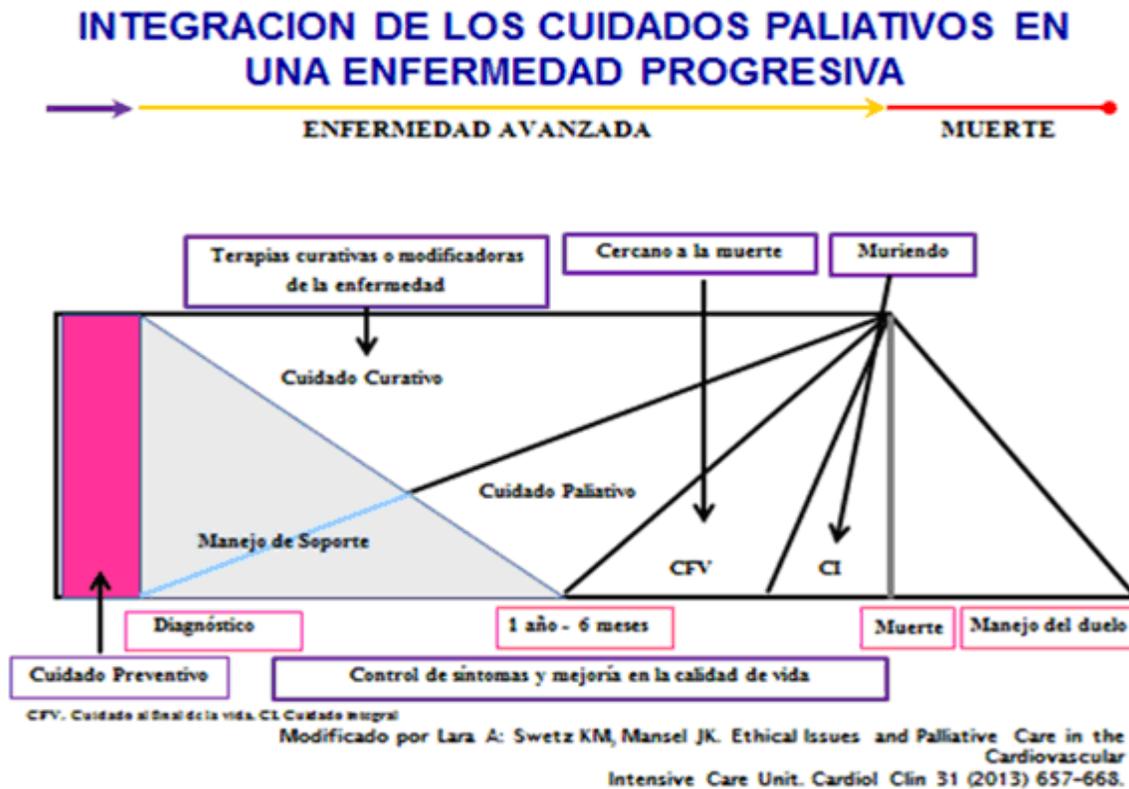
El dolor, pese a ser el síntoma más temido, no es el único problema que puede aquejar al paciente, otros síntomas tales como la disnea, el delirium, el síndrome anorexia-caquexia-astenia, además de diferentes condiciones consideradas como Urgencias Paliativas deben ser conceptualizadas como parte del manejo cotidiano de estos casos.

La sedación terminal deberá ser cuidadosamente valorada en situaciones específicas, considerando todos los posibles matices clínicos, psicosociales, legales y bioéticos que implica.

El objetivo último del manejo sintomático es mejorar las condiciones de vida y la calidad de muerte en este grupo de enfermos. Por todo esto, es imprescindible que el equipo terapéutico de cuidados paliativos esté capacitado para resolver las múltiples situaciones clínicas que se presenten mediante intervenciones de probada eficacia, protocolos estandarizados de manejo y criterios uniformes de actuación.

Es importante vincular la atención paliativa durante cada fase de la enfermedad, de tal manera que el paciente reciba atención adecuada y de calidad hasta el final de la vida (Ver Esquema 1).

Esquema 1.



2. Definiciones

Según el artículo 166 BIS 1 de la Ley General de Salud:

I. Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;

II. Cuidados básicos. La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;

III. Cuidados Paliativos. Es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;

IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses.

V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;

VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;

VII. Medios ordinarios. Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, para él una carga grave o desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener;

VIII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y

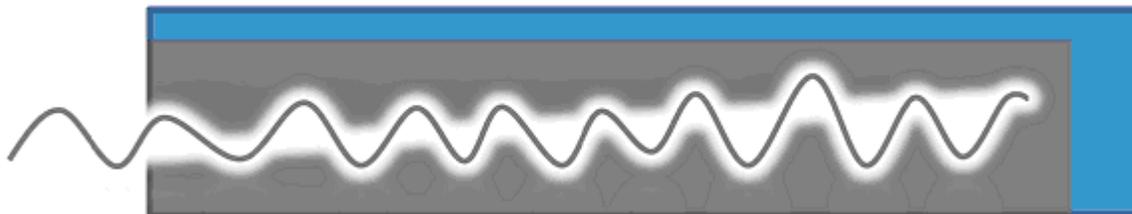
IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir el sufrimiento físico y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.

Y conforme a la discusión y consenso del grupo multidisciplinario participante se señalan las siguientes definiciones:

X. Atención Paliativa: OMS 2007: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales.”

XI. Control Sintomático: se brinda en conjunto y a la par del tratamiento curativo activo de la enfermedad en forma organizada con asistencia integral y multidisciplinaria. (Ver figura 1.) La integración es fundamental para brindar adecuado control mediante la coordinación de la red asistencial de médicos tratantes, médicos interconsultantes, unidades de dolor, unidades de medicina paliativa, equipos de atención en domicilio, equipos de telemedicina, equipos de atención primaria y centros de salud en primer nivel de atención. Están encaminados al control de síntomas y al apoyo psico-social de pacientes y cuidadores en cualquiera de las fases de la enfermedad (desde el diagnóstico, aun en enfermedades potencialmente curables y durante su evolución) pueden ser proporcionado, en forma conjunta con terapias específicas curativas activas.

Figura 1. Soporte sintomático



Fuente: Elaborado por Allende S. agosto de 2014

XII. Cuidados Continuos: se entienden como la atención integral de la persona enferma en su realidad total. Estos cuidados se inician desde el mismo momento del diagnóstico y continúan a lo largo del proceso evolutivo y tiene especial énfasis en las fases avanzadas o finales, siendo un componente esencial en el tratamiento del cáncer. El objetivo final es mantener en lo posible la mejor calidad de vida entendida como una situación de bienestar físico, mental y social.

XIII. Fragilidad en cuidados paliativos: o síndrome de declive: forma parte de la progresión de la enfermedad incurable, avanzada y en fase terminal. Es un síndrome complejo resultado de una reserva multisistémica disminuida y alta vulnerabilidad a estresores ambientales, se asocia con múltiples desenlaces conocidos como discapacidad, hospitalización, dependencia, fase terminal y muerte. Consiste en la acumulación de déficits (signos, síntomas, enfermedades, valores de laboratorio, etc.) a lo largo de la vida del sujeto vulnerable; esta visión considera factores socioeconómicos y psicológicos además de lo físico. La sarcopenia y el desempeño físico son factores pronósticos de fragilidad.

XIV. Cuidados en la etapa final o en agonía: Son los que tiene lugar cuando la muerte es inminente, aquí se deja de pensar en calidad de vida para abordar calidad de muerte, atendiendo a los síntomas físicos, psicológicos y necesidades espirituales de pacientes y familiares.

XV. Muerte Súbita: Muerte súbita: Cese súbito e inesperado de la función cardíaca que produce el deceso del paciente.

XVI. Futilidad Terapéutica: Hace referencia a un procedimiento médico que no merece la pena instaurarse. Los motivos para ello pueden ser muy variados: su utilidad es muy escasa, la probabilidad de conseguir su efecto es remota, el paciente estima que no le producirá ningún beneficio o, simplemente, su excesivo costo comparado con la ínfima probabilidad de que alcance el efecto deseado, desaconseja su empleo.

XVIII. Cuidador Primario: La persona que encabeza el cuidado del paciente, es el enlace del equipo de cuidados paliativos con el paciente y el resto de la familia. Se debe diferenciar de las otras personas que ejecuten acciones de cuidado. Su identificación surge del consenso entre el paciente, la familia y el equipo de salud.

3. Criterios de terminalidad

3.1 Criterios de terminalidad en enfermedades no oncológicas

Guía general para determinar el pronóstico.

- La condición física del paciente hace prever una sobrevida limitada:
 - Por un diagnóstico específico o una combinación de enfermedades o circunstancias.
 - El paciente presenta las características siguientes:
 - o Progresión de la enfermedad documentada clínicamente.
 - o Progresión de la enfermedad primaria.
 - o Múltiples visitas al servicio de urgencias.
 - o Mayores cuidados de enfermería en casa.
 - o Deterioro del status funcional (Karnofsky $\leq 50\%$ y dependencia en al menos 3/6 de las actividades de la vida diaria - Índice de Katz).
 - o Deterioro reciente del estado nutricional (pérdida de peso de al menos 10% en los últimos 6 meses, y albúmina sérica < 2.5 mg/dL).

Enfermedad cardíaca.

- La mortalidad temprana está incrementada cuando se presentan las siguientes características:
 - Síntomas de falla cardíaca congestiva recurrente en reposo (Clase IV de la NYHA, y fracción de eyección de 20% o menos).
 - Falla cardíaca congestiva con síntomas persistentes aun con tratamiento óptimo.
 - En pacientes refractarios al tratamiento, cada uno de los siguientes factores ha demostrado disminuir la sobrevida futura: Arritmias supra-ventriculares o ventriculares sintomáticas, historia de paro cardíaco y reanimación o síncope inexplicable, embolismo cerebral cardiogénico, enfermedad concomitante por VIH.

Enfermedad pulmonar.

- La severidad de la enfermedad pulmonar está documentada por disnea incapacitante en reposo con pobre respuesta al:
 - o Tratamiento broncodilatador.
 - o Volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV1) $< 30\%$ del esperado.
 - o Enfermedad pulmonar progresiva. Múltiples visitas a Urgencias, disminución de la FEV1 con deterioro a razón de 40 ml/año.
 - o Presencia de Cor pulmonale o falla cardíaca derecha.
 - o Hipoxemia en reposo con O₂ suplementario ($pO_2 \leq 55$ mmHg, y $SatO_2 \leq 88\%$), e Hipercapnia ($pCO_2 \geq 50$ mmHg).
 - o Pérdida de peso progresiva involuntaria (10% del peso corporal en los últimos 6 meses).
 - o Taquicardia en reposo mayor de 100 lpm.

Demencia.

- Evaluación del estado funcional:
 - Situaciones comórbidas y calidad del cuidado asistencial.
 - Clasificación 7 de la Functional Assessment Staging Scale (FAST).
 - Debe presentar las siguientes características:
 - o Incapacidad para deambular y vestirse sin asistencia, incapacidad para bañarse adecuadamente, incontinencia fecal y urinaria, incapacidad para comunicarse de manera inteligible.
 - o Presencia de complicaciones médicas:

- Condiciones comórbidas asociadas con la demencia (Neumonía por aspiración, úlceras de decúbito, pielonefritis o infección del tracto urinario inferior, etc.)
- Dificultad para deglutir los alimentos o rehusarse a comer, y en los que reciben alimentación por sonda nasogástrica, deterioro del estado nutricional.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

- Se asocia a pronóstico de vida limitado las siguientes:
 - Cuenta de CD4+: Cuentas por debajo de 25 células/mcl, en periodos libres de enfermedad aguda. Cuentas mayores tienen un pronóstico mejor.
 - Carga viral: Pacientes con cargas virales VIH RNA > 100,000 copias/ml.

Aun con cargas virales menores, si han dejado la medicación antirretroviral o profiláctica, el status funcional está declinando o experimentan algunas de las siguientes complicaciones.

- Enfermedades oportunistas: Linfoma de Sistema Nervioso Central, leucoencefalopatía progresiva multifocal, criptosporidiosis, pérdida de peso (> 30%), bacteremia, Sarcoma de Kaposi visceral, falla renal, demencia asociada a SIDA, toxoplasmosis.

Enfermedad Renal.

- Criterios de laboratorio para falla renal crítica:
 - Depuración de creatinina < 10 cc/min (< 15 cc/min para diabéticos).
 - Creatinina sérica > 8.0 mg/dL (> 6.0 mg/dl para diabéticos).
- Signos y síndromes clínicos asociados con falla renal:
 - Uremia. Manifestaciones clínicas de falla renal (Confusión u obnubilación, náusea y vómito intratable, prurito generalizado, debilidad, etc.).
 - Oliguria. Gasto urinario menor de 400 cc/24 hrs.
 - Hiperkalemia intratable. Potasio sérico persistente > 7.0
 - Pericarditis urémica.
 - Síndrome hepatorenal.
 - Sobrecarga de líquidos intratable.

Evento Vascular Cerebral (EVC) y Coma.

- Pacientes comatosos, con al menos 4 de las características siguientes, en el día 3 del coma presentan mortalidad de 97% en los siguientes dos meses:
 - Respuesta anormal del tallo cerebral.
 - Ausencia de respuesta verbal.
 - Ausencia de respuesta ante estímulos dolorosos.
 - Creatinina sérica > 1.5 mg/dL.
 - Edad mayor de 70 años.
- Disfagia severa.
- Hallazgos imagenológicos sombríos.
- Pacientes con hemorragia cerebral aguda presentan elevada mortalidad según su edad, invasión ventricular y la presencia de hematoma trilobular.

Fase crónica:

- Edad mayor de 70 años.
- Pobre estado funcional (PPS 50% o menor).
- Demencia post EVC, evidenciado por un FAST de 7.
- Pérdida de peso mayor a 10% en los últimos 3 meses y/o albúmina sérica <2.5g/dL

–Complicaciones médicas secundarias a debilidad o deterioro clínico progresivo:

- Neumonía por aspiración.
- Pielonefritis.
- Sepsis y fiebre recurrente a pesar de antibioticoterapia.
- Úlceras de decúbito.

Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).

Rápida progresión de ELA y deterioro crítico de la capacidad ventilatoria:

- Deterioro del status funcional y dificultad para hablar y alimentarse.
- Capacidad vital <30% de la prevista, disnea de reposo, O₂ suplementario, el paciente puede requerir intubación o traqueostomía.
 - Deterioro nutricional severo:
 - Dificultades para deglutir, pueden requerir gastrostomía. Se detecta pérdida continua de peso, incluso deshidratación o hipovolemia.
 - Complicaciones médicas:
 - Neumonía por aspiración recurrente, úlceras de decúbito, sepsis, etc.).

Enfermedad Hepática.

Indicadores de falla hepática severa:

- Tiempo de protrombina prolongado más de 5 seg. sobre el control.
- Albúmina sérica <2.5 g/dL.

Indicadores clínicos de fase terminal en enfermedad hepática son:

- Ascitis refractaria al tratamiento.
- Peritonitis bacteriana espontánea.
- Síndrome hepatorenal (sobrevida de días o semanas).
- Encefalopatía hepática refractaria al tratamiento.
- Sangrado de várices esofágicas recurrente.
- Malnutrición progresiva, alcoholismo activo, HBs antígenos positivos, carcinoma hepatocelular.
- Clasificación de Child-Pugh Estadio C.

4. Futilidad terapéutica.

El término se invoca a menudo cuando una intervención dirigida hacia un paciente gravemente enfermo, tiene pocas o ninguna posibilidad de éxito. Diccionario Merriam-Webster define inútil como "Servir a ningún propósito útil; completamente ineficaz".

Este concepto ha sido definido por muchos individuos y grupos, y estas definiciones reflejan los enfoques variables de los autores. Por futilidad se entiende la intervención médica excesiva (en términos de esfuerzo y finanzas), con pocas posibilidades de modificar el resultado clínico final de un paciente.

En este contexto, suspender un tratamiento es la opción más razonable no sólo por la falta de eficacia demostrada o esperada de un fármaco o intervención, sino por las posibles consecuencias, que pueden volver aún más sombría la situación y el pronóstico médico del paciente. Persistir en la búsqueda de un resultado clínico absolutamente improbable a costa de tratamientos descontextualizados y sin posibilidades de mejoría, ha sido llamado: Obstinación Terapéutica.

Los objetivos, valores y preferencias de los pacientes pueden variar, y la eficacia de un tratamiento dado puede ser difícil de predecir. La comunicación abierta y honesta con los pacientes y sus familias acerca de la eficacia del tratamiento, expectativas respecto a los resultados, y otras consideraciones relacionadas, pueden ayudar a limitar algunos tratamientos fútiles. Aunque las preocupaciones éticas y jurídicas son vistas comúnmente como potenciales contribuyentes para conflictos, en la práctica real, el mayor problema es la

diferencia fundamental en la comprensión de la información, por una inadecuada comunicación entre el médico y los pacientes y/o sus familias. Es determinante el énfasis en un lenguaje verbal y no verbal respetuoso de la situación y las necesidades particulares de cada caso, y especial cuidado al comunicar situaciones inciertas o información compleja.

Los objetivos médicos, deben ser coincidentes con las expectativas de los pacientes y su familia. No hay respuesta fácil a todos los cuestionamientos, pero los profesionales de la salud deben permitirse la oportunidad de explorar y discutir estos temas con un lenguaje comprensible, para mejorar la calidad de atención con enfoque humanístico, en decisiones clínicas complejas en enfermedades avanzadas, al final de la vida.

Por último, no es lo mismo suspender un tratamiento que ha mostrado futilidad terapéutica en un contexto de enfermedad avanzada, terminal o inminencia de la muerte (otorgando siempre el manejo sintomático necesario), que buscar de forma intencionada acortar la vida del enfermo.

5. Principio de doble efecto.

Es frecuente que en los enfermos de fases terminales se presente dolor intenso u otros síntomas como dificultad respiratoria, ansiedad, agitación, confusión mental, entre otros. Para el manejo de estas situaciones generalmente es necesario utilizar fármacos como la morfina, que puede producir disminución en la presión arterial o depresión respiratoria, u otros fármacos que reducen el grado de vigilia o incluso privan al paciente de la conciencia. Es frecuente que el uso de este tipo de terapias genere dudas en la familia y/o en el equipo de salud, pues se teme que los efectos negativos de éstas puedan implicar una forma de eutanasia. Ante esta inquietud se debe recordar que existe un principio ético (llamado voluntario indirecto o doble efecto), que señala las condiciones que deberían darse para que un acto que tiene dos efectos —uno bueno y uno indeseable— sea lícito.

Las condiciones del doble efecto son: que la acción sea por sí misma buena o al menos indiferente, que el efecto malo previsible no sea directamente buscado sino tolerado, que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo y que el bien buscado sea proporcional al eventual daño producido.

Es necesario, por lo tanto, distinguir claramente entre el acto en sí, la intencionalidad de la acción, el efecto deseado y los efectos secundarios.

En circunstancias urgentes y ante un síntoma refractario, es por tanto éticamente lícito incluso privar al paciente de la conciencia, cuando otros métodos han sido ineficaces, en aras del control sintomático y de evitar sufrimiento innecesario al paciente y su familia. (Revisar concepto de Sedación y Urgencias Paliativas).

6. Espiritualidad al final de la vida

El ser humano es integral: alma, cuerpo, materia y espíritu. Una realidad que no podemos separar en sus distintos componentes. Puede ser útil didácticamente presentar las “dimensiones” de la persona humana, pero con la conciencia de que se trata sólo de un esquema que nos ayude en la reflexión y la relación de ayuda. Los estudiosos, además, no están de acuerdo sobre “cuántas sean estas dimensiones”; puede ser útil, por lo menos, articular este discurso alrededor de cinco dimensiones o aspectos de la persona humana: dimensión corpórea, intelectual, emocional, relacional y espiritual.

Bayes y Borrás, afirman que atendiendo a las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (1993) que subraya la necesidad de una atención integral “que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales”; y a la Guía de criterios de Calidad en Cuidados Paliativos (2002), que apunta que el “paciente tiene necesidades tanto físicas como emocionales, espirituales y sociales, que han de ser evaluadas en el momento de realizar la anamnesis y exploración física completa”. “Es imperativo que tratemos de delimitar el ámbito de este concepto si uno de los objetivos de los Cuidados Paliativos debe consistir, tal como se ha subrayado al principio en atender las necesidades espirituales de los enfermos.”

Así mismo subrayan que siendo el objetivo último de los Cuidados Paliativos ayudar a las personas a morir en paz, “el objetivo de la asistencia en las necesidades espirituales es, en nuestra opinión, pragmático: respecto a toda creencia, sea cual fuere, que ayude al enfermo en los preparativos del viaje sin retorno que debe emprender”.

6.1 Necesidades Espirituales

a) Necesidad de ser reconocido como persona

El padecimiento de la enfermedad representa una amenaza a la unidad de la persona, así, la enfermedad “se le aparece como una intrusa que la acordona y a pesar de ella –escribe Thieffrey- y que invade su conciencia sin su consentimiento”. La enfermedad pone a prueba la integridad del yo, que no se conoce ya en el espejo y busca en la mirada del otro ser reconocido.

La despersonalización de las estructuras, la tecnificación de los recursos y procesos sanitarios en ausencia de una humanización necesaria e ineludible, aparta al paciente de las decisiones que le atañen, pueden relegarle a un enorme anonimato. Es decir, el enfermo pierde su identidad de lo que era y necesita que los demás le sigan como antes de la enfermedad. Habitualmente, el ingreso del paciente a una unidad de hospitalización, hace que el paciente pierda sus roles, compromisos y responsabilidades sociales.

El paciente necesita “ser mirado con estima y sin condiciones, -apunta Barbero- lo que en terminología de Cuidados Paliativos definiríamos como garantía de soporte, como contrato de no abandono”. En este contexto el paciente puede verse reducido a la enfermedad, identificado con su tumor o número de habitación o de cama, promoviendo desgraciadamente la sensación de aislamiento, soledad, pérdida de control e inutilidad. Debido a estos motivos, es más importante que nunca el enfermo se sienta nombrado y tratado como una persona con toda su valía integral.

b) Necesidad de volver a leer su vida

El padecimiento de una enfermedad avanzada terminal que sitúa al paciente en el umbral de la muerte también le coloca delante de su propia vida, lo que supone casi siempre una ruptura biográfica. Le ubica en un presente intenso en emociones, con un futuro cada vez menos incierto, y a la vez, delante de la historia de su pasado.

En este contexto de fin de vida, el paciente tiene la necesidad de volver a leer su vida, de hablar de su historia pasada, de que se le escuche. Tal como señala Thieffrey “existe una necesidad de formular la confusión, de agarrarse al hilo de su historia con sus líneas de tensión, fracturas, y su continuidad”. Emerge tanto una necesidad de reformular el caos como de recordar las cosas buenas realizadas en la vida “surge el deseo –recuerda Douillet- de ser reconocido en lo mejor de sí mismo”. Vimort señala que el paciente necesita hacer un balance positivo y significativo de su vida para que pueda aceptar más fácilmente el fin de su vida, “de cerrar el ciclo vital-biográfico –escribe Barbero de manera armoniosa y serena”. No obstante este balance puede producir sufrimiento espiritual si no se le ayuda al enfermo a rescatar de su vida lo que le ha dado sentido y felicidad.

c) Necesidad de encontrar sentido a la existencia y el devenir, la búsqueda de sentido.

La proximidad de la muerte se presenta como la última crisis existencial del hombre, señala Pillot. La conciencia de la propia mortalidad despierta la necesidad de encontrar significado y propósito a su existencia, coloca a la persona frente a lo esencial.

Torralla observa que “el ser humano siente la necesidad de dar sentido a su vida, a su existencia. No tiene bastante con estar, o con subsistir, o con permanecer en el ser, sino que, además de ser, desea permanecer en el ser con sentido. Y si detecta que esa permanencia no tiene sentido, que vivir carece de sentido, que es algo absurdo, estúpido, insulso puede, incluso, desear no ser, hacerse nada”. La necesidad de sentido -apunta Torralba- puede hallar su respuesta en distintas tradiciones, ya sean de orden immanente o trascendente.”

En este contexto, la necesidad de encontrar sentido a la vida, a su existencia y devenir, lo que ha sido su vida, lo que es y será, emergerá con más fuerza que nunca. El cuestionamiento del sentido de la vida “es una búsqueda a veces dolorosa -escribe Barbero- que conducirá a algunos enfermos a un proceso difícil pero creativo lleno de renunciaciones y de nuevos compromisos”. Muchas veces se define como un renacer en vida.

Frankl afirma que el hombre no sólo puede encontrar un sentido a su vida sino también al sufrimiento, cuando éste se convierte en un destino y resulta imposible modificarlo. Señala que “el sentido de la vida difiere de un hombre al otro, de un día para otro, de una hora a la siguiente, así pues lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado”

Consideramos con Barbero, que “nunca el sufrimiento tiene sentido”, si bien hay personas que pueden encontrar sentido en la experiencia misma del sufrimiento. Desde un punto de vista de desarrollo personal, Maslow describe la búsqueda de sentido como una necesidad de autorrealización.

d) Necesidad de liberarse de la culpa, de perdonarse.

En ocasiones, el enfermo analiza su vida pasada y esto le genera muchas culpas que no debemos dramatizar ni tampoco trivializar. En esa relectura de la vida a la que antes nos referíamos, sucede en ocasiones la emergencia de culpabilidad, que si no es bien elaborada, puede ser generadora de un gran malestar psicológico y dificultar una muerte en paz.

La culpa puede aparecer en el contexto de dos orígenes. “el primero -escribe Thieffrey- está relacionado con el deseo de encontrar una explicación al mal” y el segundo, en relación a lo que Saunders denomina “dolor espiritual”, proviene de la percepción de infidelidad con relación a las opciones fundamentalmente tomadas con anterioridad por la persona.

En situaciones límite, como lo es padecer una enfermedad mortal, es habitual que el paciente intente buscar alguna explicación o sentido a su sufrimiento y se pregunte ¿Por qué a mí?. Para Saunders “puede haber un amargo rencor por lo injusto de lo que está sucediendo y por lo mucho de lo sucedido en el pasado, y sobre todo un sentimiento desolador de vacío”. El paciente intenta buscar respuestas terrenales a cuestiones existenciales, como lo es el morir, necesita encontrar el responsable o culpable de su dolor. Algunos pacientes encuentran sentido a su situación viviéndola como una expiación de los errores pasados, como un castigo de Dios o de la vida, en general. Otros, hacen un “pacto” -según Kubler-Ross-, haciendo cambios en la manera de vivir para así conseguir influir en el momento y las condiciones de la muerte. Es decir, se produce una adhesión a una nueva jerarquía de valores.

“En el momento en que nuestra culpabilidad nos descalifica, -escribe Thieffrey- la adhesión a los valores nos revaloriza al mismo tiempo que nos juzga”.

La satisfacción de esta necesidad está vinculada a la necesidad de sentirse perdonado.

e) Necesidad de reconciliación, de sentirse perdonado.

Según refiere Thieffrey, cada ser humano lleva consigo gestos de odio, de ruptura, de repliegue sobre sí mismo. La enfermedad es a veces el momento en que estos gestos brotan de forma viva en la memoria. Barbero apunta que todos hemos tenido alguna vez la sensación de haber hecho daño a alguien. Uno siente que ha hecho mal y ha hecho mal a otro. Jung habla de la urgencia en el moribundo a enderezar lo que ha mal vivido. Para Vimort, nunca es tarde para rechazar, negar y retirar el mal que hemos hecho. Según Torralba, en las personas en situación terminal o crítica, esta necesidad todavía se percibe con más intensidad precisamente porque, como consecuencia de la proximidad de la muerte, se plantea en ellas con más urgencia la necesidad de reconciliarse, de resolver esos asuntos pendientes de cerrar el círculo de su existencia y vencer el resentimiento.

Así para afrontar la muerte de una manera apacible y serena, -escribe Thieffrey- es necesario recibir el perdón de los otros, de perdonar a los otros, de perdonarse a sí mismo, de estar en armonía con la trascendencia, sea expresado o no bajo la forma religiosa.

Los pacientes -en palabras de Barbero- necesitan una confianza que no puede venir más que de los otros. Necesitan sentir ese perdón, bien sea explícito o implícitamente, sólo pudiendo reconciliarse se puede decir adiós.

A pesar de lo avanzado de la enfermedad y de una muerte próxima e ineludible, podremos cooperar – escribe Barbero– en sanar la relación profunda consigo mismo, con los otros y/o con Dios.

f) Necesidad de establecer su vida más allá de sí mismo.

Esta necesidad, -según Thieffrey-, se manifiesta de dos formas: apertura a la trascendencia (ética y religiosa) y necesidad de reencontrar el sentido a la solidaridad.

Durkheim distingue cuatro motivos privilegiados de recurso de apertura a la trascendencia: la naturaleza, el arte, el reencuentro, el culto.

En el momento de la muerte, el sentimiento que puede dominar es el de la angustia de la desintegración del Yo. Para Vimort, si el hombre tiene el sentimiento bastante despejado de estar en comunicación con otros, como miembro de un todo, está asido con nosotros sólido para resistir frente a la muerte. En el fondo se trata de alargar la vida individual a las dimensiones de la humanidad entera (trascendencia horizontal) o de la divinidad (trascendencia vertical) y evidentemente, no tienen por qué ser excluyentes.

Esta apertura a la trascendencia se manifiesta también en la necesidad de continuidad.

g) Necesidad de continuidad, de un más allá.

La necesidad de sentido no es sólo una mirada hacia atrás, sino también una mirada hacia adelante. Algunos buscan el situar su existencia en un conjunto más extenso, acoger algunos restos de una continuidad en la defensa de los valores de fraternidad, de justicia, de respeto. Esta continuidad puede vivirse por sus descendientes cuando las relaciones familiares son buenas. La sensación de que alguien o algo toma el relevo de algo importante: un mensaje, una palabra, el fruto de lo que ha recogido después de haber pesado lo que tenía delante de la muerte (Thieffrey).

Esta necesidad de continuidad se manifiesta también por la vitalidad actual de las creencias en la reencarnación, el ciclo energético, al ciclo vital y también en el sentido de la continuidad de la historia. Existe una vaga noción de la inmortalidad del alma, en la percepción de que se da una realidad vital que no proviene del que la vive (Thieffrey).

Barbero, hace una breve reflexión acerca de la nueva relación con la temporalidad que conlleva la crisis de la enfermedad grave. Con frecuencia nos encontramos que el paciente intensifica su relación con el pasado, el presente y el futuro. En relación al pasado como ya hemos dicho, hay la necesidad de releer de una manera reconciliadora la propia vida. En relación al futuro, el tiempo limitado puede ser vivido como una frustración, pero también puede estar abierto a lo trascendente. Y en relación al presente, la proximidad del fin provoca a menudo confrontación a considerar una nueva jerarquía de valores. Esta proximidad, paradójicamente, puede volver a dar peso, sabor y sentido al instante presente. Puede llevar al deseo de relaciones verdaderas aquí y ahora. Como dice Pillot, "saber vivir el día a día es un aprendizaje doloroso pero fecundo".

h) Necesidad de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas. La conexión con el tiempo

La esperanza suele nacer de las experiencias positivas que se hacen en la vida, aunque sea en medio del sufrimiento. También la esperanza en el más allá -señala Barbero- nace de las experiencias positivas del más acá basada en la solidaridad, el acercamiento y el afecto. No se trata de promover una simple proyección en el futuro de un ideal frustrado en el presente, sino de la experiencia de que el futuro consolidará las experiencias presentes gratificantes. Kubler-Ross afirma que la esperanza es la única que persiste durante las distintas fases del duelo, como deseo de que todo tenga un sentido y que se objetiva a veces en esperanzas muy concretas: que todo sea un sueño, que se descubra una medicina nueva para su enfermedad, que no se muera en medio de dolores atroces o abandonado en la soledad de la indiferencia.

Según Barbero "nadie somos la esperanza, pero toda persona puede ser el eco de la esperanza, al igual que nadie somos la salud, pero toda una persona puede ser un agente de salud."

i) Necesidad de expresar sentimientos religiosos

Esta necesidad aparece en todas las culturas. Muchas personas, independientemente de su orientación religiosa tienen una forma específica de expresar sus sentimientos religiosos cuando se acercan a la muerte.

j) Necesidad de amar y ser amado

Queremos acabar este apartado con esta última necesidad destacando que la consideramos implícita en cada una de las anteriores necesidades. Es la necesidad que abraza al resto de las necesidades. Al final de la vida, el paciente vive la amenaza de la ruptura de sus relaciones con los demás, por ello es una oportunidad de celebrar y profundizar los vínculos más importantes de la vida de la persona y también una oportunidad para restablecer vínculos que estaban rotos y que el paciente desea resolver antes de morir significa amarle en su diferencia, significa acogerle a aceptarle tal cual es, con sus cualidades y defectos, sin reproches, permitiéndole expresar con libertad y sin tapujos sus preocupaciones, sus miedos, sus necesidades, sus esperanzas. El paciente necesita amar y ser amado, necesita no sólo recibir sino también darse, tener una relación positiva con su entorno, con sus seres queridos y con los que le atienden. Puede darse mucho consuelo a los enfermos sencillamente acariciándolos suavemente, acunándoles en los brazos o respirando al mismo ritmo que ellos. El cuerpo tiene su propio lenguaje de amor.

Es necesario subrayar que la dimensión espiritual y la dimensión religiosa, íntimamente relacionada e incluyente, no son necesariamente coincidentes entre sí. Mientras que la dimensión religiosa comprende disposición de la persona en sus relaciones con Dios dentro del grupo al que pertenece como creyente y en sintonía con modos concretos de expresar la fe y las relaciones, la dimensión espiritual es más vasta, abarcando además del mundo de los valores y la pregunta por el sentido último de las cosas, de la experiencia. La dimensión espiritual es más amplia que la religiosa y se expresa en toda persona, aun en aquellas que no tienen un credo religioso particular, la segunda es el resultado de una relación particular con un ser "trascendente" (Dios), relación que ofrece una respuesta a la pregunta de significado y una serie de valores.

7. Referencias

- 1 <http://www.conapo.gob.mx/>
- 2 http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547343_spa.pdf
- 3 <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp#KEY>
- 4 Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Breast cancer in Mexico: a pressing priority. *Reprod Health Matt* 2008;16:1-11
- 5 Mohar Alejandro, Bargalló Enrique, Ramírez Ma. Teresa, Lara Fernando, Beltrán-Ortega Arturo. Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. *Salud pública* 2009.51. S263-S269
- 6 Allende S, Verastegui E, Mohar A, Arrieta O, et al, *Gaceta Mexicana de Oncología*, 2013, 12(4):213-22.
- 7 Lara Solares A et al, *Cancerología* 1 (2006): 283-295.
- 8 Swetz KM, Burkle CM et al. Ten Common Questions (and Their Answers) on Medical Futility. *Mayo Clin Proc.* 2014; 89 (7): 943-959.
- 9 Swetz KM, Mansel JK. Ethical Issues and Palliative Care in the Cardiovascular Intensive Care Unit. *Cardiol Clin* 31 (2013) 657-668.
- 10 Taboada P, Principios éticos relevantes en medicina paliativa; Guías para el manejo clínico. *Cuidados Paliativos, Organización Panamericana de la Salud* 2004; (2) 9:14.
- 11 Marinelli S. Dimensión espiritual en los cuidados paliativos en: *Cuidado del enfermo crónico terminal, manual básico para profesionales, voluntarios y familiares. Cuaderno del Centro San Camilo*, 2004 116-117.
- 12 Bayes R, Borrás FX. ¿Qué son las necesidades espirituales? *Med Paliat* 2005; 7-14.
- 13 Sanz J, Gómez Batiste X, Gómez Sancho M, Núñez Olarte JM. *Cuidados paliativos: recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993
- 14 Gómez Batiste X, de la Mota I, Fernández M, Ferrer JM, García E., Novellas A et al. *Guía de criterios de calidad en cuidados paliativos.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002
- 15 Thieffrey JH. Necesidades espirituales del enfermo terminal. *Lab Hosp* 1992; 24(225-226): 222-36.
- 16 Barbero L, El apoyo espiritual en cuidados paliativos *Lab Hosp* 2002; 263:5-24.
- 17 Vimort J Ensemble Face a la Mort. *Acompaignment spirutuel. Le Centurion*; 1987.
- 18 Pilot J Les aspects psychologiques de la souffrance chez les maladies en fin de vie En: Schaerer R *Soins palliatifs en cancerologie et a la phase terminale.* Paris: Doin; 1987. 178
- 19 Torralba F. Necesidades espirituales del ser humano. *Cuestiones preliminares. Lab Hosp* 2004; 36 (271): 7-16.
- 20 Frankl VE. *El hombre en busca de sentido.* Barcelona: Herder; 1996.
- 21 Barbero J Sufrimiento y responsabilidad moral. En: Bayes R, editor. *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica* Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2003 151-70.
- 22 Saunders C *Spiritual Pain Journal of Palliative Care* 1988; 4:3.
- 23 Valentin V, Camps C. *PSICOONCOLOGÍA.* Vol. 1, Núms. 2-3, 2004, pp. 7-24.
- 24 Ezekiel J Emanuel. A review of the ethical and legal aspects of terminating medical care. *Am J Med* 1988;84:291-301

CAPÍTULO 2. MODELOS DE ATENCIÓN

2.1 Introducción

De acuerdo con el Reglamento General de la Ley de Salud, el objetivo del plan de atención del paciente en cuidados paliativos es el de organizar la prestación de atención médica para el paciente con enfermedad avanzada, cuando los tratamientos con fines curativos no pueden aportar beneficios en términos de supervivencia ni calidad de vida.

Se pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes y de su familia, cuando afrontan los problemas relacionados con una enfermedad potencialmente mortal que deterioran la función y el desempeño; atendiendo los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales propios y de su entorno, con medidas de promoción, prevención, rehabilitación y cuidado para el control de síntomas, garantizando la continuidad durante el proceso de la enfermedad.

Se fundamenta en los estándares de cobertura, equidad, calidad y humanismo.

Los objetivos generales incluyen proporcionar las mejores condiciones de vida de los enfermos en situación terminal y sus familias, de manera racional, planificada y eficiente, garantizando los cuidados paliativos según los principios rectores del Sistema Nacional de Salud.

1. Proporcionar atención integral de calidad favoreciendo la integración de consejería familiar y asesoría telefónica.
2. Facilitar un modelo de trabajo que permita el abordaje interdisciplinario de las necesidades del paciente así como la coordinación con otros sectores implicados.
3. Fomentar redes integradas de atención en cuidados paliativos basados en la atención por niveles de complejidad adaptada a las necesidades clínicas y preferencias del paciente.
4. Favorecer la toma de decisiones consensuada con el paciente y la familia que afectan el estado de salud en el momento actual y en situaciones futuras.
5. Fomentar la incorporación organizada de la familia, cuidadores y voluntarios en la atención y cuidado de la persona en situación avanzada y terminal.
6. Impulsar la formación continua de recurso humano en cuidados paliativos, apoyar el desarrollo de la investigación en el campo y su divulgación.
7. Asegurar el desarrollo e implementación de estándares para la atención adecuada en cuidados paliativos, que permitan la generación de indicadores de monitoreo y evaluación del plan.
8. Desarrollo de indicadores de procesos, calidad y resultado en cuidados paliativos con fines de evaluación.

La implementación del plan de atención del paciente en cuidados paliativos se contempla en los tres niveles de atención considerando:

- Educación, capacitación y difusión. Esto a través de programas permanentes a profesionales de la salud y disciplinas afines, así como la elaboración, actualización e implementación de las normas, acuerdos, guías y algoritmos de cuidados paliativos.
- Fomentar la creación de recursos humanos para la atención de cuidados paliativos, necesaria para proporcionar calidad, efectividad y eficiencia.
- Desarrollar la infraestructura necesaria para la atención de los pacientes en cuidados paliativos.

2.2 Funciones fundamentales de los equipos en cuidados paliativos

Las funciones de un equipo de apoyo son: atención directa de enfermos y familias, apoyo y consulta a otros equipos, formación y coordinación de recursos.

- a. Evaluación y tratamiento de los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales,
- b. Definir e implementar con los pacientes y familiares los objetivos del plan de cuidados paliativos, y
- c. Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente.

La aplicación del plan de atención del paciente en cuidados paliativos en los servicios de salud deberá ser escalonada.

Todos los pacientes con enfermedades limitantes para la vida son susceptibles de ser atendidos con criterios de cuidados paliativos. La atención reside en las redes coordinadas de atención médica. Sin embargo, determinadas situaciones, por su complejidad, requerirán de servicios específicos de cuidados paliativos, en el domicilio o en el hospital.

La intervención de los equipos específicos debe basarse en principios de efectividad y eficiencia, y debe reservarse para la atención de enfermos y situaciones de alta complejidad, promoviendo la capacidad de resolución de los recursos convencionales (mediante la formación, la interconsulta y la atención compartida).

Definición de los pacientes con necesidades de atención paliativa

Personas con una enfermedad limitante para la vida y sus familias, en los que predominan las necesidades relacionadas con la calidad de vida (síntomas físicos, emocionales, impacto social, espiritual), con pronóstico de vida limitado.

- Atención en primer nivel:

Pacientes con una enfermedad limitante para la vida en estadio avanzado que elija permanecer en su domicilio con familia capaz de brindar atención.

Recursos específicos: equipos básicos (médico tratante, enfermera) o completos si se dispone de otros profesionales de la salud (psicólogos, odontólogos, nutriólogos fisioterapeutas, trabajadores sociales u otros).

Infraestructura: Centro de salud (personal adscrito) y dependiendo de la cobertura un centro de atención telefónica disponible las 24 horas.

Actividades: Favorecer la atención domiciliaria.

- Mejorar el acceso para la continuidad de la atención,
- Atención al duelo familiar en donde se cuente con personal calificado,
- Contar con un equipo consultor de apoyo con formación en cuidados paliativos, en el segundo nivel de atención, y
- Coordinación entre niveles asistenciales.

Referencia y contrarreferencia: Un paciente en enfermedad terminal puede pasar de una modalidad a otra y de un nivel de atención primaria al nivel terciario, dependiendo de las necesidades que presente.

Los pacientes pueden ser:

- Captados por Equipos de Salud.
- Captados por demanda espontánea de los mismos o sus familiares cumpliendo con las condiciones señaladas previamente, para ser atendidos por los equipos de cuidados paliativos existentes.
- Referidos por unidades de cuidados paliativos hospitalarios o por otro médico.
- Las personas con enfermedad avanzada en fase terminal podrán pasar de una modalidad a otra dependiendo de su evolución clínica y los cambios que se den en su entorno.
- El mecanismo de referencia y contrarreferencia se empleará para dar seguimiento y continuidad al proceso.

- Atención Segundo nivel:

Criterios de intervención de los equipos específicos

Factores en relación al paciente: Dificultad en el control sintomático (por ejemplo: disnea, hemoptisis, estado confusional, dolor neuropático o mixto de mal pronóstico, obstrucción intestinal, etc.).

Escasa respuesta a terapéutica convencional (por ejemplo, a la morfina oral, antieméticos orales) y que requiere tratamiento más complejo (por ejemplo, rotación de opioides u otros tratamientos especializados (tecnología o complejidad psicosocial). Dificultades de adaptación emocional.

Factores relacionados a las familias: Emocionales, de cuidados o de adaptación a la situación. Riesgo de duelo patológico. Claudicación del cuidador.

Implementación de equipos multidisciplinarios, integrados por personal del área médica, trabajo social, psicología, enfermería entre otros; que funciona como un equipo de consulta dentro del hospital.

Consejería familiar.

Consulta externa.

Se recomienda que la atención domiciliaria se realice en primer y segundo nivel de atención.

La consulta ambulatoria es un recurso óptimo para mejorar la accesibilidad y cobertura del programa, especialmente por las intervenciones tempranas compartidas con otras especialidades. Puede estar a cargo de un equipo hospitalario con interacción con un equipo de apoyo domiciliario.

- Tercer nivel de atención:

Unidades especializadas en atención de pacientes paliativos de alta complejidad.

Se recomienda que la estructura física de la unidad favorezca la privacidad y el bienestar de los pacientes, facilitando el acceso a los familiares. La función del tercer nivel de atención en cuidados paliativos está dirigida a la investigación clínica, docencia y asistencia.

Las actividades son:

- Hospitalización de día. Para control de síntomas que ameriten la permanencia del paciente por algunas horas dentro de la unidad hospitalaria.
- Hospitalización para control de síntomas difíciles, urgencias y/o sedación paliativa.
- Favorecer la referencia y contrarreferencia al primer y segundo nivel de atención según amerite el paciente.
- Consejería familiar.
- Consulta externa
- Áreas de Atención de los Cuidados Paliativos
 - Cuidado Global: Es considerar al enfermo de manera integral en el plano biopsicosocial (intelectual, social, financiero y espiritual).
 - Manejo y control de síntomas: Proporcionar alivio al dolor físico-psíquico y a otros síntomas que aparecen a lo largo de la enfermedad, particularmente en la etapa terminal, mejorar calidad de vida, considerando el riesgo-beneficio.
 - Apoyo psicosocial: Brindar estrategias para detectar y afrontar las causas del sufrimiento (abandono, disminución de la autoestima, temores, miedos, síntomas no tratados, etc). Extender el apoyo a cuidadores y familia.
 - Respeto y consideración de los aspectos, espirituales, culturales y económicos del paciente y la familia.
 - Manejo del estrés y autocuidado del personal que provee los cuidados paliativos: No puede ser pasado por alto, ya que, para poder cuidar a otros, el personal de salud tiene que saber cuidar de sí mismo, conociendo sus posibilidades y limitaciones, entendiendo sus propias posturas emocionales, intelectuales y socioculturales ante la muerte de los pacientes, detectando a tiempo signos de desgaste ("burn-out") para así tomar las medidas que lo eviten. Las instituciones de salud tienen la responsabilidad de que al personal de salud que participa en este programa reciba la atención necesaria para prevenir el desgaste.

2.3 Referencias:

1. Actualizado OCDE (1996) con base en Martínez Valle, Observatorio de Salud, Capítulo 16.
2. Stejernward J, Collau SM, Ventafrida V. The World Health Organization Cancer Pain and Palliative Care Program: Past, present and future. *J. Pain Symptom Manage* 1996; 12: 65-72.
3. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care, WHO Technical Reports, Series 804, Geneva: WHO: 1990.
4. Gómez-Batiste X, Fontanals de Nadal MD, Via JM et al. Catalonia's five-year plan: Basic principles. *Eur J. Palliative Care* 1994; 1: 45-49.
5. Neighborhood Network en Cuidados Paliativos, Kerala, India).
6. Gómez Batiste X, Porta Tuca A, et al. Spain: The WHO Demonstration project of palliative care implementation in Catalonia. Results at 10 years (1991-2001). *J. Pain Symptom and Management* 2002; 24:239-2
7. Sternward J. Palliative care: The Public Health Strategy. *J Health Policy* 2007, 28-42-55.
8. Cheng WW, Willey J, Palmer JL. Et al. Interval between palliative care referral and death among patients treated at a comprehensive cancer center. *J. Palliative Med* 2005; 8:1025-1032.
9. Axelsson B, Christensen SB. Evaluation of a hospital-based palliative support service with particular regard to financial outcome measures. *Palliative Med* 1998; 12: 41-49.

10. Porta Sales J, Codorniz N, Gómez-Batiste X. Et al. Patient appointment process, symptom control and prediction of follow up compliance in a palliative care outpatient clinic. J pain Symptom and Manage 2005; 30:145-153.
11. Davis MP, Walsh D, LeGrand SB, Lagman R. End of life care: The death of palliative medicine? J. Palliative Medicine 2002; 5:813-814.
12. Weissman DE. Consultation in palliative medicine: Arch Inter Med 1997; 157: 733-737.
13. Silvia Allende, P. Flores, Celina Castañeda de la Lanza, Cuidados Paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer Cérvico uterino en etapas avanzadas, Cancerología, vol. 46. No. 1. Enero-Febrero 2000 páginas 10-16.
14. S. Allende P, Celina Castañeda de la Lanza, et, al. Incorporación de los cuidados paliativos al Plan Nacional de Cáncer: Consenso. Gaceta Mexicana de Oncología 2013; 12(4)213-22

CAPÍTULO 3. MANEJO SINTOMÁTICO

3.1 Generalidades

El objetivo del manejo de síntomas debe ser el de brindar el máximo alivio y mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida. En todas las ocasiones es preciso buscar alguna medida que brinde al menos un alivio parcial, nunca se debe considerar que no hay nada más que hacer.

El éxito en el control de síntomas se basa en una correcta evaluación, un adecuado manejo terapéutico y una reevaluación y monitoreo continuo de los mismos.

Evaluación:

Debemos preguntarnos cuales son las posibles causas del síntoma, cual es el mecanismo fisiopatológico subyacente y que tratamientos han sido implementados, así como la respuesta a los mismos. Pero sobre todo es importante considerar el impacto que tiene sobre la calidad de vida del paciente.

Manejo terapéutico:

Para un manejo terapéutico completo debemos: corregir las causas subyacentes, incluir el tratamiento no farmacológico y el tratamiento farmacológico. Cuando se agrega un nuevo medicamento al tratamiento es importante considerar el tratamiento farmacológico previo y las posibles interacciones que pudieran existir entre ellos, para realizar las modificaciones pertinentes en las indicaciones.

Reevaluación y monitoreo:

Los síntomas en enfermedad avanzada pueden ser cambiantes y no del todo determinados, por lo que es necesario dar un seguimiento constante, para así poder evaluar la eficacia del manejo terapéutico y la aparición de nuevos síntomas. Existen instrumentos de medida estandarizados que pueden ser de ayuda en la correcta monitorización.

En los últimos años, los conocimientos sobre fisiopatología y metodología del control de síntomas han avanzado, permitiendo mejores resultados terapéuticos.

A continuación se revisan los principales síntomas encontrados en el paciente terminal y las diversas escalas de evaluación de síntomas: Escala de EDMONTON (Escala Gráfica de Asesoramiento de Síntomas); la Escala Pronóstica Paliativa (PAP score), Escala de Valoración Funcional de Karnofsky, Escala de Bartel, para evaluar las actividades básicas de la vida diaria, la Escala de Cuidados Paliativos (ECP) versión española de POS, Escala Visual Análoga (EVA), Escala Ramsay, la Global Deterioration Scale (GDS) y la Funtional assement Stage Fast (FAST) (Ver Anexo Escalas).

A continuación se revisarán los síntomas más frecuentes.

3.2 Debilidad- Astenia-Fatiga

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española el término **debilidad** se refiere a la falta de fuerza física o a la carencia de energía. De igual forma, la palabra **fatiga** se asocia al cansancio (falta de fuerzas que resulta de haberse fatigado), al malestar ocasionado por un esfuerzo, y que se manifiesta por una respiración frecuente o difícil. Así mismo **astenia** se define como la falta o decaimiento de fuerzas caracterizado por apatía, fatiga física o ausencia de iniciativa. En consecuencia tanto **debilidad**, como **fatiga**, **cansancio**, y **astenia** se refieren a la falta de fuerza física.

Aunque el término fatiga se incluye la respiración agitada o difícil asociada a esfuerzo es indispensable entender que bajo ninguna circunstancia estos términos deben confundirse con *disnea*; esto debido a que para los angloparlantes, el término fatiga no incluye el componente respiratorio y se limita a la falta de energía, letargia, bradipsiquia, y sensación de enfermedad.

Causas

La etiología de este síntoma es múltiple e involucra:

- Alteraciones metabólicas y deshidratación,
- Anemia,
- Inmovilidad,
- Anorexia-caquexia,
- Respuesta Inflamatoria Sistémica (citocinas inflamatorias),
- Fallas orgánicas,
- Asociada al tratamiento del cáncer (quimioterapia, radioterapia, cirugía),
- Dolor,
- Alteraciones del dormir,
- Medicamentos,
- Alteraciones psicoafectivas (depresión, ansiedad, estrés),
- Estados hipermetabólicos (por infección o por actividad tumoral),
- Afección encefálica (metástasis cerebrales, encefalopatías metabólicas, síndromes paraneoplásicos con afección neurológica),
- Hipoxia (cáncer pulmonar, EPOC, cor-pulmonale, otras),
- Alteraciones musculares (caquexia, sarcopenia, otras),
- Disfunción autonómica, y
- Otras.

Evaluación

Historia clínica detallada: Se sugiere identificar su inicio y duración, interferencia con las actividades diarias, posibles causas etiológicas, e impacto psicoafectivo.

Se pueden utilizar escalas como la de Karnofsky y ECOG para medir la funcionalidad del paciente (Ver Anexo Escalas).

Manejo

- Tratar causa subyacente; siempre que pueda trate las causas
 - o Infección: Tratamiento antibiótico
 - o Anemia: Evaluar transfusión
 - o Metabólico: Deshidratación: corregir desequilibrio hidro-electrolítico
 - o Fármacos: Corrección y ajuste
 - o Caquexia – Anorexia: ver el algoritmo de manejo
 - o Dolor: ver algoritmo de manejo
 - o Depresión: ver algoritmo de manejo.
 - o Ansiedad: ver algoritmo de manejo.
- Medidas generales
 - o Explicar el origen del síntoma y determinar con el enfermo y la familia los objetivos y expectativas del tratamiento.
 - o Fisioterapia

- o Terapia ocupacional
- o Psicoterapia
- o Acondicionamiento
- o Fomentar ciclo de sueño-vigilia adecuado.
- Medidas Farmacológicas
 - o Esteroides: Se considera su efecto de 4-6 semanas
 - Dexametasona
 - Metilprednisona
 - o Hormonales
 - Megestrol
 - o Psicoestimulantes
 - Metilfenidato

Ver algoritmo de manejo

3.3 Dolor

De acuerdo a la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) el dolor es una experiencia sensorial y emocional no placentera que se asocia a un daño a los tejidos real, potencial o descrito en términos de dicho daño.

El objetivo primario del tratamiento del dolor es el control, ya que disminuye la actividad física, el apetito, el sueño, la pérdida del control en sí mismos y la pérdida de la calidad de vida.

Tipos de dolor

3.3.1 Dolor no relacionado a cáncer:

Se define como el que dura al menos 3-6 meses o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente. Afecta al 10-25% de la población, tiene una marcada repercusión en la calidad de vida física, psíquica y social, y supone una pesada carga para los servicios sanitarios.

El principal objetivo de su tratamiento es mantener la funcionalidad física y mental del paciente, mejorando su calidad de vida. Ello requiere a veces un abordaje multimodal, incluyendo además de la medicación otras intervenciones. A menudo se precisa la combinación de fármacos que actúan sobre los componentes nociceptivo y neuropático, logrando una sinergia farmacológica.

3.3.2 Dolor relacionado a cáncer:

El dolor es una de las consecuencias del cáncer más temidas por los pacientes y sus familiares. Al momento del diagnóstico y en los estadios intermedios el 30-45% de los pacientes experimentan dolor moderado a severo, en promedio el 75% de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor. De los pacientes con cáncer y dolor el 40-50% lo reportan como moderado a severo, y el otro 25-30% lo describe como severo. Se estima que más del 80% de los pacientes con cáncer presentan dolor antes de morir. El manejo del dolor oncológico sigue siendo una preocupación mundial, ya que desafortunadamente, suele ser tratado con deficiencia.

Durante los últimos años han ocurrido grandes progresos en el tratamiento del dolor por cáncer. Hay un mejor entendimiento de la farmacología de los analgésicos opioides y han mejorado las técnicas que permiten la administración de drogas más confortablemente para los pacientes, así como su manejo en el domicilio.

Causas

Dolor no oncológico:

Este se puede agrupar en las siguientes categorías:

- Dolor de origen primariamente neuropático
 - o Neuropatías periféricas (mono y polineuropatías) y otras distrofias simpáticas reflejas.

- Dolor de origen músculo-esquelético
 - o Artritis y periartrosis, síndromes miofaciales, síndromes de dolor lumbar.
- Otros orígenes
 - o Vascular, cutáneo, entre otros.

Dolor oncológico

El dolor oncológico puede presentarse por:

Causas mecánicas:

- Crecimiento tumoral o por enfermedad metastásica: hueso, vísceras, nervios, vasos y partes blandas. (78%)
- Por efectos del tratamiento: (19%)
 - o Secuelas de la radioterapia: osteorradionecrosis, plexopatías, mielopatía, mucositis y enteritis.
 - o Cirugía
 - o Quimioterapia: mucositis, neuropatía periférica, necrosis ósea aséptica, herpes zóster.
- Por otras causas relacionadas (3-10%)
 - o Síndromes paraneoplásicos,
 - o Fracturas por osteoporosis,
 - o Debilidad,
 - o Espasmo muscular,
 - o Síndromes miofaciales,
 - o Ulceras de decúbito,
 - o Osteoporosis,
 - o Aplastamiento vertebral,
 - o Artritis.

El dolor relacionado al cáncer puede generarse por diversos síndromes, que son clasificados como:

- Mecanismo nociceptivos (dolor visceral o somático)
- No nociceptivos (dolor neuropático), en los cuales algún componente del sistema nervioso pudiera estar dañado (nervio periférico, raíz, médula, etc.).

Dolor Mixto (80%)

Evaluación para dolor no oncológico y oncológico

El dolor es un síntoma y por lo tanto es subjetivo; en consecuencia, el reporte de dolor por parte del enfermo es suficiente razón para iniciar su manejo. La incapacidad para la comunicación verbal, no debe excluir la posibilidad de que el enfermo presente dolor.

La evaluación del dolor como cualquier otra acción en medicina requiere de la realización de una historia clínica y exploración física acuciosas. Es indispensable realizar una buena semiología del síndrome doloroso, y debe incluir:

- Localización
- Temporalidad
- Severidad o intensidad (registrándose con una puntuación, mediante escalas visuales o verbales)
- Tipo de dolor
- Factores que lo exacerban y que lo mitigan
- Efecto del dolor sobre la capacidad funcional

- Fármacos empleados
- Estado psico-afectivo
- Urgencias o emergencias potenciales

La valoración inadecuada del dolor es un factor que frecuentemente condiciona un manejo analgésico erróneo. El dolor se valora mediante los reportes del paciente, por tal motivo, aquellos que tienen dificultad para comunicarse con el médico, o que sufren delirium o demencia, tienen un alto riesgo de ser valorados inadecuadamente, y en consecuencia, recibir un esquema analgésico deficiente.

La severidad o intensidad del dolor puede ser documentada mediante escalas unidimensionales. La Escala Visual Análoga (EVA) es un instrumento en donde el médico le pide al enfermo que cuantifique la intensidad del dolor que padece otorgándole un valor del cero a diez. El valor de cero corresponde a la ausencia de dolor y el valor de diez al peor dolor imaginable.

La capacidad funcional requiere considerar la posibilidad que tiene el enfermo para caminar o deambular, realizar actividades relacionadas con la vida diaria, completar una inspiración profunda o toser. Aunado a ello, se recomienda evaluar los arcos de movilidad o las restricciones al movimiento que refiere el enfermo a consecuencia del dolor. Para medir la funcionalidad se utilizan las escalas de Karnofsky y la Palliative Performance Scale (PPS). (Ver Anexo de escalas).

La evaluación del enfermo con dolor necesita la identificación de urgencias o emergencias potenciales que requieran atención inmediata, ejemplo: metástasis cerebrales o leptomenígeas, oclusión o perforación intestinal, compresión medular, fracturas, infecciones de tejidos blandos con destrucción extensa, otros.

Manejo para dolor no oncológico y oncológico

Un adecuado entendimiento de los mecanismos causantes del dolor es indispensable para la planeación de un régimen de tratamiento.

Principios, objetivos y responsabilidades, médicas, éticas y humanitarias para el manejo del dolor:

- Alivio del dolor "Analgésia": Este es el objetivo fundamental del tratamiento y todos nuestros esfuerzos estarán dirigidos hacia la obtención de una adecuada analgesia. Para obtenerla es importante medir la intensidad del dolor antes de comenzar el tratamiento y regularmente durante la continuación de éste, también antes y después de cada cambio en la medicación o dosis. La vigilancia continua de la analgesia garantiza el buen uso de los analgésicos opioides y evita su desvío.
- Prevenir y minimizar efectos colaterales: es fundamental que mediante la utilización adecuada de las drogas adyuvantes y la óptima dosificación del opioide, los efectos colaterales del tratamiento tales como somnolencia, náuseas, constipación, boca seca y otros, sean reducidos al mínimo o eliminados. Muchos de estos efectos son incluso esperados y se deberán de prevenir.
- Mantener la más alta calidad de vida: La gran mayoría de los pacientes desean liberarse del dolor, pero al mismo tiempo ser capaces de comunicarse adecuadamente con sus familiares y seguir, en lo máximo posible, haciendo su vida habitual. La utilización innecesaria de dosis excesivamente altas de opioides o su combinación con otros medicamentos de efecto sedante frecuentemente resultan en somnolencia o confusión. La presencia de efectos colaterales deberán ser monitoreados frecuentemente, durante el curso del tratamiento.
- Tratamiento de causas subyacentes (siempre que pueda trate las causas, esto mejorará el dolor).
- Medidas generales
 - o Definir estrategia terapéutica general
 - o Modificar estilo de vida
 - o Terapia psicológica
 - o Electroestimulación
 - o Terapias complementarias; masajes, aplicación de frío calor, técnicas de respiración y relajación, etc.

- Medidas farmacológicas.
- **El paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos:** son fármacos útiles para el alivio del dolor agudo y crónico generado por diversas causas (ej. trauma, cirugía, artritis y cáncer). Estos agentes, como fármacos únicos para el manejo del dolor moderado a severo tienen escasa utilidad; el principal motivo es que con ellos se alcanza rápidamente un efecto techo, esto es, que después de alcanzar una cierta dosis tope no se observa un incremento en la analgesia, en cambio si se observa un incremento en los efectos tóxicos.
- **Los opioides:** estos analgésicos opioides y en particular la morfina es la piedra angular del tratamiento del dolor por cáncer, de intensidad moderada a severa, por su efectividad, fácil determinación y favorable relación riesgo-beneficio. Los opiáceos producen analgesia por la unión a receptores específicos, ubicados tanto fuera como dentro del SNC. La mayoría de los pacientes necesitarán opioides para analgesia antes de morir.

Los analgésicos opioides se clasifican, según la afinidad a receptores específicos en:

1. Agonistas Puros
 - Morfina, hidromorfona, codeína, oxicodona, hidrocodona, metadona, levorfanol, y fentanilo
2. Agonistas Antagonistas Mixtos
 - Nalbufina
3. Agonistas-antagonistas Parciales
 - Buprenorfina

Los pacientes que reciben opiáceos agonistas puros no deben recibir agonistas-antagonistas mixtos, porque pueden precipitar síndrome de abstinencia e incremento del dolor.

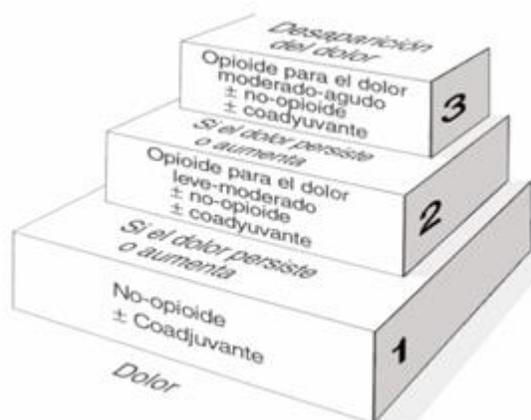
La morfina es el opioide mayormente usado para el control del dolor moderado a severo por su disponibilidad, por una gran variedad de diferentes rutas de administración, excelente eficacia, mínima incidencia de toxicidad, comparada con otros opioides, y bajo costo.

Consideraciones farmacológicas

Dolor oncológico:

- Medidas farmacológicas: son base para el control del dolor según la escalera analgésica diseñada por la OMS la cual tiene una eficacia del 76%, figura 2:
 - **Dolor leve:** analgésicos no opioides (antiinflamatorios no esteroideos, paracetamol).
 - **Dolor moderado:** se emplearán opioides débiles (tramadol, codeína) y de ser necesario algún adyuvante (esteroides, antiépilépticos, antiinflamatorios no esteroideos).
 - **Dolor severo:** se deben prescribir opioides potentes (morfina, hidromorfona, metadona), siendo la morfina oral el estándar y al igual que en el dolor moderado, de ser necesario, podrán emplearse adyuvantes.

Figura 2. Escalera analgésica.



Existen condiciones conocidas de mal pronóstico para el manejo del dolor oncológico, dentro de las que destacan: dolor neuropático, dolor incidental, escalada rápida de opioides y trastornos afectivos (depresión y ansiedad).

Los principios básicos para el manejo de dolor por cáncer son:

- a) Opioides orales (siempre y cuando sea posible).
- b) Manejo de rescate de opioides para dolor irruptivo.
- c) Coadyuvantes analgésicos (incluyendo antiinflamatorios no esteroideos (AINES), antiepilépticos y antidepresivos).
- d) Tratamiento profiláctico para náusea y estreñimiento.
- e) En caso necesario se recomienda técnicas intervencionistas para el control del dolor, que se realizarán en unidades que cuenten con clínicas del dolor.
- f) Cirugía, radioterapia y quimioterapia paliativa en circunstancias clínicas específicas.

Cómo prescribir un opioide

Tipo de opioide: Los pacientes con dolor oncológico leve pueden ser tratados con opioides suaves, mientras que los de dolor moderado a severo con los potentes. No es regla que se inicie siempre con uno suave y posteriormente uno potente.

Para los pacientes que requieren opioide parenteral, antes de pensar en el tipo, deberá preguntárseles cuáles han recibido previamente (pueden haber experimentado toxicidad o ausencia de analgesia con el que usted piensa prescribir).

Determinación de la dosis: La dosis de opioide debe ser ajustada en cada caso, en particular, para la obtención de la analgesia con aceptable nivel de efectos colaterales. La dosificación típicamente requiere ajustes al paso del tiempo. Con excepción de buprenorfina y fentanilo de liberación transdérmica no existe dosis tope o máxima recomendada para agonistas puros, y de hecho, dosis grandes de morfina (algunos miles de miligramos cada 4 horas pueden ser necesarios para el dolor severo).

El alivio del dolor efectivo puede estar acompañado por prevención anticipada del dolor, ya que muchos pacientes tienen persistencia o dolor diario, es importante el uso de opioide a horarios regulares y no sólo en caso necesario. La política es "dolor constante, medicación constante".

Los opioide débiles existentes en nuestro país son: dextropropoxifeno, clorhidrato de tramadol y tramadol + paracetamol.

Ruta de administración: Cuando sea posible, la vía de administración ideal es la oral, debido a su facilidad de administración, independencia y por el costo. En caso de que el paciente presente imposibilidad para esta vía están como alternativas las vías menos agresivas como la rectal, la transdérmica o parenteral, la de elección es la subcutánea. Si el paciente ya tiene una vía intravenosa accesible puede ser utilizada aunque aumenta el riesgo de flebitis en caso de vías periféricas. Los opioides intramusculares están proscritos por el riesgo de infección en el sitio de aplicación, por el grado de inmunodeficiencia en muchos de ellos y del dolor que provocan, debido a la administración frecuente. En cuanto a las vías de administración se debe de tomar en cuenta que la dosis oral es entre 2 a 3 veces mayor que la dosis parenteral (3/1), dado el rápido metabolismo de los opioide en el hígado (paso pre-hepático), posterior a su administración oral.

Prescripciones orales: No utilice las prescripciones "sólo por dolor" para el dolor por cáncer ni "por razón necesaria", ya que el objetivo principal de la terapia con analgésicos opioides es mantener niveles plasmáticos estables del fármaco y prevenir así la presentación del dolor. Por ello, su prescripción debe ser de acuerdo a un horario para asegurar un buen nivel plasmático.

Los opioide que deben ser prescritos cada 4 a 6 horas, son morfina, codeína, oxycodona e hidromorfona de liberación inmediata.

Los opioides que deben ser prescritos cada 6 a 8 horas, son: buprenorfina, tramadol y tramadol de liberación prolongada cada 12 a 24 horas y oxycodona de liberación prolongada, hidromorfona de liberación prolongada de 12 a 24 horas, tapentadol de liberación prolongada de 12 a 24 horas. Nalbufina aunque la vida media es de 12 horas, el poder analgésico raramente dura más de 6 horas.

Los opioides que deben ser prescritos cada 8 horas son la metadona que aunque su vida plasmática es de 22 horas su efecto analgésico es de 8 horas y en algunos pacientes hasta cada 4 horas. La prescripción y administración de metadona debe estar a cargo de personal capacitado y de preferencia que se a nivel hospitalario.

Existen también formulaciones de opioides de larga duración como las tabletas de morfina de liberación prolongada (esta presentación aún no está disponible en el país) que se administra cada 12 horas, parches de fentanilo que se aplican cada 72 horas y buprenorfina transdérmica de 84 o 96 horas. Estas formulaciones son mucho más costosas pero mejoran el apego terapéutico, psicológicamente dan la impresión al paciente y familiares que toman menos medicamentos y mejoran la calidad de sueño.

El esquema analgésico siempre debe contar con una dosis de "rescate" y el cálculo del rescate debe ser calculado de acuerdo con las dosis usada (aproximadamente 10% de la dosis diaria total), para el "dolor extra", además de la dosis regular.

Procedimiento para la prescripción:

1. Primero titule y obtenga un buen grado de analgesia con un opioide de corta duración (se recomienda siempre iniciar con morfina). (En la práctica valorar el inicio con tramadol).
2. Una vez obtenida la analgesia deseada si es posible rotar a un opioide de larga duración, prescriba la dosis equivalente diaria dividida en dos dosis (cada 12 horas). Puede calcularse como se muestra en la Tabla I.
3. Permita la utilización, por el paciente, de dosis de rescate de opioides agonistas de corta duración. Cada dosis debe ser aproximadamente 10% de la dosis diaria total.
4. No iniciar opioides de larga duración en pacientes con pobre control del dolor o con dolor irruptivo. El proceso de dosificación del paciente hasta la analgesia adecuada llevará un mínimo de varios días.

Si un paciente ya está recibiendo morfina de larga duración y presenta dolor severo, interrumpa la preparación y reinicie la de corta duración hasta graduar la dosis nuevamente y obtener buena analgesia. Ya lograda la analgesia reinicie la morfina de larga duración en la nueva dosis equianalgésica. (Valorar volver a titular).

Las tabletas de larga duración deben ser ingeridas íntegras, no divida o triture las tabletas ya que se convierten automáticamente en liberación inmediata.

Rectal: La vía rectal puede ser usada cuando los paciente presentan náusea, vómito o necesitan estar en ayuno. Está contraindicada en lesiones del ano o recto porque la aplicación del supositorio puede causar dolor, en caso de diarrea, o en aquellos con debilidad, que físicamente no son capaces de aplicárselo. También puede ser aplicado en la colostomía, esta vía es equianalgésica a la vía oral. Actualmente en el país no se cuenta con este tipo de presentaciones, por lo que es importante contar con ellas.

Transdérmica: La vía alterna a la gastrointestinal es la administración transdérmica que es donde el medicamento es parcialmente absorbido a través de la piel. Este sistema también mejora el cumplimiento y apego terapéutico, es de elección en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, oral y gastrointestinal. Además en pacientes débiles, con demencia o seniles en donde se olvida la toma de la medicación es ideal.

Fentanilo transdérmico debe utilizarse cada 72 horas. Existen presentaciones disponibles de 25 y 50 mcg/hora, facilitando la flexibilidad de dosificación. La dosis máxima recomendada por día es de 300mcg/hora. La Tabla II nos muestra los valores de conversión. Actualmente en el país no se cuenta con esta presentación, por lo que sería importante contar con ella.

Tabla I. Dosis equianalgésicas de fentanilo transdérmico

Dosis de Morfina V.O. Dosis mg/día	Dosis de Fentanilo Tasa de Liberación mcg/h.
45 A 134	25
135 A 224	50

225 A 314	75
315 A 404	100
Nota: 10 mg de morfina I. M. o 30mg de morfina VO cada 4 horas por 24 horas fue considerado equivalente aproximadamente a 100mcg/h de fentanilo transdérmico.	

Fuente: Guía para la rotación equianalgésica de analgésicos opioides: <http://opiodes.heortiz.net>

Los niveles plasmáticos son incrementados gradualmente hasta las 8 a 12 horas posteriores a su aplicación, y tiene una vida media de eliminación de 21 horas. Es la elección ideal en aquellos pacientes con dolor constante y pocos episodios de dolor irruptivo.

En caso necesario se pueden utilizar rescate de morfina oral. Los efectos colaterales más frecuentes son somnolencia, lentitud mental e irritación de la piel. La buprenorfina transdérmica es un agonista parcial en presentación de parches, de 20 mg con liberación de 35 mcg/h y 30mgs con tasas de liberación de 52.5 mcg/h, en un periodo de duración de 84 o 96 horas o dos cambios por semana.

Vías de administración

Vía Intravenosa: es una ruta eficaz alterna a la oral; puede administrarse en forma intermitente o continua. Esta vía es la de elección si el paciente está hospitalizado y cuenta con una vía previamente canalizada.

Vía subcutánea: es la vía de elección para paciente ambulatorio o en aquellos que no es posible canalizar una vía intravenosa y es la más utilizada en cuidados paliativos.

Las vías parenterales se utilizan cuando no se puede utilizar la vía oral por ejemplo en pacientes:

- Con náusea y vómito persistente.
- Severa disfagia o problemas de deglución.
- Delirium, confusión, estupor u otras alteraciones mentales.
- En los que se requiere rápido aumento de la dosis para analgesia.

Para su prescripción es necesario calcular la dosis total diaria del opioide requerido y hacer la conversión. En caso necesario las dosis de rescate también se deben dar por la misma vía.

La administración intramuscular de analgésicos debe ser evitada por ser dolorosa e inconveniente y su absorción errática impide un buen control analgésico.

Vía Intraespinal: La analgesia intraespinal debe ser administrada cuando el dolor no puede ser controlado por la vía oral, transdérmica, subcutánea o intravenosa o que por efectos colaterales como confusión y náusea se limita la administración. Esta vía requiere de un experto con conocimiento y experiencia de la técnica, asistencia con equipo especializado, seguimiento estricto, los cuales son disponibles en medio hospitalario.

Los opioides utilizados a nivel espinal e intratecal deben ser libres de conservadores y antioxidantes por el riesgo de producir neurotoxicidad. Los efectos colaterales pueden ser tolerancia, retención urinaria, constipación, prurito, falla del dispositivo, y neuroinfección.

Manejo de los efectos secundarios

Los eventos adversos de los opioides deben ser monitorizados y los efectos secundarios inevitables deben ser tratados profilácticamente.

Constipación: Es un efecto universal de los opiáceos, y prácticamente no llega a tener tolerancia, aún durante largos periodos de terapia crónica. Puede empeorar otros síntomas o complicaciones (obstrucción intestinal, compresión o sección medular, disminución de ingesta de líquido y disminución de la ingesta de alimentos por anorexia).

La constipación moderada puede ser manejada con aumento de la cantidad de fibra requerida en la dieta y el uso de laxantes suaves que deben ser administrados con horario regular. En caso de constipación severa se recomienda el uso de drogas catárticas y agentes hiperosmolares (lactulosa o sorbitol).

Sedación: Ocurre en la mayoría de los pacientes al inicio del tratamiento con opioides y luego de un aumento o reajuste en la dosis. Usualmente dura entre 48-72 horas. En caso de sedación extrema considerar la reducción de la dosis. En algunos casos puede ser de utilidad el uso de estimulantes del SNC como cafeína, dextroanfetaminas, o metilfenidato. Así mismo es conveniente que no se utilicen tranquilizantes (benzodiazepinas) que pueden potenciar los efectos de somnolencia.

Náusea y vómito: Es importante, en primer lugar, conocer la etiología. La experiencia clínica sugiere el uso de metoclopramida, cuando no mejora pueden utilizarse neurolepticos como haloperidol.

Depresión respiratoria: Los pacientes que utilizan opioides por periodos prolongados (mayores de 3 semanas) desarrollan tolerancia a los efectos de depresión respiratoria. Es más frecuente cuando se inicia el tratamiento con dosis altas en pacientes vírgenes a opioides. En caso de que esto ocurra se recomienda el uso de naloxona (0.4mg en 10mg de solución salina), administrando 0.5 ml (0.02 mg) en bolo cada minuto hasta obtener la estabilidad.

Neurotoxicidad inducida por opioides

Los opiáceos ocasionalmente pueden producir mioclonias, convulsiones, alucinaciones, confusión, y es indicación de rotar el opioide o discontinuarlo.

Otros efectos secundarios:

Disfunción sexual, alteraciones del sueño, diaforesis, retención aguda de orina y prurito.

Seguimiento:

- Se debe dosificar de acuerdo a la Intensidad del dolor, según la valoración del paciente y su tolerancia. Iniciar siempre con la dosis más baja, y titularla paulatinamente. No existe dosis adecuada que pueda ser recomendada para todos los pacientes. El control del dolor deberá ser evaluado al menos una vez por semana.
- En casos de insuficiencia renal o hepática se deberá ajustar la dosis y según el aclaramiento del fármaco con un seguimiento más frecuente.
- Cuando se efectúe el ajuste a la dosis total por día no olvide que el rescate cambia al 10% de la nueva dosis por día total.
- En caso necesario utilizar adyuvantes y favorecer analgesia multimodal
- El dolor neuropático responde en un 30% a los opioides en general y requiere empleo de adyuvantes para su manejo.

Suspensión de terapia opioide: si el dolor se controla, el opioide debe suspenderse en forma progresiva disminuyendo la dosis total en un 25%, sin ningún riesgo significativo de desarrollo de síndrome de abstinencia. Posteriormente puede disminuirse en un 50% cada 48 a 72 horas. Cuando la dosis diaria total es de 15mg de morfina oral o su equivalente, el opioide puede ser interrumpido totalmente.

Tolerancia y dependencia física

La tolerancia a un opioide y la dependencia física son esperadas siempre que se administra un tratamiento analgésico por largos períodos y no debe ser confundida con la dependencia psicológica (adicción), la cual se caracteriza por comportamiento compulsivo a la droga.

El desconocimiento de estos términos, en relación al uso de opiáceos, interferirá en la práctica de su prescripción, administración y dispersión para el control del dolor por cáncer y contribuirá al problema de subtratamiento.

La tolerancia a un opioide es definida como la necesidad al incremento de la dosis requerida al paso del tiempo para mantener el alivio del dolor. El primer indicio para los pacientes con cáncer es la disminución de la duración del tiempo de analgesia entre dosis y dosis.

La dependencia física a un opioide se manifiesta cuando se discontinua abruptamente o ante la administración de naloxona o nalbufina; se manifiesta comúnmente por ansiedad, irritabilidad, temblores y oleadas de calor, unida al dolor, lagrimeo, rinorrea, diaforesis, náusea, vómito, cólico, y diarrea.

La forma moderada del síndrome de abstinencia no debe ser confundida con síndromes virales gripales.

Para los opioide de vida media corta (codeína, morfina, hidromorfona), el inicio de los síntomas de abstinencia puede ocurrir dentro de 6 a 12 horas, con pico de 24 a 72 horas, después de discontinuarlo. Para los de vida media larga (metadona, buprenorfina transdérmica y fentanilo transdérmico), el síndrome de abstinencia debe ser esperado después de 24 horas o más, posterior a discontinuar el fármaco y es de mínima intensidad.

3.4 Anorexia- Caquexia-Astenia

La anorexia, la caquexia y la astenia, por lo regular se presentan en forma simultánea, aunque pueden presentarse en forma separada. La anorexia se define como la incapacidad del paciente para comer normalmente o la abolición o pérdida involuntaria del apetito; puede ser primaria o secundaria; en algunas ocasiones se confunde con “saciedad temprana” por ejemplo: “tengo hambre, busco comida, después de unos bocados me siento satisfecho y no puedo comer un bocado más”.

Se le considera caquexia a la pérdida acelerada de peso en contexto de un proceso inflamatorio crónico relacionado a condiciones tumorales o inflamatorias. Ese estado usualmente se acompaña de una letargia extrema, fatiga, y debilidad generalizada por lo que algunos autores lo consideran como síndrome de caquexia-anorexia-astenia. Caquexia se caracteriza por la pérdida de masa muscular y grasa corporal. Es importante considerar que la caquexia no se relaciona con la ingesta de alimento. El síndrome caquexia-anorexia es la manifestación de actividad paraneoplásica.

Astenia es la sensación de cansancio o agotamiento extremo.

Causas

Este síndrome se presenta por diferentes motivos, los cuales pueden relacionarse directamente con la enfermedad o por otras comorbilidades, entre las cuales se encuentran:

- Comida que no sea del agrado del enfermo,
- Rechazo a comidas abundantes,
- Olores penetrantes o desagradables (ejemplo: comidas con especias, abscesos abiertos purulentos cercanos a cara o en boca),
- Alteraciones del gusto,
- Náusea y vómito,
- Gastropatías (ejemplo: dispepsia),
- Saciedad temprana,
- Estreñimiento o constipación,
- Dolor,
- Lesiones en labios y cavidad oral,
- Alteraciones bioquímicas (ejemplo: hipercalcemia, uremia, hiponatremia),
- Ansiedad y depresión,
- Progresión o avance de la enfermedad,
- Asociada a los tratamientos,
- Fatiga extrema, y
- Puede ser secundaria a la liberación de caquexinas, como el Factor de Necrosis Tumoral (TNF).

Evaluación

- Historia clínica detallada:

Como cualquier acción en medicina se requiere de una historia clínica minuciosa identificando claramente los hábitos nutricionales.

- Exploración física:

Exploración intencionada en busca de signos y síntomas de causas subyacentes, muy específicamente en el tracto gastrointestinal. Evaluar la intensidad de los síntomas por separado, se puede realizar con una escala EVA (Ver Anexos).

Documentar las medidas antropométricas: pérdidas de peso de 2.5 kilogramos durante los últimos 2 meses o una pérdida del 10% del peso corporal en un periodo de 3 meses es un indicador de mal pronóstico.

- Exámenes complementarios que nos orienten para evaluar desnutrición proteica.

Tratamiento

- Siempre que pueda trate las causas subyacentes
- Medidas generales
 - o Explicar al enfermo y a la familia acerca de la reducción del consumo de alimentos en relación al proceso de la enfermedad para disminuir la ansiedad frente a la baja ingesta de alimentos.
 - o No administrar aportes nutricionales más allá de lo que el paciente pueda ingerir por sus propias capacidades.
 - o Acompañar al enfermo mientras come.
 - o Reducir porciones, adecuar alimentos ofrecidos o dar flexibilidad con los horarios.
- Medidas farmacológicas:

Se pueden emplear de acuerdo a la sobrevida estimada del paciente y a la causa que está generando el síndrome, se emplean fármacos (orexigénicos) que favorecen la ingesta de alimentos.

- o Agentes procinéticos: facilitan el vaciamiento gástrico e inhiben la náusea crónica, también son útiles para la saciedad precoz.
 - Metoclopramida
 - Cisaprida
- o Corticosteroides: efectivos sólo en el 50% de los casos y por sólo 4 a 6 semanas.
 - Dexametasona
 - Prednisolona
 - Prednisona
- o Progestágenos:
 - Acetato de megestrol
 - Medroxiprogesterona
- o Antidepresivos:
 - ISRS (Inhibidores de la Recaptura de Serotonina)
 - Mirtazapina
 - Triciclicos
 - Amitriptilina
- o Cannabinoides
- o Estimulantes del apetito

3.5 Náuseas y Vómito

La náusea es una sensación desagradable en la parte alta gastrointestinal, que puede o no estar acompañada de vómito.

Vómito es la expulsión súbita del contenido gastrointestinal a través de la boca. Estos síntomas se presentan en alrededor del 40% de los pacientes en etapas avanzadas.

Causas

Se produce por estímulo del "centro de vómito" localizado en el SNC. Se clasifican de la siguiente forma:

- Debidas al cáncer: irritación gastrointestinal, hemorragia, estreñimiento, aumento en la presión intracraneal, hepatomegalia, dolor, ansiedad, síndromes paraneoplásicos, alteraciones bioquímicas y otras.
- Debidas al tratamiento: quimioterapia, radioterapia, fármacos, y otros.
- Concurrentes: gastropatías previas (úlcera gástrica o duodenal, gastritis alcohólica o medicamentosa), infecciones, alteraciones bioquímicas.
- Otras: relacionados con los alimentos (olores, sabores), insistencia para que el enfermo coma, etc.

Evaluación

- Historia clínica:
 - o Determine la intensidad de ambos síntomas utilizando la EVA.
 - o Determine el inicio duración y frecuencia de los síntomas.
 - o Determine la cantidad, número, y características del vómito en caso de estar presente.
 - o Situaciones que agravan o alivian los síntomas.
 - o Revise los medicamentos que consume para identificar potenciales factores de riesgo.
- Exploración física:
 - o Exploración abdominal completa
 - o Descartar la presencia de oclusión intestinal, afección del SNC, u otros mecanismos etiogénicos.
 - o Realice un examen rectal para descartar impactación fecal
- Exámenes complementarios:
 - o Realice estudios diagnósticos de laboratorio
 - o Las radiografías abdominales pueden demostrar datos sugestivos de oclusión intestinal.

Tratamiento

- Siempre que pueda trate las causas subyacentes
- Medias generales
 - o Dieta blanda a tolerancia, fraccionada con abundantes líquidos.
 - o Revisar y tratar causas concomitantes como el uso de algunos fármacos.
- Medidas farmacológicas:
 - o Procinéticos
 - Metoclopramida
 - o De acción central
 - Haloperidol
 - Levomepromacina
 - o Acción serotoninérgica
 - Ondansetrón
 - Tropisetron
 - Palonosetrón
 - Granisetron
 - o Adyuvantes
 - Dexametasona (se puede asociar a otro antiemético en casos refractarios)

3.6 Cuidados de la Boca

En enfermedades en fase avanzada suelen presentarse múltiples alteraciones en la cavidad oral, alrededor del 80-90% de los pacientes sufren alguna alteración, lo que limita la vía oral, dificulta la alimentación, el habla y la toma de medicamentos, además de producir halitosis, alteraciones en el sentido del gusto y dolor disminuyendo considerablemente la calidad de vida. Los objetivos en el cuidado de la boca se enfocan a la prevención del dolor y/u otras molestias, mantener mucosas y labios hidratados y limpios. Los cuidados de la boca son indispensable para el bienestar del paciente.

Causas

Entre ellas se encuentran:

- Falta de higiene
- Xerostomía o sequedad de boca
- Fármacos
- Relacionadas al tratamiento: radioterapia y quimioterapia
- Ajuste de prótesis bucales.
- Mucositis e infecciones

Evaluación

Generalmente son subvaluadas por lo que se requiere que sean tomadas en cuenta.

Historia Clínica: realizar interrogatorio dirigido para identificar las posibles causas subyacentes

Exploración física: revisar la cavidad oral, incluyendo las encías, paladar, lengua, dientes y carrillos en cada visita. Buscar signos dependiendo de la posible etiología como: cambios en el sentido del gusto, eritema, placas blanquecinas, placas de detritus, restos alimenticios, halitosis, lengua saburral, ulceraciones, entre otras.

Tratamiento

- Siempre que pueda trate las causas subyacentes
 - o Fármacos: valorar dosis y posible suspensión
- Medidas Generales:
 - o Aumentar la ingesta de líquidos.
 - o Higiene oral: limpieza de dientes, encías y lengua, mínimo 3 veces al día con y sin ingerir alimentos, con cepillo de cerdas suaves.
- Medidas para humedecer la boca
 - o Enjuagues con manzanilla y limón (eliminar el limón en caso de dolor).
 - o Beber pequeños sorbos de líquido.
 - o Chupar caramelos sin azúcar, pequeños pedazos de piña natural u otros cítricos y/o masticar chicle.
 - o Tabletas de vitamina C.
- Medidas farmacológicas:
 - Boca seca
 - Saliva artificial
 - Hielo o nieve
 - o Soluciones debridantes
 - 3/4 de bicarbonato más 1/4 de agua oxigenada.
 - 3/4 de solución fisiológica más 1/4 de agua oxigenada.

- o Utilizar soluciones antisépticas:
 - Clorhexidina al 0,2%.
- o Soluciones anestésicas: en afecciones dolorosas de la boca (enjuagues cada 2-4 horas.):
 - Benzidamida
 - Lidocaína al 1-5% en glicerina.
 - Hidróxido de aluminio más lidocaína al 2% en partes iguales.

Micosis:

- Nistatina
- Miconazol
- Fluconazol

Mucositis

- Difenhidramina al 0,25%, hidróxido de aluminio o sucralfato y lidocaína al 2% (valorar la pertinencia de las cantidades para las formulas).

3.7 Estreñimiento/Constipación

Se refiere a la evacuación de deposiciones más consistentes con menor frecuencia o con mayor dificultad de lo habitual.

En enfermedad terminal se presenta en 50-95% de los casos.

Causas

- Relacionadas con la enfermedad; Invasión intestinal, compresión intestinal, daño neurológico, hipercalcemia.
- Relacionado con las condiciones del paciente: inactividad/reposo, baja ingesta de alimentos y/o líquidos, deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico, incapacidad para llegar al baño o debilidad.
- Alteraciones metabólicas.
- Fármacos: opioides, anticolinérgico, neurolépticos, antidepresivos, antiácidos, hierro.
- Patologías concomitantes: diabetes, hipotiroidismo, fecalomas, hemorroides.

Evaluación

- Historia clínica: hábitos intestinales previos y actuales, diarrea, distensión abdominal, náusea, vómito, pujo, tenesmo.
- Exploración física: buscar distensión abdominal, peristalsis disminuida o aumentada, signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: hemorroides, fisuras o fístulas, estenosis rectal, fecaloma o ámpula rectal vacía, etc.
- Exámenes complementarios de laboratorio y gabinete.

Tratamiento

- Siempre que pueda trate las causas subyacentes
- Medias generales
 - o Mantener actividad física en lo posible
 - o Aumentar la ingesta de líquidos y contenido de fibra en la dieta si el paciente deambula, en paciente encamado administrar laxantes.

- Medidas farmacológicas
 - o Laxantes
 - Estimuladores del peristaltismo
 - Senósidos
 - Reblandecedores de heces
 - Osmóticos o salinos:
 - o Lactulosa
 - Lubricantes:
 - o Parafina líquida
 - o Glicerina supositorios
 - o Laurilsulfato sódico en microenemas
 - Aumentadores del volumen fecal (si el paciente deambula):
 - Salvado, metilcelulosa
 - Semillas de plántago ovata

De ser necesario se pueden utilizar combinaciones de fármacos de diferentes grupos para aumentar la efectividad.

En caso de fecaloma, desimpactar.

3.8 Ansiedad

Se define como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de una sensación desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión. Se manifiesta como una sensación profunda de inquietud.

Es normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a situaciones cotidianas estresantes. Cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Se presenta en alrededor de 36% de los pacientes con cáncer.

Existen varios trastornos de ansiedad, los más frecuentes son:

- Trastorno por ansiedad generalizada: en donde podemos encontrar inquietud+ dificultad para concentrarse+ insomnio+ tensión muscular.
- Crisis de ansiedad: de aparición súbita + palpitaciones+ taquicardia+ taquipnea+ temblores+ opresión torácica+ mareo+ sensación de despersonalización+ disnea+ insomnio+ diaforesis, entre otros.

Causas

- Orgánicas: dolor intenso, debilidad, insomnio, náuseas, disnea.
- Fármacos: esteroides, benzodiazepinas, opiáceos, neurolépticos, antidepresivos.
- Psiquiátricas: trastornos de pánico, depresión, delirium, psicosis.
- Adaptativas: temor a tratamiento, miedo a la muerte, trastornos del sueño, etc.

Evaluación

- Historia clínica: realizar una evaluación integral, descartando causas tratables, orgánicas, psiquiátricas, por fármacos y/o situacionales. Interrogar necesidades psicológicas y espirituales, valorar la personalidad previa del paciente.
- Exploración física: buscar signos y síntomas de dolor, depresión, delirium, intoxicación por fármacos, etc. Antecedentes del uso de benzodiazepinas o neurolépticos.

Tratamiento

- Siempre que pueda trate las causas subyacentes
- Medidas generales:
 - o Proporcionar un ambiente seguro
 - o Brindar medidas de apoyo psicológico
 - o Fomentar la presencia de la familia y el contacto físico
 - o Terapias complementarias
 - o Asegurar un adecuado control de síntomas
 - o Aplicación de escala de valoración de ansiedad
- Medidas Farmacológicas:
 - o Benzodiazepinas
 - o Neurolépticos
 - o Antidepresivos y ansiolíticos

3.9 Depresión

Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión se presenta en aproximadamente 37% de los pacientes con enfermedad avanzada. Es de suma importancia diagnosticarlo ya que se relaciona con la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

Causas

- Antecedentes de depresión
- Dolor
- Tumores
- Metástasis a SNC
- Complicaciones metabólicas
- Factores psicosociales
- Factores existenciales

Evaluación

El reto está en identificar si la depresión se relaciona con un trastorno adaptativo por la enfermedad avanzada o se trata del desarrollo de un proceso patológico.

- Historia clínica: interrogar por enfermedad psiquiátrica previa, antecedentes familiares, retiro reciente de medicamentos, llanto fácil, alteraciones en apetito, pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, retardo o agitación psicomotriz, fatiga, pérdida de la habilidad para concentrarse, desesperanza, ideas suicidas e ideas de culpa.

Los síntomas psicológicos de la depresión nos pueden orientar hacia el diagnóstico, entre ellos: ánimo disfórico, disminución de la autoestima y sentimiento de minusvalía, pérdida de interés o placer en todas o en la mayoría de las actividades del día (anhedonia).

- Exploración física y de funciones mentales superiores
- Exámenes complementarios de laboratorio y gabinete
- Aplicación de escala de valoración de depresión

Tratamiento

- Siempre que pueda trate las causas subyacentes
- Medidas generales
 - o Proporcionar un ambiente seguro
 - o Fomentar la interacción social
 - o Medidas de apoyo psicológico
 - o Actitud empática
 - o Explicar el alcance del tratamiento
 - o Fortalecer redes de apoyo
- Medidas farmacológicas:
 - Expectativa de vida menor a tres meses
 - o Psicoestimulantes
 - o El efecto terapéutico del tratamiento antidepressivo es en promedio de 6 a 8 semanas por lo que no se recomiendan.
 - Expectativa de vida mayor a tres meses
 - o ISRS
 - o Tricíclicos
 - Amitriptilina
 - Imipramina
 - o ISRNS (Inhibidores de la recaptura de Serotonina y Noradrenalina)
 - Quetiapina
 - Velafaxina

4.0 Disnea.

Es la sensación subjetiva de falta de aire o ahogo que el paciente experimenta. Se debe realizar diagnóstico diferencial con otras alteraciones del patrón respiratorio como taquipnea o polipnea.

La incidencia de la disnea en pacientes con cáncer en fase avanzada se presenta en un rango que oscila entre 19-90%, dependiendo del tipo de cáncer, siendo más común en el cáncer de pulmón o en aquellos casos con metástasis pulmonares; durante la última semana de vida se incrementa a 70-90% de los pacientes.

Causas

- Directamente por el cáncer:
 - o Por compresión del tumor sobre un bronquio principal,
 - o Como resultado de debilidad y fatiga muscular respiratoria, particularmente cuando la causa fundamental es la existencia de patología pulmonar,
 - o Linfangitis carcinomatosa,
 - o Algunos tratamientos de quimioterapia, radioterapia o quirúrgicos.
- Derrame pleural.
- Restricción generada por la presión abdominal en los pacientes con ascitis a tensión o crecimiento abdominal.
- Anemia severa.
- Síndrome de anorexia-caquexia-astenia.

- Síndrome de vena cava superior.
- Fibrosis Pulmonar.
- EPOC.
- Arritmias.
- Asma.
- Ansiedad.

Evaluación

- Historia clínica: interrogatorio dirigido a causas concomitantes, realizar una anamnesis del síntoma averiguando la intensidad para lo que se puede utilizar la escala EVA o la clasificación del New York Heart Association.
- Exploración física: buscar intencionadamente signos y síntomas relacionados con causas concomitantes como datos de dificultad respiratoria.

Tratamiento

- Siempre que pueda trate las causas subyacentes
- Medidas generales:
 - o Explicar el origen de los síntomas y determinar con el paciente el tipo y los objetivos del tratamiento.
 - o Posición cómoda que facilite una buena ventilación (semisentado).
 - o El paciente debe contar con una atmósfera relajada.
 - o Mantener al paciente en espacios abiertos y bien ventilados.
 - o Fomentar que el paciente siempre este acompañado.
 - o Evitar comidas abundantes.
 - o Aumentar los cuidados de la boca.
 - o Aumentar el consumo de líquidos.
- Medidas farmacológicas:
 - o Opioides:
 - Morfina
 - o Diuréticos (cuando esté indicado)
 - Furosemida
 - o Broncodilatadores: En caso de broncoconstricción.
 - Salbutamol
 - Bromuro de ipatropio
 - o Analgésicos locales:
 - Lidocaína
 - o Corticoesteroides en caso de linfangitis carcinomatosa.
 - Metilprednisona
 - Dexametasona
 - Prednisona
 - o Benzodiazepinas: En caso de crisis de ansiedad.

4.1 Delirium

Es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, depresión del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora. Aproximadamente 30-67% de los episodios de delirium son reversibles. El delirium se presenta en aproximadamente el 80% de los pacientes terminales, su prevalencia en el curso de la enfermedad varía entre 10-27%, durante la última semana de vida se estima un incremento hasta el 80-95%, esto es conocido como agitación o delirium terminal.

Los subtipos clínicos del delirium incluyen los siguientes:

- Hiperactivo: paciente despierto+ alerta + confusión + agitación + con o sin alucinaciones + ilusiones + con o sin mioclonus + con o sin hiperalgesia.
- Hipoactivo: poco despierto + confusión + somnolencia (puede simular depresión) + con o sin ensimismamiento.
- Mixto: alternan síntomas de ambos tipos de delirium.

Debe prestarse una cuidadosa atención a los diagnósticos diferenciales. Se suele confundir con demencia y depresión.

Los factores de riesgo para el delirium incluyen: enfermedad avanzada, deshidratación, deterioro cognitivo previo, hospitalización, deterioro visual, edad avanzada, ingesta de más de 3 medicamentos a la vez.

Causas

La etiología es multifactorial, muchas de ellas son potencialmente reversibles si se identifican y tratan oportunamente, e incluyen:

- Medicamentos: Opiáceos, medicación psicotrópica (Ej. Benzodiazepinas) y esteroides.
- Sepsis.
- Desorden electrolítico.
- Deshidratación.
- Falla orgánica (renal, hepática).
- Tumor cerebral (primario, secundario [parenquimatoso o leptomeníngeo]).
- Hipoxemia.
- Síndromes paraneoplásicos.
- Por el tratamiento del cáncer.
- Otras condiciones médicas.

Evaluación

Realizar el diagnóstico correcto, según los criterios diagnósticos del DSM V:

1. Alteración en el nivel de conciencia con disminución de la capacidad para enfocar, sostener o mantener la atención.

2. Cambio en cognición (déficit de memoria, desorientación, alteración de lenguaje, alteraciones perceptuales) que no se explica por una enfermedad preexistente, establecida o demencia.

3. La alteración ocurre en corto tiempo (horas o días); tiende a fluctuar durante el curso del día.

4. Existe evidencia, durante la historia clínica, examen físico y de laboratorio, de una condición médica que esté relacionada con la alteración.

- Historia Clínica: evaluar la presencia de alucinaciones (táctiles, visuales y auditivas), y pensamientos alucinatorios. Se pueden emplear los criterios del DSM V para demencia (Ver Anexo de escalas).
- Examen físico: buscar signos y síntomas clínicos de causas potenciales de delirio. La retención urinaria y la impactación fecal pueden precipitar o agravarlo.

- Examen mental: usar herramientas de evaluación sistemáticamente (CAM y/o Mini-Mental State). Estas escalas deben ser aplicadas aun cuando el paciente no manifieste signos clínicos de delirium, con la finalidad de hacer un diagnóstico precoz.
- Exámenes complementarios de laboratorio y gabinete.

Tratamiento

- Siempre que pueda trate las causas subyacentes
 - o Fármacos: Ajustar y si es posible discontinuar todas las posibles causas farmacológicas.
 - o Toxicidad opioide: Rotación opioide o cambio en la vía de administración.
 - o Sepsis: Tratamiento con antibióticos apropiados según el pronóstico de vida del paciente.
 - o Deshidratación: Hidratación y corrección de desequilibrio electrolítico.
 - o Hipercalcemia: Tratarla con hidratación intensiva y bifosfonatos.
 - o Retención urinaria: Canalización.
 - o Impactación fecal: Desimpactar
 - o Hipoxia: Tratar la causa subyacente y administrar oxígeno.
 - o Tumor cerebral o metástasis: Considerar altas dosis de corticoesteroides y/o radioterapia.
- Medidas generales
 - o Proporcionar un ambiente seguro
 - o Control de agitación y prevención de caídas, evitar sujeción
 - o Mantener el ritmo circadiano: exponer a luz del sol durante el día, luz tenue nocturna, no interrumpir el sueño nocturno.
 - o Facilitar la orientación tiempo espacio: Rutinas, relojes visibles, etc.
 - o Permitir la presencia de familiares en la asistencia y el acompañamiento y contar con objetos familiares cerca.
 - o Evitar sobre-estimulación y utilizar auxiliares visuales o auditivos cuando los requiera.
 - o No juntar nunca dos pacientes delirantes en la misma habitación,
 - o Procurar una nutrición, uresis y evacuaciones adecuadas.
- Medidas farmacológicas:
 - o Agitación/ Alucinaciones: Tratamiento neuroléptico. Una vez que los síntomas están controlados, se puede intentar reducir la dosis a la mínima efectiva, tan rápido como la situación lo permita.
 - Haloperidol
 - Olanzapina,
 - Risperidona.
 - Levomepromazina
 - o En caso de agitación extrema se pueden agregar benzodiazepinas, aunque en algunos pacientes tiene un efecto paradójico.
- Cuando la situación se vuelve incontrolable pese a haber aplicado todas las medidas anteriores, se deberá iniciar una infusión continua de midazolam (Ver sedación terminal).

Consideraciones Especiales

5.0 Sedación al final de la vida

Definición.

Se entiende por "sedación en el enfermo paliativo en fase terminal" a la administración intencionada de medicamentos (en las dosis y combinaciones) con el fin de reducir la consciencia superficial o profundamente, de forma transitoria o permanente con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas, con el consentimiento implícito, explícito o delegado del paciente.

Esta acción ocurre ante síntomas refractarios a la terapéutica convencional o una urgencia paliativa que requiere alivio inmediato de un síntoma que genera distrés psicológico. Para ello es indispensable el consentimiento (explícito, implícito o delegado) del enfermo.

La sedación terminal tiene como finalidad disminuir su nivel de consciencia y no acortar la vida del enfermo. Sin embargo se debe tener presente el "principio del doble efecto" y considerarlo para la toma de decisiones.

Principios Bioéticos: considerando los principios de beneficencia y no maleficencia, y a la luz de los conocimientos actuales, se debe considerar que la acción de sedar, no es buena ni mala, sino necesaria en algunas circunstancias. La prioridad y la intención deben ser en función del beneficio del paciente, y de una correcta toma de decisiones. Es tan inapropiado administrar un fármaco con el fin de producir la muerte del enfermo, como no administrar el tratamiento adecuado y permitir que el paciente sufra innecesariamente.

Clasificación de la Sedación Terminal:

- Por grado de sedación: ligera-profunda
- Por duración: reversible-irreversible
- Por fármacos que la inducen: efecto primario o secundario.

Existen indicaciones clínicas claras para la aplicación de sedación paliativa, éstas son:

- Cualquier síntoma refractario que no sea controlable a pesar de haber establecido los tratamientos específicos.
- Emergencias específicas:
 - o Delirium hiperactivo refractario al tratamiento con neurolépticos (agitación terminal),
 - o Convulsiones (status epilepticus),
 - o Sofocación (disnea incontrolable con otros métodos, y obstrucción aguda e irreversible de las vías aéreas),
 - o Hemorragia masiva con compromiso vital inmediato.

Tratamiento

Agitación Severa o Delirium terminal: En esta situación, generalmente es mejor prescribir una benzodiacepina y una droga antipsicótica por infusión continua SC o IV.

- o Benzodiacepina
 - Midazolam
 - Diazepam
- o Antipsicóticos
 - Haloperidol
 - Levomepromazina

En situaciones donde las convulsiones son un riesgo, como casos de mioclonus multifocales o tumor cerebral usar benzodiacepina por infusión continua SC o IV.

- o Benzodiacepina
 - Midazolam
 - Diazepam
- o Neurolépticos
 - Levomepromazina
 - Cloropromazina

Delirium terminal que no responde a dosis altas de benzodiacepinas y antipsicóticos se aconseja prescribir un barbitúrico.

- o Barbitúrico
 - Fenobarbital

En caso de ilusiones, alucinaciones o agitación paradójica se podrán utilizar anestésicos por personal calificado.

- o Anestésicos
 - Propofol

Recomendaciones en Sedación Terminal.

Es preciso individualizar la decisión terapéutica para cada paciente. Si es posible, se deberán conocer las directrices anticipadas y respetar la decisión del paciente y su familia. Por ley se debe solicitar consentimiento informado explícito implícito o delegado que se anexará al expediente clínico. No se deben suprimir los cuidados elementales de higiene y confort ni suspender la medicación elemental para el control sintomático. Se deben omitir o suspender los tratamientos médicos que no se dirijan a producir un alivio si es predecible que no afectan de manera significativa el pronóstico del enfermo. Se debe plantear la sedación como última medida de control de síntomas.

6.0 Urgencias en medicina paliativa.

La atención del paciente terminal en situación de urgencia, requiere de conocimiento previo del avance de la enfermedad, y disponibilidad de recursos suficientes que permitan la mayor eficacia y eficiencia.

A los pacientes considerados de riesgo, se les puede dejar una vía intravenosa disponible, para las posibles emergencias (con un tapón intermitente y lavados diarios con solución salina); si no es posible se recomienda utilizar la vía subcutánea.

Los principales motivos que requieren atención hospitalaria de urgencia son:

Hemorragia masiva

En los enfermos adultos en fase terminal, una hemorragia masiva es una complicación rara.

Causas

- Hemoptisis masiva
- Hemorragia digestiva (Hematemesis, melena, rectorragia)
- Erosión arterial (secundaria a tumor)
- Causas concurrentes (discrasias sanguíneas, déficit de Vitamina K, etc.)

Tratamiento

En un paciente que está cercano a la muerte, es importante considerar una hemorragia severa como un evento terminal. Si las condiciones del paciente se estabilizan, una transfusión de sangre después de 24 a 48 horas puede valorarse.

El tratamiento dependerá de la severidad y de la fuente del sangrado; en todos los casos, se debe explicar y tranquilizar a la familia e iniciar sedación.

- Medidas generales:
 - o Se deben utilizar paños de color oscuro y no blancos, para disminuir el impacto de la sangre.
 - o No tomar signos vitales, es innecesario y es causa de mayor estrés para la familia.
 - o El paciente con hemoptisis debe permanecer en la cama y, si se conoce el origen del sangrado, conviene que esté acostado sobre este lado, para evitar el paso de sangre al otro pulmón. Si se desconoce el origen del sangrado, una posición adecuada puede ser semisentado con la cabeza hacia delante y disponer de oxígeno a demanda.
 - o En el paciente con sangrado en capa, no levantar el apósito de la herida o sitio sangrante, aplicar presión local sobre la misma para intentar limitar el sangrado.
- Medidas farmacológicas:
 - o Sedación paliativa (Ver algoritmo)

Sofocación o Disnea Terminal

La sofocación es la obstrucción o compresión de las vías respiratorias altas. Es una complicación que suele producir la muerte en forma rápida, pero asociada a un gran componente de angustia.

El estridor puede considerarse como un preludio de sofocación, y deberá tratarse con las precauciones y rapidez necesarias.

Es común en las enfermedades avanzadas y se asocia con un incremento severo de la disfagia y disartria; a veces hay accesos de sofocación mientras se come.

Causas:

- Tumores de cabeza y cuello, pulmonares, mediastínicos.
- Hemorragias intratraqueales.
- Síndrome de neurona motora.
- Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).
- Parálisis pseudobulbar (disfunción de los nervios craneales inferiores).
- La demencia y un reducido nivel de conciencia.
- Síndrome de distrés respiratorio del adulto por edema pulmonar no cardiogénico.
- Fibrosis pulmonar.
- Síndrome de vena cava superior.

Tratamiento

- Medidas generales
 - o Abrir la ventana o encender el ventilador si el enfermo dispone de él, como medidas psicológicas de ayuda.
 - o Si el paciente es portador de traqueostomía, confirmar que no exista algún tapón causante de la obstrucción, aspirando con sonda.
 - o Valorar oxigenoterapia.
- Medidas farmacológicas
 - o Morfina oral.
 - o Butilhioscina para disminuir las secreciones.
 - o Sedación terminal.

Status epilepticus

Ocurre cuando hay actividad convulsiva continua por más de 30 minutos, o cuando dos convulsiones ocurren una después de la otra, sin recuperación completa del estado de conciencia entre ellas.

Causas:

- Edema cerebral
- Tóxicas o metabólicas

Tratamiento

- Medidas generales
 - o Proteger la vía aérea del paciente
 - o Administrar oxígeno por medio de cánula nasal
 - o Enviar muestras de sangre para exámenes de laboratorio, en caso de estar hospitalizado
- Medidas farmacológicas:
 - o Barbitúricos
 - Fenobarbital. En caso de persistir el estado de convulsión. (No se debe mezclar con ninguna otra droga)
 - o Corticoesteroides, si existe la presunción que la convulsión es debida a edema cerebral.
 - Dexametasona
 - Hidrocortisona
 - Prednisona
 - o Benzodiacepinas
 - Midazolam
 - Diazepam
 - o Antiepilépticos
 - Fenitoína: diluirlo en solución fisiológica.
 - Ácido valpróico

Crisis de claudicación familiar:

Se considera como una urgencia, porque si el cuidador principal (o cuidadores, según sea el caso) no es relevado al menos temporalmente de sus obligaciones, es muy probable que el enfermo comience a recibir una atención inadecuada, que puede llegar a extremos tales como el abandono o el maltrato; y por otra parte, la propia familia puede manifestar datos de cansancio extremo o enfermedad. Es importante que los miembros del equipo estén al tanto de la situación familiar, y puedan intervenir de manera favorable si la situación lo amerita.

7. Referencias.

1. Bernard SA, Bruera E. Drug interactions in palliative care. *J. Clin Oncol* 2000; 18: 1780-1799.
2. Jacox A, Carr DB, Payne R, CB Berde, Brietbart W, Cain JM, Chapman CR, Cleeland CS, Ferrell BR, and Hester NO. Management of cancer pain. Clinical practice guideline. AHCPH Publication No. 94-0592. Ed. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and
3. Research. U.S. Department of Health and Human Services; 1994.
4. Ruiz R. Dolor crónico de origen no oncológico. *Revista Clínica Española*. 1995; 195 (monografía 1). Disponible en: www.clinicadeldolor.com/pdf/croniconooncologico.pdf.
5. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press, 1994.
6. Foley KM. Controlling cancer pain. *Hosp Pract* 2000; 35; 101-108.
7. Joranson D. Information about regulatory issues in pain management. www.medsch.wisc.edu/painpolicy June 1998.

8. Ronald KM. Pharmacological approaches to pain management. *Continuum lifelong learning in neurology*. 2005; 11: 137-154.
9. Bruera E, Schoeller T, Wenk R, et al. A prospective multicenter assessment of the Edmonton staging system for cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 1995; 10:348-355.
10. De Pinto M. Pain management. *Anesthesiol Clin North America*. 2006; 24: 19-37.
11. Zech DFJ, Grond S, Lynch J, et al. Validation of the World Health Organization guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*. 1995; 63:65-76.
12. Basbaum AI. Insights into the development of opioid tolerance. *Pain* 1995; 61: 349-52.
13. World Health Organization: *Cancer Pain Relief: with a guide to opioid availability*. WHO, Geneva 1996.
14. Burton AW. Pain medicine: palliative care section: a call for more research. *Pain Med*. 2006; 7: 317-318.
15. Legrand, SB. Palliative management of dyspnea in advanced cancer. *Oncology*. 1999; 11: 250-267.
16. Dablin C. Management of symptoms other than pain. *Anesthesiol Clin North America*. 2006; 24: 39-60.
17. Dyspnea. In *The M.D. Anderson Symptom Control and Palliative care Handbook*. Elsayem A, Driver L, Bruera E eds. The university of Texas Cancer Center. 2002. pp 73-78.
18. Elsayem A, Driver L, Bruera E. *The MD Anderson Symptom Control and Palliative Care Handbook*. 2a. Ed. Printing Services, The University of Texas-Houston Health Science Center, USA: 2002; 61-65.
19. Juan G. Palliative treatment of dyspnea with epidural methadone in advanced emphysema. *Chest*. 2005;128: 3322-3328.
20. Dudgeon D, Kristjanson L, Sloan J, et al. Dyspnea in cancer patients: prevalence and associated factors. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21:95-102.
21. Morrison C. RN. Identification and management of delirium in the critically ill patient with cancer. *Clin Issues*. 2003; 14: 92-111.
22. Yennuraj A AM. Pain and terminal delirium research in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2005; 21: 93-119.
23. Kaplan NM MD. Etiology and management of delirium. *Medical Sciences*. 2003; 325: 20-30.
24. Lui, Chia-YiH. Efficacy of risperidone in treating the hyperactive symptoms of delirium. *Intern Clin Psychopharmacology*. 2004; 19: 165-168.
25. Bruera E., Palmer SF., Effect of fish oil on appetite and other symptoms in patients with advanced cancer and anorexia/caquexia: a double-blind, placebo controlled study. *J. Clin Oncol*. 2003; 21: 129-134.
26. Mellar D, Walsh D, et al, Appetite and cancer-associated anorexia: a review. *J. Clin Oncol*. 2004; 22: 1510-1517.
27. Sutton LM, Wahnefried WD, et al. Management of terminal cancer in elderly patients. *The Lancet Oncology*. 2003; 4: 1234-1252.
28. Cancer pain. *NCCN Practice Guidelines in Oncology*, v. 1.2001. Available from. http://www.nccn.org/physician_gls/index.html. Accessed August 2003.
29. Twycross R, Wilcock A. Alimentary symptoms. In: *Symptom management in Advanced Cancer*. Twycross R, Wilcock A eds. Radcliff Medical Press Oxon 2001:140-179.
30. Vara HF, Centeno CC, García OE et al. *Protocolos en Medicina Paliativa*. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social. *Delirium* 2002; 51-55.
31. Herrera E, Bruera E. Nuevos fármacos potencialmente útiles para el tratamiento de la caquexia en cuidados paliativos. *Medicina Paliativa* 2001; 144: 58.

32. Nelson K. The cancer anorexia-cachexia syndrome. *J. Clin Oncol* 1994; 12: 213-225.
33. Barber M. Current controversies in cancer. Should cancer with incurable disease receive parenteral or enteral nutritional support? *Eur J. Cancer* 34: 279-285.
34. Núñez-Olarte JM, Gracia Guillén D. Cultural issues and ethical dilemmas in Palliative and End-of-life Care in Spain. *Cancer Control* 2001; 8: 1-9.
35. Porta Sales J. Sedación terminal: revisión de la literatura clínica. IV Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos y II de Navarra, Pamplona, España. *Med Pal (Madrid)* 2000; 8: 1-3.
36. Morita T. Proposed definitions for terminal sedation (Correspondence). *The Lancet*, Jul 28, 2001; 358: 335-336.
37. Faisinger RL, De Moissac D, Mancini I et al. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *J. Palliat Care* 2000; 16: 5-10.
38. Rubiales AS, Olalla MA, Hernansanz S, et al. Decisiones clínicas sobre el mantenimiento de medidas de soporte y sedación en el cáncer terminal. *Med Pal (Madrid)* 1999; 6: 92-98.
39. Randall F, R Downie. Process of clinical decision making. En: *Palliative Care Ethics: A companion for all specialties* (2a. Ed.) Ed. Oxford University Press 1999; 103-127.
40. Porta Sales J. Sedation and terminal care. *Eur J. Palliat Care* 2001; 8: 97-100.
41. Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. En: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford UK: Oxford University Press 1999.
42. Oñate OL. Hemorragia y perforación gastrointestinales. En: *Manual de Oncología del Instituto Nacional de Cancerología*. Herrera GA (Ed). McGraw-Hill Interamericana, México D. F. 1999; 137-142.
43. Twycross R, Wilcock A. *Symptom Management in Advanced Cancer*. 3a. Ed. Radcliff Medical Press. 2001; 361-63.
44. Fonseca LJ. Obstrucción de vías respiratorias. *Manual de Oncología del Instituto Nacional de Cancerología*. Herrera GA (Ed). McGraw-Hill Interamericana, México D.F. 1999: 131-136.
45. American Pain Society. *Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and chronic cancer pain: a guide to medical practice*. Skoke. IL, American Pain Society. 1986.
46. Bonica JJ, Buckley F.P, Neurolytic blockade and hypophysectomy. En: Bonica JJ. *The management of pain*, 2nd ed. vol. 1 1990:1980-2039.
47. Bromage PR, Camporesi EM. Rostral spread of epidural morphine. *Anesthesiology* 1982;56:431-6.
48. Bruera E, Schoeller T, MonteJo G. Organic hallucinosis in patients receiving high doses of opiates for cancer pain. *Pain* 1992; 48:397-9.
49. Cousins MJ. The spinal route of analgesia. *Acta Anaesthesiol Belg* 1988; 39(suppl2):71-82.
50. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer* 1982; 50:1913-8.
51. Du Pen SL. Chronic epidural morphine and preservative induced injury. *Anesthesiology* 1987; 67:987-8.
52. Foley K. The treatment of cancer pain. *N Engl J. Med* 1984, 313:84-95.
53. Health & Welfare Canada. *Cancer Pain. A monograph on the management of cancer pain*. Minister of Supply & Services, Canada H 42-2/5-1984E.
54. Foley K, Inturrisi C. Analgesic drug therapy in cancer pain: principles and practice. *Med Clin of North Am* 198 7; 71:207-32.
55. Foley K. Changing concepts of tolerance to spreads: what the cancer patients has taught us. En: Chapman CR, *Current and emerging issues in cancer pain: research and practice*. New York, Raven Press 1993:331-50.

56. Cancer Pain Relief. World Health Organization, Geneva, 1986.
57. Hargreaves KM Joris JL, The peripheral analgesic effects of spreads: APS Journal 1993; 2:51-9.
58. Kaiko RF, Foley K., Central nervous system excitatory effects of meperidine in cancer patients. Ann Neurol 1983; 13:180-5.
59. Portenoy RK Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. Pain 1990; 41:273-81.
60. Stain C. Peripheral mechanisms of opioid analgesia. Anesth analg 1993;76:182

CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

4.1 Aspectos generales

La bioética integra diversas disciplinas y áreas del conocimiento con el fin de dar respuesta a los múltiples dilemas generados por las nuevas oportunidades que ofrecen la tecnología y la ciencia, así como anticipar y acotar sus posibles repercusiones para las diferentes formas de vida y el entorno.

Uno de los temas sobre los que más se realizan consideraciones desde la perspectiva bioética es la atención de la salud y los dilemas que ésta plantea, que son particularmente difíciles cuando se trata del dolor, el sufrimiento y el final de la vida.

La bioética hace hincapié en la necesidad de que las personas que se encuentran en estas circunstancias reciban alivio a su sufrimiento como un imperativo moral, así como que el proceso de acompañamiento de los pacientes se realice bajo la premisa de un diálogo abierto y respetuoso, considerando en todo momento sus necesidades, preferencias y su plan de vida.

El significado del dolor, otra sintomatología y la muerte son entendidos por cada cultura, sociedad y persona de manera diferente, lo cual genera que el abordaje de estos procesos sea complejo.

Esto hace necesario el entendimiento integral de cada persona y su entorno, de tal manera que quienes se enfrentan al dolor o la muerte deben ser tratados desde un punto de vista multidimensional que incluya no sólo los aspectos físicos, sino sus necesidades psicológicas, sociales y espirituales; es decir, tener presente entre otras la diversidad cultural, étnica, educativa y religiosa.

En ese sentido, los profesionales de la salud, mediante un trato humano fundamentado en la responsabilidad profesional y el respeto, deben buscar el mayor bienestar del paciente y lograr un adecuado balance entre el respeto al ejercicio de su autonomía, la consideración a su dignidad y la observancia de la práctica médica, toda vez que estas personas se encuentran en una situación compleja —que en algunos casos implica el proceso de enfrentar la muerte—debido a la dificultad que implica el control de los síntomas de las enfermedades crónicas, debilitantes e incurables que hacen de las personas, individuos vulnerables.

Debe señalarse la importancia que tiene la dimensión social del paciente, el impacto que tiene la enfermedad tanto para su familia como para la sociedad, ya que la persona forma parte de un todo que también requiere ser considerado.

4.2 Aspectos bioéticos a considerar

Lo anterior requiere tomar en cuenta un conjunto de aspectos bioéticos que de manera sensible y humanista ayuden a los profesionales de la salud a brindar una atención de calidad que procure el mayor bienestar de las personas.

A continuación se presentan, de manera enunciativa, las consideraciones bioéticas que deben tomarse en cuenta en la atención de pacientes que se enfrentan a procesos de dolor o a enfermedades en fase terminal.

4.2.1 Veracidad

En el ámbito de los cuidados paliativos, la comunicación requiere ser respetuosa, clara y adecuada a la persona y su situación, la información proporcionada debe brindarse con sensibilidad.

Todos los esfuerzos por lograr una comunicación efectiva son relevantes al convertirse en un instrumento para proporcionar una mejor atención a los pacientes, mediante un diálogo abierto y honesto, indispensable para brindarles la oportunidad —como se dijo anteriormente— de planear aspectos de su atención acorde con sus necesidades, preferencias y perspectivas de vida.

La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales. Comunicar la verdad al paciente y a sus familiares es benéfico, pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones que permite superar deficiencias en la comunicación entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares.

En ese sentido, los profesionales de la salud deben transmitir de manera prudente lo esencial y conveniente, tomando en cuenta la situación y características particulares del paciente, su familia y su entorno.

Es conveniente que los profesionales de la salud comuniquen la información en un ambiente propicio y guardando la privacidad y confidencialidad de los datos de salud. Además, deben procurar ser empáticos con los pacientes y quienes conforman su entorno (Véase Anexo).

El paternalismo puede llevar al personal de salud a ocultar la verdad al paciente, ya sea por petición expresa de la familia, porque teme hacerle un daño mayor al exponer el diagnóstico o bien porque el personal de salud no se encuentra preparado para enfrentar la situación. Por ello, es importante atender al fenómeno conocido como "*pacto del silencio*"¹ que, además de representar nuevas fuentes de sufrimiento para el paciente, puede suponer una grave injusticia tanto para él como para su familia.

Existe evidencia de que los pacientes en fase terminal temen a lo desconocido y sufren menos física y psicológicamente cuando se les proporciona la información que ellos solicitan. Incluso, cuando por cuestiones culturales la familia no desee proporcionarla, la mayoría de los pacientes saben o intuyen su diagnóstico y pronóstico, aun si no han sido informados de manera explícita. El médico perderá la confianza de su paciente si no habla de manera honesta.

Lo anterior no excluye la necesidad de analizar casos específicos en los cuales el manejo de la información requiere de un tratamiento especial, incluidos aquellos en los cuales debe estudiarse cuidadosamente la manera más adecuada de proporcionarla o solicitar apoyo especializado. En todo caso estas situaciones deberán ser excepcionales.

4.2.2 Respeto de la autonomía

Toda persona debe ser considerada en la toma de decisiones respecto a la atención de su salud con la finalidad de respetar su perspectiva de vida. Para que ello pueda cumplirse es necesario que el paciente, en los casos que así lo decida, cuente con los elementos que le permitan comprender el diagnóstico — que no sólo alude al origen de la patología, sino al grado de su avance o evolución— el pronóstico y las opciones de tratamiento con el objeto de que pueda tomar una decisión libre e informada.

Lo anterior se garantiza a través del proceso conocido como consentimiento informado. Éste, en un sentido amplio, se refiere a aquellas acciones que promueven un proceso de comunicación y diálogo que le facilita a una persona tomar decisiones respecto de una acción, práctica o producto que repercute en su cuerpo, en su intimidad o en otros espacios vitales.

Particularmente en lo que se refiere al tratamiento de pacientes que sufren dolor y otros síntomas, o se enfrentan a la muerte, en el proceso del consentimiento informado los profesionales de la salud deben considerar el sufrimiento y la situación de vulnerabilidad que enfrentan estos pacientes con el objetivo de procurar su mayor bienestar. Además, deben brindar la información referente a la gravedad de su enfermedad, la dificultad para controlar los síntomas, los objetivos del tratamiento que se propone, así como su pronóstico.

Los profesionales de la salud deberán considerar la existencia y respetar lo establecido en las directrices previas que los pacientes mayores de edad y en pleno uso de sus facultades mentales hayan expresado para el caso de padecer alguna enfermedad o encontrarse en fase terminal. Lo anterior, con apego a la normatividad federal y, en su caso, la legislación aplicable en cada entidad federativa.

¹ El pacto de silencio se define como un acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de familiares, amigos y/o profesionales sanitarios, con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación. Los familiares justifican su actitud en lo que ellos perciben como la necesidad de proteger al paciente, "que ya está suficientemente herido con su enfermedad" y al que no cabe aumentar su sufrimiento con la información. "Nosotros le conocemos muy bien y sabemos que no lo podría soportar". Es una argumentación con aparente lógica interna. Cfr. Antequera, J.M. et al. Guías de Ética en la Práctica Médica. Ética en Cuidados Paliativos. Fundación de Ciencias de la Salud. 2006. Madrid. Revisado el 8 de junio de 2014. pp. 75 y 76.
Disponibles en: http://www.fcs.es/docs/publicaciones/Guia_etica_cuidados_paliativos.pdf.

El personal de salud requiere una sensibilidad adicional en el proceso del consentimiento informado cuando la atención de salud se brinda a pacientes que no cuentan con capacidad legal para otorgar su consentimiento, es decir, cuando la atención involucra a personas de la menor edad y a personas que no gozan de salud mental.

Si bien es cierto que estas personas no pueden participar legalmente en el proceso del consentimiento, también lo es que deben ser escuchadas y consideradas en la toma de decisiones. En ese sentido, en la medida de lo posible, se les deberá brindar la información necesaria y adecuada de conformidad con sus circunstancias particulares.

En consecuencia, cuando la capacidad mental, su grado de madurez y su estado de salud lo permitan, deberá obtenerse —además del consentimiento de los representantes legales— el asentimiento de los pacientes como una forma ética de considerarlos para la toma de decisiones sobre su atención.

4.2.3 Beneficencia

Consiste en anteponer sobre todo criterio el beneficiar. Implica que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen sean los más seguros y efectivos al momento de su aplicación; de tal suerte que generen un beneficio en el paciente, considerando que el beneficio sea mayor que los riesgos que dichos procedimientos representan.

Al respecto cabe señalar que quien determina qué acción es benéfica es la persona que la recibe y no la persona que la realiza, es decir, los profesionales de la salud tienen el deber de respetar las decisiones tomadas por el paciente sin imponer su punto de vista.

En lo relativo a los cuidados paliativos, pueden considerarse acciones que generen beneficios: el alivio del dolor, el control de síntomas, disminuir el sufrimiento físico, psíquico, espiritual y social; la comunicación efectiva y el apoyo al paciente y sus familiares; entre otras medidas.

Cabe destacar que los cuidados paliativos deben proporcionarse tanto a pacientes en fase terminal como a personas que requieren alivio del dolor y a quienes sufren de una enfermedad sintomática limitante para la vida, enfatizando que los tratamientos para el alivio del dolor no excluyen los cuidados curativos.

Para cumplir lo anterior se requiere que el personal de salud se conduzca con honestidad y profesionalismo, que cuente con una sólida formación ética, para evitar someter al paciente a tratamientos innecesarios, explicando de manera suficiente y adecuada cuando alguna propuesta terapéutica ya no sea oportuna o se contraponga al esquema terapéutico pensado como el indicado en una situación determinada. Esto implica ponderar la utilidad del tratamiento y evitar su futilidad.

4.2.4 No maleficencia

Considera minimizar el daño o no dañar al paciente. En ese sentido, ninguna de las acciones o palabras de los profesionales de la salud deben dañar física, psicológica o socialmente al paciente. Al respecto, cabe señalar que engañar al paciente puede dañarlo. En cada intervención debe ponderarse los riesgos y los beneficios para el paciente y evitar, como fue expresado antes, tratamientos fútiles.

4.2.5 Proporcionalidad Terapéutica

Deberán aplicarse aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible, absteniéndose de aquellas intervenciones inefectivas y/o desproporcionadas que no cumplan con las expectativas del paciente. Dichas intervenciones son también conocidas como obstinación terapéutica, las cuales deberán evitarse.

La proporcionalidad terapéutica incluye la evaluación de los costos involucrados, entendiéndose por costos no sólo los gastos económicos, sino también todas aquellas cargas físicas, psicológicas, morales y/o espirituales que la realización de una determinada medida pueda comportar para el paciente, para su familia y para el equipo de salud. Al respecto cabe señalar que la opinión del paciente es prioritaria.

4.2.6 Doble efecto

El doble efecto significa hacer algo con buena intención, pero que pueda tener una consecuencia indeseable o perjudicial —ya sea que se trate de la transmisión o no de la situación diagnóstica o bien del tratamiento y sus efectos secundarios. Es decir, este principio se refiere al mal menor en el que la intención del acto es fundamental.

Las condiciones que deberían darse para que un acto que tiene dos efectos –deseado y no deseado– sea adecuado son:

- Que la acción sea en sí misma benéfica o, al menos, que los efectos secundarios no sean medicamente relevantes;
- Que el efecto dañino previsible no sea intencionalmente buscado, sino inevitablemente tolerado;
- Que el efecto pretendido sea mayor al eventual daño producido.

4.2.7 No abandono

Éticamente es inaceptable abandonar a un paciente que ha rechazado las terapias propuestas –aun cuando el personal de salud considere que esa decisión es inadecuada–, o abandonar a aquellos para los cuales no existan opciones de tratamiento curativo al momento.

En caso de que el paciente rechace el tratamiento propuesto, tiene derecho a decidir y recibir una segunda opinión o bien ser canalizado al área de soporte sintomático.

Es recomendable fomentar en los servicios de salud la creación de equipos de atención domiciliaria para el seguimiento de pacientes que requieran los servicios de cuidados paliativos.

4.2.8 Cuidado especial de quienes participan como sujetos de investigación

La propuesta a los pacientes para formar parte de un protocolo de investigación debe considerar su alto grado de vulnerabilidad, sensibilidad en la realización del proceso del consentimiento informado y un cuidado especial para la valoración de los riesgos y beneficios. El investigador, deberá asegurarse que el paciente comprenda toda la información relativa a la investigación, en especial al hecho de que su participación no afecta la atención médica que recibirá y en especial la relativa a los riesgos y beneficios que su participación le implican.

Ningún paciente debe ser obligado o indebidamente influenciado mediante incentivos o amenazas a participar como sujeto de investigación. El acceso a la atención médica que se brinde no deberá condicionarse a su participación en ningún protocolo de investigación.

Cuando el paciente decida participar en un proyecto de investigación, se deberán cuidar los aspectos éticos que garanticen su protección y un adecuado proceso de información que le permita conocer y comprender los riesgos y beneficios de su participación.

Los pacientes que participen en investigación tendrán siempre el derecho de retirarse de la investigación en el momento que así lo deseen, sin que ello tenga consecuencias negativas en la atención que reciben por parte del personal de salud.

4.2.9 Acceso a los servicios e insumos para el alivio del dolor y cuidados paliativos

El acceso a tratamientos para el alivio del dolor, el control sintomático y los cuidados paliativos son un imperativo ético y forman parte de la garantía al derecho humano de la protección de la salud. Debido a ello, las instituciones deben procurar que todas las personas que lo requieran tengan acceso a estos servicios.

La asignación de recursos en la materia, debe encaminarse a procurar el bienestar y la calidad de la atención de todas las personas que sufren dolor o que enfrentan un proceso de deterioro hacia la muerte.

Las políticas generadas para la ampliación de la cobertura de los establecimientos que brinden soporte sintomático y cuidados paliativos deben estar basadas en criterios de humanismo y considerar el contexto social, cultural y económico de la población a la que se dirigen. En ese sentido, derivado de las crecientes tendencias del aumento de la población de personas en edad avanzada, resulta necesaria la construcción de políticas acordes con la atención de este grupo.

4.3 Participación de los comités hospitalarios de bioética (CHB)

Las situaciones que enfrentan los profesionales de la salud, el paciente y su familia, frente al dolor o el final de la vida pueden ser de difícil abordaje; no obstante, existe la posibilidad de acudir a los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) como una herramienta institucional que procura el diálogo y la toma de decisiones cuando se está ante situaciones que generan un dilema bioético.²

Los CHB se conforman como órganos institucionales, autónomos, interdisciplinarios, plurales y de carácter consultivo. Son grupos que emiten recomendaciones en apoyo para la toma de decisiones cuando surgen dilemas bioéticos durante el proceso de atención médica y docencia en el área de la salud.

Los CHB son un espacio para la deliberación que a través de recomendaciones orientan la actuación de las personas involucradas para la toma de decisiones informada y fundamentada.

Estos comités deben ser constituidos en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud a que se refieren los artículos 69 y 70 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Los criterios para su integración y funcionamiento son emitidos por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Bioética.³

La labor de los CHB en relación con la atención que se brinda para aliviar el dolor o enfrentar la muerte de un paciente se enmarca dentro de las funciones generales de estos cuerpos colegiados, y tiene por objeto:

1. Asesorar al personal de salud, el paciente y sus familiares respecto de los dilemas que se presentan en la atención de personas que sufren dolor o han sido diagnosticadas en fase terminal. Esta asesoría se realiza desde una perspectiva laica y científica.
2. Analizar, deliberar y proponer los aspectos bioéticos que no deban soslayarse para ser tomados en cuenta al formular el plan de cuidados paliativos integral. A solicitud expresa del médico tratante, el paciente o sus familiares, en aquellos casos que sean difíciles o complicados por la naturaleza de la enfermedad terminal, o las circunstancias en que ésta se desarrolle, el CHB debe intervenir y expresar sus recomendaciones.
3. Proponer políticas y protocolos de análisis y tratamiento de los dilemas bioéticos que pudieran surgir, para el buen funcionamiento de los equipos que se encuentren a cargo de la atención de pacientes que sufren dolor o que han sido diagnosticados con alguna enfermedad terminal.
4. Contribuir a la prevención de conflictos de interés que puedan surgir en la atención médica, a través de procedimientos orientadores, considerando el contexto social, económico y cultural de todos los participantes en la prestación de servicios de salud.
5. Servir de foro para la reflexión de los casos cuyos dilemas bioéticos se presentan en los establecimientos de salud y en los ámbitos educativos locales que se relacionan con las materias reguladas en el presente Acuerdo.
6. Contribuir a la sensibilización de la sociedad en el debate de los dilemas bioéticos que se generan en la atención de las personas que sufren dolor o han sido diagnosticadas en fase terminal.

Para el análisis de los casos que generan dilemas de carácter bioético, los CHB pueden ser convocados por los profesionales de la salud, el paciente y/o sus familiares. Las recomendaciones que emite no tendrán carácter obligatorio, por lo que la toma de decisiones debe realizarse por la persona facultada para tal efecto.

No son funciones de los CHB:

1. Avalar los diagnósticos de enfermedad terminal.
2. Tomar decisiones respecto del inicio, cambio o suspensión de tratamientos para pacientes que sufren dolor o que fueron diagnosticados en fase terminal.

² Por dilema bioético deberá entenderse el conflicto que surge cuando hay dos o más valores y principios bioéticos, que se presentan en la práctica clínica, atención médica, docencia que se imparte en el área de salud y cualquier otro campo relacionado con la vida de las personas. (Cfr. Fracción IV de la disposición Segunda, del ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012).

³ Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012. Complementando al Acuerdo, se encuentra la Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. Cuarta edición 2013, disponible en <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/colecciones/memorias.html>

3. Avalar los documentos en los que consten las directrices anticipadas⁴ de los pacientes que presentan dolor o que han sido diagnosticados en fase terminal.
4. Analizar situaciones relacionadas con mala práctica o la comisión de algún delito.
5. Analizar casos relacionados con la falta de ética profesional y conflictos laborales y/o personales.

4.4 Fundamentos normativos

- Ley General de Salud.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética.
- Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. Cuarta edición 2013, disponible en <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/colecciones/memorias.html>

4.5 Referencias

1. Azulay, T. A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? An. Med. Interna (Madrid) Vol. 18, No. 12, pp. 650-654, 2001. Revisado el 8 de julio de 2014. <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n12/humanidad.pdf>
2. Antequera, J.M. et al. Guías de Ética en la Práctica Médica. Ética en Cuidados Paliativos. Fundación de Ciencias de la Salud. 2006. Madrid. Revisado el 8 de junio de 2014. http://www.fcs.es/docs/publicaciones/Guia_etica_cuidados_paliativos.pdf.
3. Bronnert, R. Discussing and planning care for people approaching the end of their life. Clinical Medicine, 2014. Vol. 14, No. 3: 296-9.
4. Santillán-Doherty, P. Cabral-Castañeda, A. Soto-Ramírez, L. El Consentimiento Informado en la práctica clínica y en la investigación médica. Revista de Investigación Clínica. Vol. 55 No. 3. Mayo-Junio 2003, pp. 322-328.
5. Taboada, R. P. El derecho a morir con dignidad. Acta Bioethica 2000; año VI, nº 1 pp. 91-101 Consultado el 7 de julio de 2014: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n1/art07.pdf>
6. Verástegui, A. E., Allende, P. S. Aspectos éticos en pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos. Gaceta Mexicana de Oncología. 2013; 12(4):250-255.
7. Plancarte, R. et. alt, Aspectos bioéticos en cuidados paliativos y dolor. Artículo en Revisión para su publicación, consultado con el consentimiento de los autores.

CAPÍTULO 5. MARCO REGULATORIO.

5.1 Líneas de acción

La Secretaría de Salud a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios dará a conocer las reglas generales para el uso de libros de control electrónicos para los medicamentos a que se refiere el artículo 226, grupos I, II y III de la Ley General de Salud; así como las reglas generales para el uso de recetas especiales electrónicas para los medicamentos a que se refiere el artículo 226, fracción I de la Ley General de Salud y que su prescripción se realice con la denominación genérica e incluya opciones de prescripción de acuerdo a diversas presentaciones. Estas reglas deberán establecer medidas para agilizar la disponibilidad de los medicamentos antes referidos.

⁴ Por directrices anticipadas deberá entenderse el documento a que se refiere el artículo 166 Bis 4 de la Ley General de Salud que establece a la letra lo siguiente:

Artículo 166 Bis 4. Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

5.2. Medicamentos Esenciales para el dolor recomendados por la OMS y que se encuentran en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud.

Medicamentos Esenciales		
Medicamento	OMS Presentación	CByCMSS Presentación
Ácido acetilsalicílico	Supositorio: 50mg a 150mg Tableta: 100mg a 500mg	- Tableta: 500mg Tableta soluble o efervescente: 300mg.
Ibuprofeno	Solución: 200mg/5ml Tableta: 200mg; 400mg; 600mg.	Suspensión oral: 40mg y 2 gr. Tableta o cápsula: 200, 400, 600mg.
Paracetamol	Solución oral: 125mg/5ml Tableta: 100mg a 500mg	Solución oral: 100mg Tableta: 500mg Supositorio: 100 y 300mg Solución inyectable: 500mg y 1gr.
Codeína	Tabletas 30mg (fosfato)	-
Morfina	Gránulos (liberación lenta, para mezclar con agua): 20mg a 200mg (sulfato de morfina). Solución Inyectable: 10mg (clorhidrato de morfina o sulfato de morfina) ampula de 1ml Solución inyectable: 10mg (clorhidrato de morfina o sulfato de morfina) ampula de 5ml. Tabletas (liberación inmediata): 10mg (sulfato de morfina). Tableta (liberación lenta): 10mg a 200mg (clorhidrato de morfina o sulfato de morfina)	Solución inyectable sulfato de morfina pentahidratada: 2.5mg envase con 5 ampolletas con 2.5ml. Sulfato de morfina Pentahidratada 50mg envase con 1 ampolleta con 2ml. Solución inyectable con sulfato de morfina: 10mg envase con 5 ampolletas. Tableta o cápsula de liberación prolongada con sulfato de morfina: 60mg y 100mg Tableta con sulfato de morfina pentahidratado: 30mg

Fuente: Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud. Edición 2013.

- Medicamento no disponible en CByCMSS.

Ver Anexo del capítulo 5.- Lista de medicamentos para el dolor que se encuentran en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud. Edición 2013.

CAPÍTULO 6. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

6.1 Introducción

La educación es uno de los pilares más importantes dentro de la prestación de los servicios en cuidados paliativos y en ella se transmiten los valores, principios, actitudes, gustos, sentimientos que dan la personalidad y filosofía del cuidado paliativo.

Los pacientes paliativos son la población blanco más desprotegida y vulnerable del sistema de salud, obligando a los profesionales de la salud a cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales con toda la capacidad requerida. La atención de estos casos no es para personas improvisadas que puedan violar o pasar por alto los derechos humanos al acceso a los cuidados paliativos decretado por la ONU y la OMS. Es así que la educación es una estrategia fundamental para asegurar el derecho de los pacientes a recibir una asistencia paliativa de calidad.

6.2 Avales educativos

Se considerarán avales educativos para la formación de profesionales en cuidados paliativos y manejo del dolor a las siguientes instituciones:

- Universidades Nacionales: Existen diferentes universidades que cuentan con programas de pre y posgrado en cuidados paliativos como ejemplo están la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG), Universidad de Guadalajara (UDG), Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Universidad Autónoma de Oaxaca (UABJO), Universidad Estatal de Sonora (UES) y el Instituto Politécnico Nacional (IPN) y otras interesadas en el tema.
- Instituciones y Hospitales Nacionales del Sector Salud como el Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición Salvador Zubirán, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Hospital General de México y otras instituciones como ISSSTE, IMSS, Fuerzas Armadas, Naval, PEMEX y otras.
- Academias como la de Medicina, Cirugía, Bioética
- Consejos Nacionales como el de Anestesiología, Medicina Interna y Oncología
- Asociaciones y sociedades médicas como la Asociación Mexicana para estudio y tratamiento del dolor (AMETD), Asociación Mexicana de Cuidados Paliativos (AMECUP), Asociación Mexicana de Cuidados Paliativos y Algólogos A.C (AMECPA), Colegio Mexicano de Cuidados Paliativos A.C

Será de carácter obligatorio contar con aval educativo para el desarrollo de cursos de postgrado de cuidados paliativos y manejo del dolor; Diplomados, Cursos de alta especialidad, Maestrías y Doctorados para los profesionales de la salud de la medicina, enfermería, trabajo social, psicología, nutrición, rehabilitadores, inhala-terapeutas y otras disciplinas afines y para los no profesionales de la salud como cuidadores y voluntarios.

La educación continua podrá ser presencial o a distancia en las plataformas virtuales avaladas por las universidades como la UNAM y otras.

La promoción en las Facultades de Medicina y Hospitales de Alta Especialidad de cursos, talleres, foros, simposios, impartidos por profesionales en cuidados paliativos estará disponible para los profesionales interesados en la capacitación y educación continua.

6.3 Cuidados paliativos en el pregrado

Las universidades y facultades de medicina, enfermería, psicología, trabajo social y disciplinas afines deben incorporar la materia de cuidados paliativos, control sintomático y manejo del dolor en el currículo de pregrado como materia formal u optativa según plan de estudios de la Escuela Superior.

Todos los profesionales de la salud cuando finalizan su formación universitaria deberán haber recibido docencia básica obligatoria en Cuidados Paliativos.

La formación incluirá los siguientes contenidos temáticos:

- Definición, principios, filosofía, organización y modelos de atención de los cuidados paliativos.
- Control y manejo del dolor y otros síntomas físicos y neuropsicológicos.
- Atención psicológica.
- Atención espiritual.
- Atención y manejo del duelo.
- Comunicación de las malas noticias.
- Concepto de sufrimiento en la fase terminal.
- Aspectos bioética y legales.
- Conocimiento de fase terminal y muerte digna.
- Continuidad y seguimiento en domicilio.
- Prevención del desgaste de los equipos de cuidados paliativos.

Profesorado: idealmente estos contenidos deberían impartirlos docentes con experiencia clínica en las materias a tratar.

Grado: parece conveniente que esta materia se realice durante los últimos años de formación para tener la madurez del alumno.

Método docente: por el contenido a tratar se recomienda una docencia interactiva, mediante supuestos prácticos y casos clínicos. La materia será teórico-práctica.

Prácticas: es recomendable que el alumno tenga un contacto directo con enfermos y familias atendidos dentro de programas específicos de cuidados paliativos.

Duración: se estima una duración mínima deseable de un crédito docente teórico y un crédito docente práctico.

6.4 Cuidados paliativos de posgrado

Los programas de entrenamiento de posgrado en cuidados paliativos deben incluir los temas siguientes:

- Habilidades de valoración y consulta en el contexto de la enfermedad avanzada o terminal que incluyan conocimiento sobre historia natural de diversas enfermedades, síntomas, pronóstico, opciones terapéuticas y papel del equipo multidisciplinario.
- Valoración de los problemas de los pacientes al final de la vida, incluyendo sufrimiento global; papel del control sintomático mediante medicación u otros procedimientos no farmacológicos o técnicas especializadas (cirugía, radioterapia, anestesia, rehabilitación, psiquiatría, etc.) y el control de las situaciones de urgencia habituales en la fase avanzada de la enfermedad.
- La farmacología de las medicaciones utilizadas habitualmente en el control sintomático de la enfermedad terminal.
- Instrumentos de valoración del paciente/familia y métodos de evaluación de resultados.
- Los principios de comunicación en la relación con el paciente/familia y dentro del trabajo en equipo.
- Comprensión del proceso de duelo y necesidad de intervenciones específicas; el impacto de la enfermedad sobre la propia imagen, los problemas psicológicos del paciente y la familia.
- Conocimiento de las posibilidades y limitaciones de los recursos disponibles para la atención del paciente.
- Conocimiento de los aspectos relacionados con la gestión de programas específicos de cuidados paliativos y promoción del trabajo en equipo.
- Conocimientos de ética clínica, principios y práctica de la investigación clínica, capacidad de evaluar críticamente la literatura y capacidad de realizar un trabajo de investigación en temas relacionados con el área de conocimiento de la medicina paliativa.
- Capacidad de colaborar en la formación de las personas interesadas en el cuidado terminal.

La duración del período de formación será equivalente a la establecida en créditos docentes en los títulos propios de postgrado de mayor rango en la universidad. Entre 40-50 créditos docentes o 2 años lectivos.

Formación práctica: el programa docente de un curso avanzado debe asegurar que los alumnos acrediten una estancia mínima de 2 o 3 meses en programas asistenciales con experiencia en cuidados paliativos.

Los especialistas con contacto habitual con pacientes en situación terminal podrían adquirir esta formación avanzada mediante una estancia superior a 6 meses en programas asistenciales de cuidados paliativos, sin ser imprescindible la asistencia formal a un curso avanzado. Durante ese tiempo deben incorporarse de forma estructurada los contenidos teóricos para poder alcanzar todos los objetivos propuestos.

6.5 Niveles de educación en cuidados paliativos:

Para establecer las competencias profesionales de los profesionales de salud que se integrarán en los equipos de atención médica, de enfermería, trabajo social y psicología en los tres niveles de atención en salud este documento identifica y propone tres niveles de educación en Cuidados Paliativos (CP):

6.5.1 Nivel de Educación Básica en CP: Los profesionales de la salud que cuentan con formación básica en cuidados paliativos profesionales médicos, enfermería, trabajo social y psicología con contacto esporádico con pacientes en fase terminal. Todos los profesionales de la salud deben tener dentro de sus currículos de pregrado los conocimientos básicos la visión integral del paciente paliativo, inclusión de la familia a los cuidados, control de síntomas y comunicación. El objetivo es mejorar las actitudes ante la problemática del enfermo en situación terminal y su familia. Se debe cumplir con los siguientes documentos probatorios para desempeñarse dentro de un equipo de atención paliativa en el primer nivel de atención médica y presentar los siguientes requisitos documentados:

- Cursos teóricos en formación de pregrado de 30 a 40 horas.
- Cursos teóricos en formación de posgrado igual o mayor a 40 horas.
- Cursos teóricos presenciales o a distancia, sin experiencia práctica que tengan un mínimo de 24 horas.
- Cursos Teórico-Práctico con duración mayor de 24 horas.
- Pasantías, visitas o rotaciones en Centros, Unidades o Servicios de Cuidados Paliativos de tercer nivel de atención mayores con igual o mayor a 24 horas.

Educación médica continua se realizará mediante la asistencia a cursos, simposios, talleres, congresos, conferencias o pasantías sobre cuidados paliativos al menos una vez al año para garantizar la actualización en el campo. Se deberá avalar con carta de asistencia probatoria curricular.

La mayor parte del profesorado tendrá experiencia asistencial o formación específica en programas de cuidados paliativos. La formación debe ser multidisciplinaria.

6.5.2 Nivel de Educación media en CP: Dirigido a profesionales que tienen contacto frecuente con enfermos terminales en cualquiera de las áreas de: medicina interna, anestesiología, oncología (radio oncólogos u oncólogos médicos), geriatría, medicina familiar, algología y otras especialidades médicas afines.

Los objetivos de la formación intermedia son rotaciones de residentes a centros, unidades o servicios de cuidados paliativos. Es la atención que se brinda en el segundo nivel de atención en hospitales generales en donde las disciplinas médicas tienen integrada la filosofía de cuidados paliativos y soporte sintomático.

El profesorado y los planes de formación intermedia contarán con profesionales con experiencia asistencial en cuidados paliativos, en función del contenido del curso.

Se considera que los profesionales de la salud con formación de nivel medio deben tener mayor grado de habilidades, destrezas y competencias para su actividad profesional ante las necesidades del área que son:

- Cursos Presenciales o a distancia teórico-práctico de posgrado con duración igual o mayor a 100 horas que incluya experiencia práctica igual o mayor a 30 horas. La constancia deben ser expedidos por una universidad nacional o extranjera con validación nacional en donde se especifiquen el número de horas teóricas y prácticas.

- Diplomados presenciales o a distancia teórico-práctico de posgrado con duración igual o mayor a 100 horas que incluya experiencia práctica igual o mayor a 30 horas. La constancia deben ser expedidos por una universidad nacional o extranjera con validación nacional en donde se especifiquen el número de horas teóricas y prácticas.
- Especialidades médicas de posgrado como medicina interna, oncología, geriatría, algología y otras, con entrenamiento y rotación a cuidados paliativos durante su especialización con duración mayor a 100 horas teóricas y prácticas hospitalarias. La tira de materias de la universidad acreditadora debe reflejar el total de horas antes mencionada.
- Para ser coordinador o jefe de servicio de cuidados paliativos en el hospital de segundo nivel deberá contar con los puntos 2.1, 2.2 o 2.3, para concursar al puesto.
- Si no cumple las 100 horas de teoría su curso o diplomado podrá acreditar además con:
 - o Pasantías, visitas o rotaciones mayores a 40 horas en centros, unidades o servicios de cuidados paliativos de tercer nivel de atención a nivel nacional. Comprobar con carta expedida por la institución en donde se especifica las áreas que incluyó y el tiempo con firma del jefe de enseñanza y el director del hospital.
 - o Experiencia laboral dentro del área de cuidados paliativos mayor a 12 meses y con un historial de atención igual o mayor de 50 pacientes de primera vez asistidos en un año. Comprobar con carta de la institución firmada por del jefe de enseñanza y director general.

Educación médica continua se realizará mediante la asistencia a cursos, simposios, talleres, congresos, conferencias o pasantías sobre cuidados paliativos al menos una vez al año para garantizar la actualización en el campo.

Se deberá avalar con carta de asistencia probatoria curricular.

Estos dos primeros niveles de educación en cuidado paliativo tanto básico y medio, el profesional tendrán la capacidad para la resolución de los casos de cuidados paliativos de baja complejidad y podrá formar parte de equipos de primer o segundo nivel de atención. Estos profesionales podrán trabajar dentro de los equipos ya formados de cuidados paliativos en el segundo o escalar al tercer nivel de atención si la institución se compromete a la educación continua y entrenamiento en un periodo mínimo de 12 meses para alcanzar el nivel medio o alto en cada caso en particular.

6.5.3 Nivel de Educación Superior: Son los conocimientos que requieren los especialistas en cuidados paliativos y terapia de soporte sintomática. Se considera el nivel avanzado o experto por su implicación dentro de un centro, unidad o servicio de cuidados paliativos de tercer nivel en donde se desarrollaran actividades asistenciales, docentes y de investigación. Los casos que se manejan en el tercer nivel de atención se consideran de alta complejidad. La finalidad de los programas de formación avanzada en medicina paliativa es capacitar a los alumnos para realizar un trabajo con dedicación plena en un programa de cuidados paliativos con responsabilidad sobre un considerable número de pacientes en estadios avanzados de enfermedades oncológicas y/o no oncológicas.

En este nivel se debe cumplir con el entrenamiento, las habilidades, destrezas y competencias descritas a continuación cumpliendo por lo menos con 3 de los siguientes puntos:

- Pasantía, rotación o visita a centros, unidades o servicios de cuidados paliativos en el tercer nivel de atención nacionales o extranjeras mayores a 120 días. Debe contar con documento comprobatorio en donde se especifique la carga en horas del entrenamiento por cada uno de los modelos de atención dentro del área hospitalaria y firmada por el director y el jefe de enseñanza de la Institución.
- Diplomado de cuidados paliativos mayor a 800 horas de carga académica teórica y práctica. Se requiere presentar el Diploma avalado por una universidad nacional o su acreditación en caso de ser una universidad internacional y la carta de materias que especifique la carga de horas teóricas y prácticas.
- Maestría en cuidados paliativos acreditada por una universidad nacional o internacional con duración de 2 años, que incluyan en sus programas actividad práctica mayor a 120 días en hospitales de tercer nivel de atención. Este entrenamiento puede ser presencial o a distancia. Se deberá presentar el título de Maestría avalado por la Universidad Nacional o acreditación del entrenamiento internacional y la carta de materias que especifique la carga de horas teóricas y prácticas.

- Curso de Alta Especialidad o Especialidad en Medicina Paliativa, avalada por una Universidad Nacional y un hospital de tercer nivel que la imparta con becas de la Secretaría de Salud con duración de un año para el caso de otras especialidades básicas y de 2 a 3 años para profesionales recién egresados de la universidad.
- Experiencia laboral comprobada en área de cuidados paliativos con experiencia de atención mayor a 100 pacientes de primera vez atendidos en un año. Esta experiencia ser emitida por la Institución Hospitalaria con aval del director general y el jefe de enseñanza.
- Actividad docente de pre o posgrado dentro de la institución o equipo de cuidados paliativos en cursos, talleres, simposios, diplomados, maestrías o doctorados en cuidados paliativos. Ser profesor invitado, adjunto o titular en alguna de las universidades nacionales sobre el tema. La actividad docente se requiere para ser jefe de servicio, unidad o centro de cuidados paliativos.
- Actividad de Investigación básica o clínica en materia de cuidados paliativos tomando en cuenta los trabajos publicados en la literatura nacional o internacional en particular para los solicitantes a la posición de jefatura de servicio, unidad o centro de cuidados paliativos.
- Actividad Administrativa como titular o adjunto dentro de la coordinación del área de cuidados paliativos, jefatura de servicio o división con experiencia mayor a 6 meses. Este punto es fundamental para ser jefe de servicio, unidad o centro de cuidados paliativos.
- Educación médica continua se realizará mediante la asistencia a cursos, simposios, talleres, congresos, conferencias o pasantías sobre cuidados paliativos al menos una vez al año para garantizar la actualización en el campo. Se deberá avalar con carta de asistencia probatoria curricular.
- Profesorado: la mayor parte del profesorado tendrá experiencia asistencial o formación específica en programas de cuidados paliativos. El profesorado será multidisciplinar.

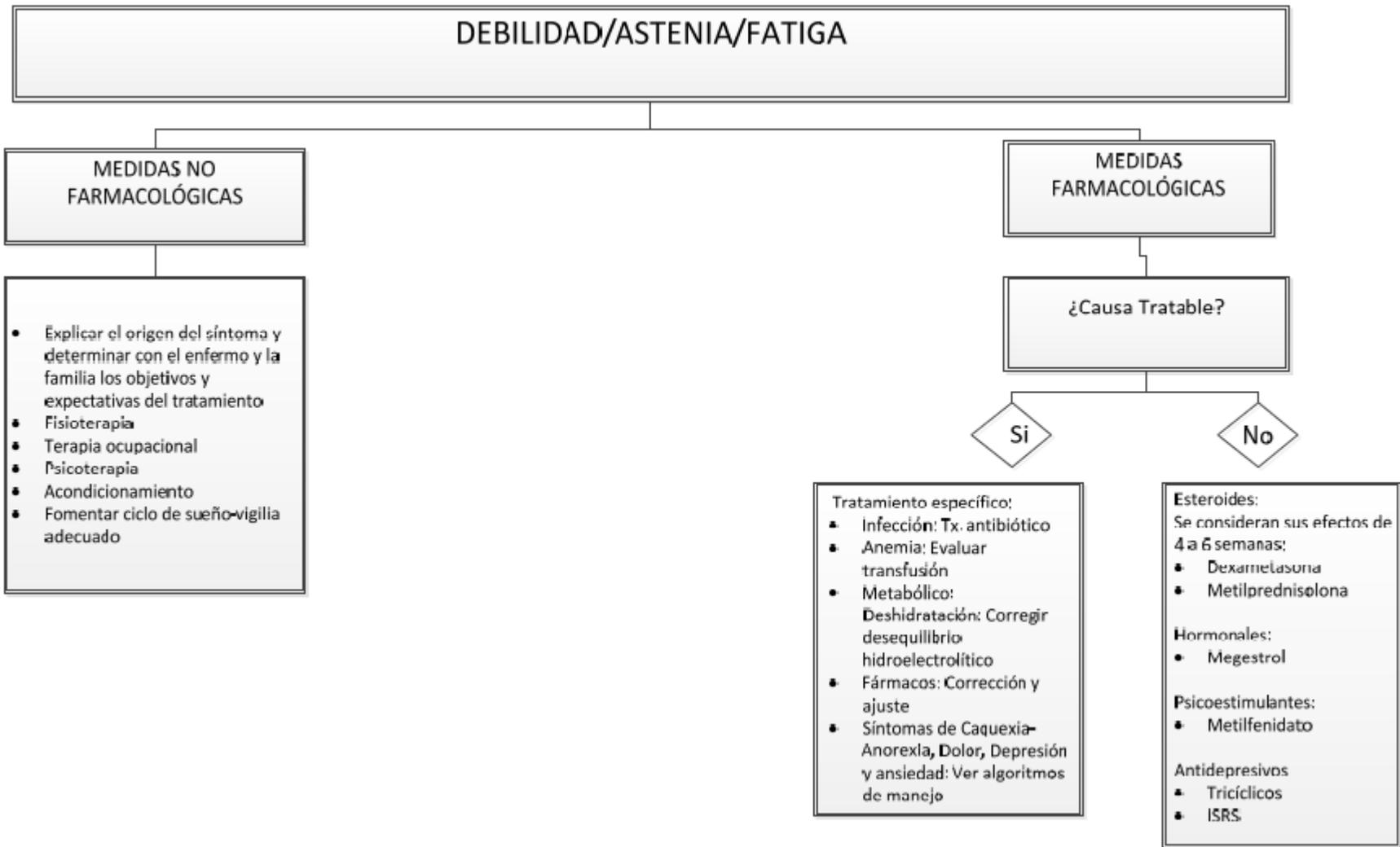
6.6 Investigación en cuidados paliativos

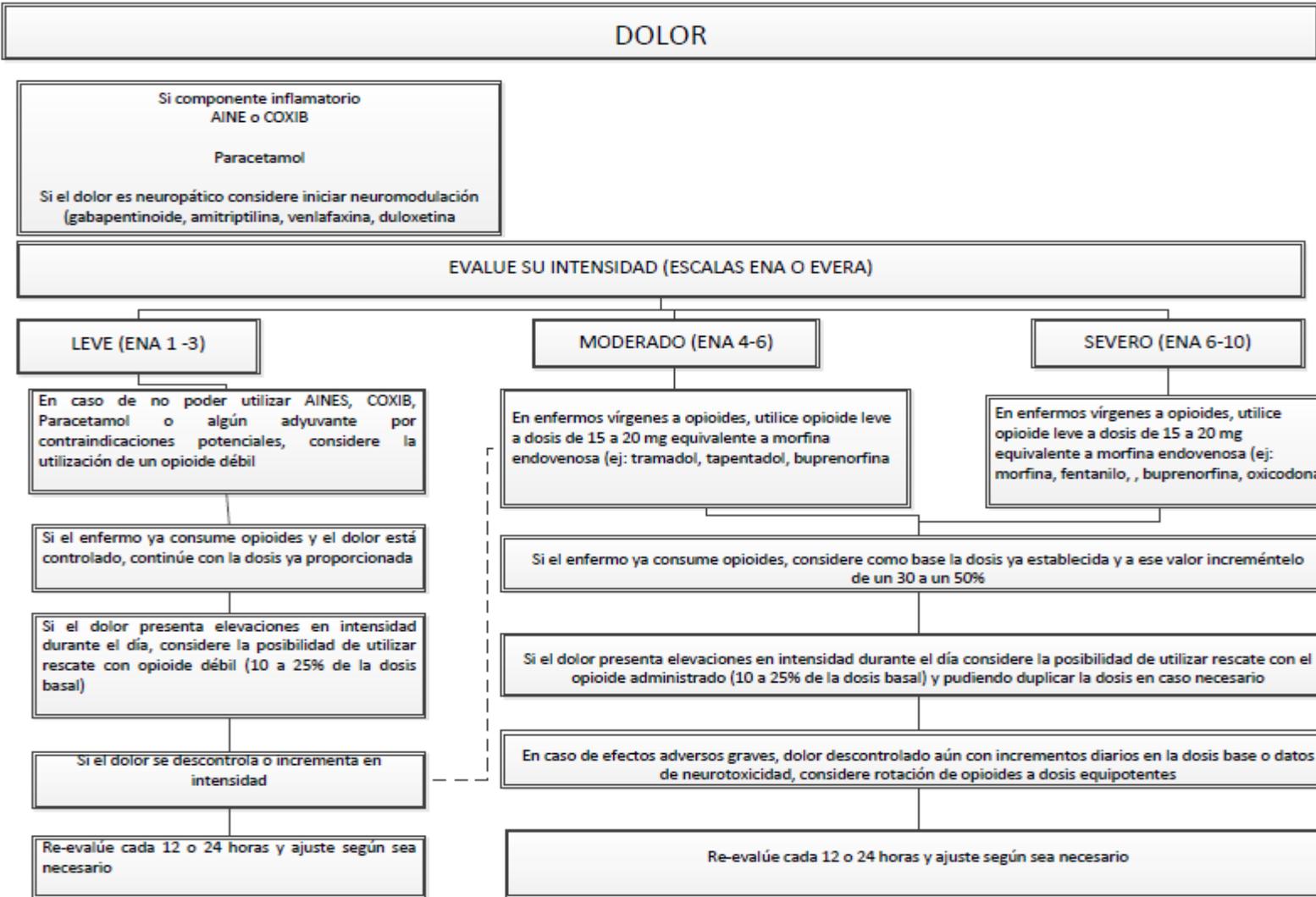
La investigación resulta imprescindible para mejorar la práctica clínica. Es necesario un pronunciamiento especial respecto de la investigación en cuidados paliativos, toda vez que es parte integrante del desarrollo de estos cuidados. La investigación en pacientes en fase terminal ha sido éticamente cuestionada, en especial debido a la vulnerabilidad de este grupo de pacientes y de su inhabilidad para participar en el proceso de decisión. Existe alta incidencia de problemas cognitivos y dificultades para lograr su asentimiento libre e informado, toda vez que se produce fácilmente dependencia de la institución en donde son cuidados, sensaciones de gratitud, entre otros elementos. La investigación en esta área debe respetar los principios éticos consagrados internacionalmente, que gobiernan cualquiera investigación clínica. Sin embargo, debe ponerse atención al proceso de evaluación de riesgos y ventajas de un proyecto de investigación determinado, cuya interpretación puede variar mucho según el período de progresión de la enfermedad. Los objetivos del cuidado cambian con frecuencia en los períodos finales y, en éstos, la calidad de vida es la mayor prioridad.

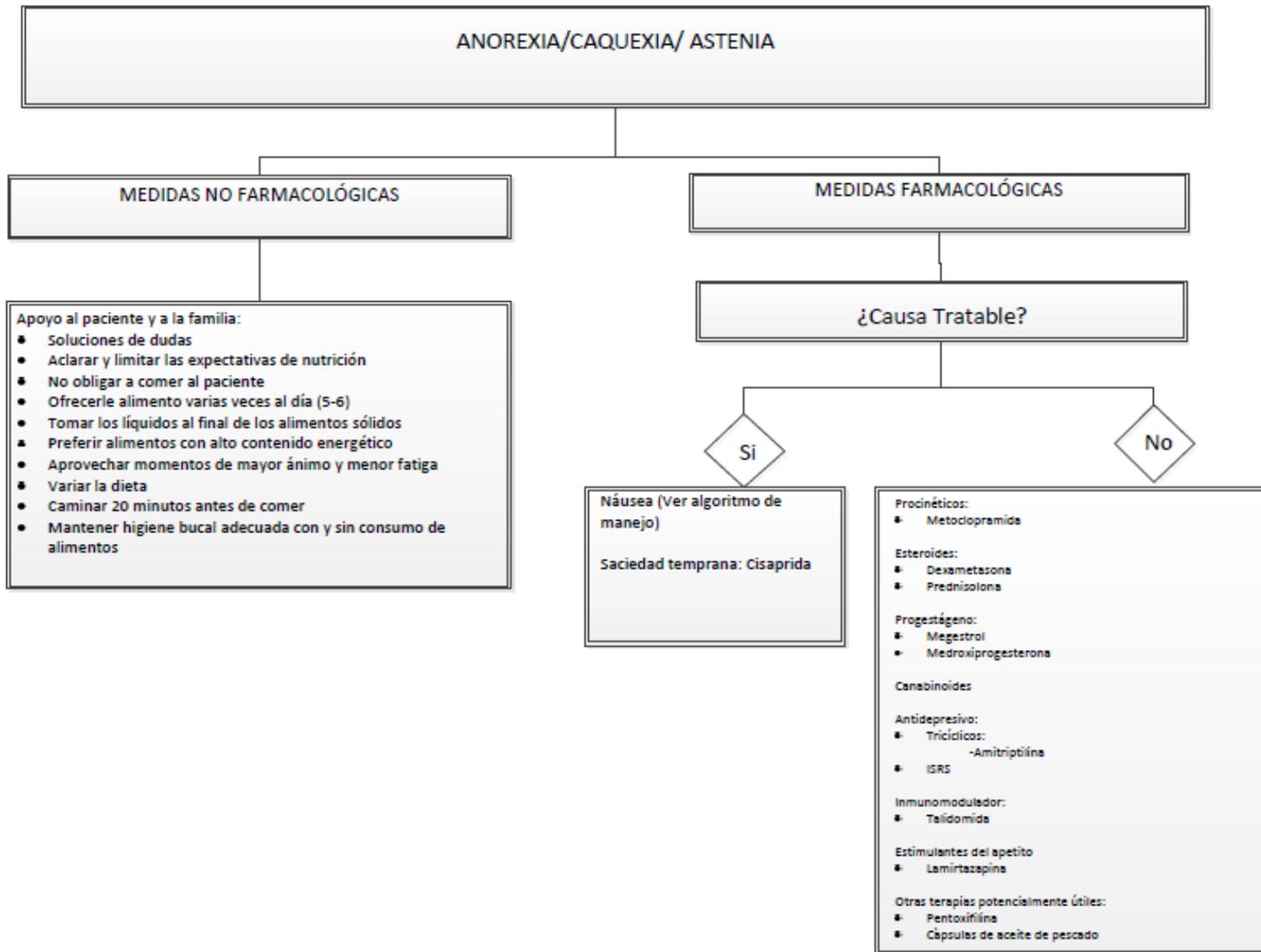
6.7 Referencias

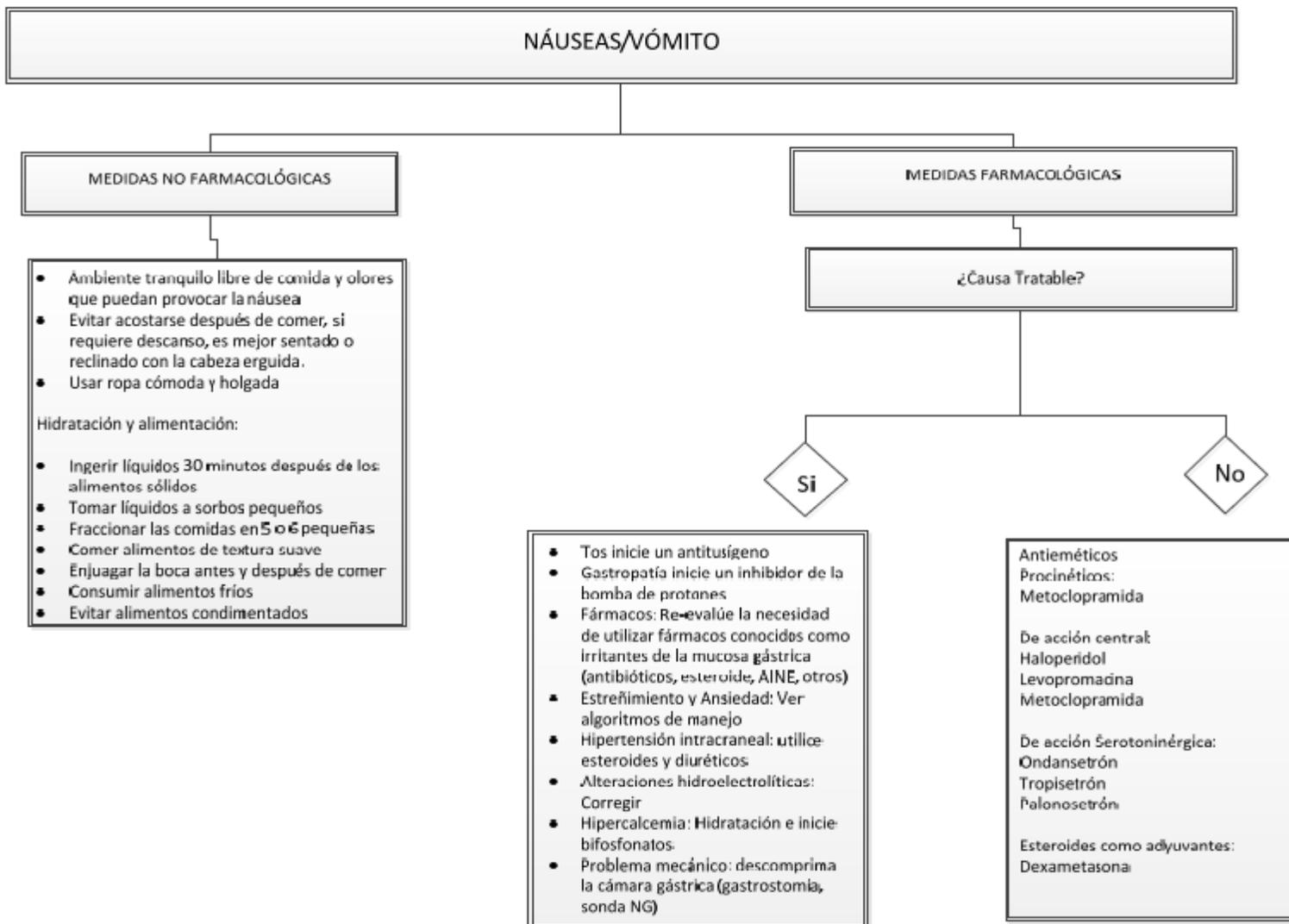
1. Ley General de Salud. Última Reforma DOF 15-01-2014.
2. REGLAMENTO Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. DOF 12.12.2006
3. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Última reforma publicada DOF 01-11-2013
4. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina A.C. (AMFEM) www.amfem.edu.mx
5. [Http://www.cuidarypaliar.es/doc238](http://www.cuidarypaliar.es/doc238)
6. [Http://eapcnet.eu/linkclick.aspx?Fileticket=bzp-o1mtkqa%3D](http://eapcnet.eu/linkclick.aspx?Fileticket=bzp-o1mtkqa%3D)
7. www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?8271,26716
8. http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/15_Mexico.pdf

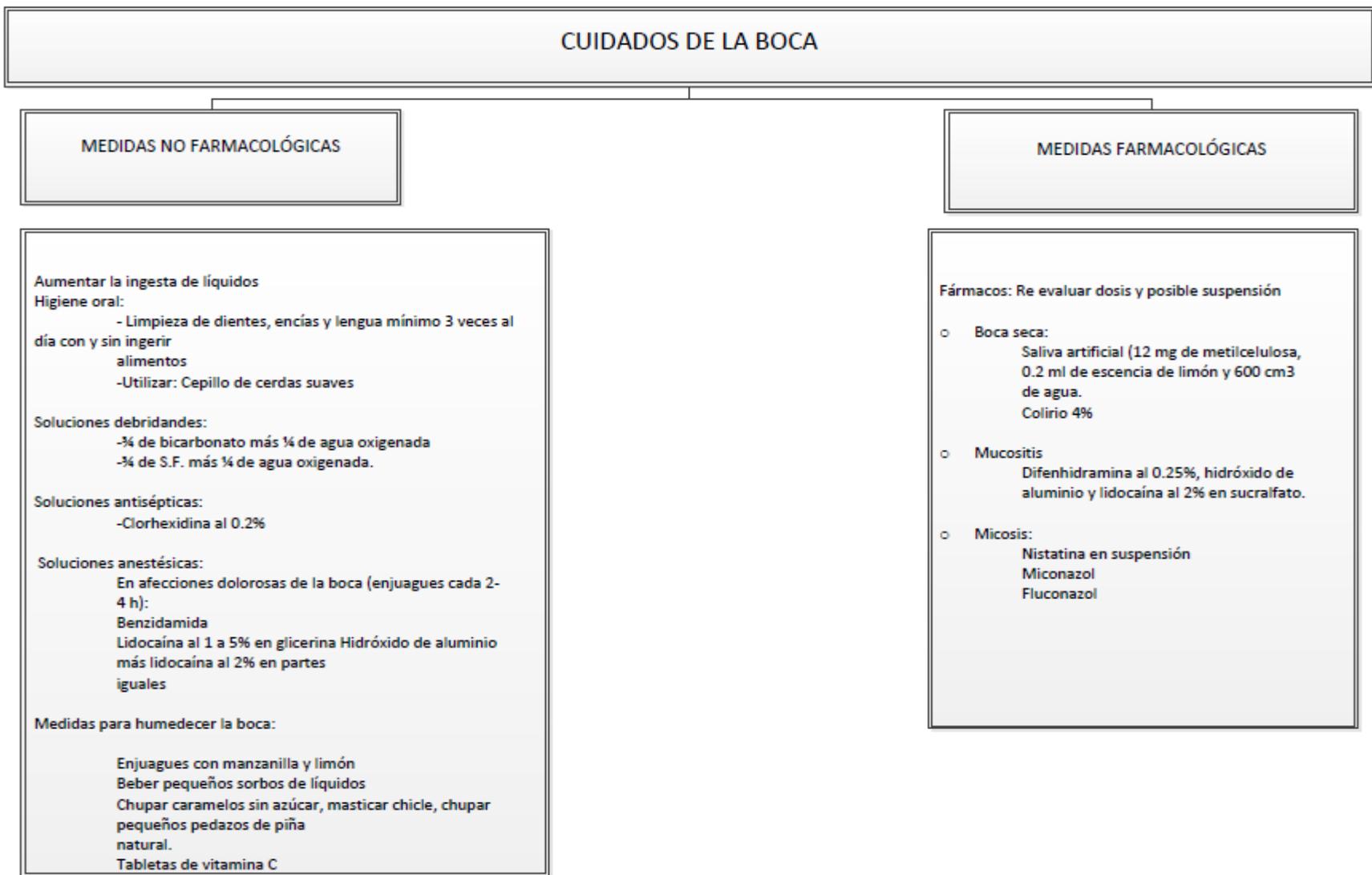
Algoritmos de tratamiento

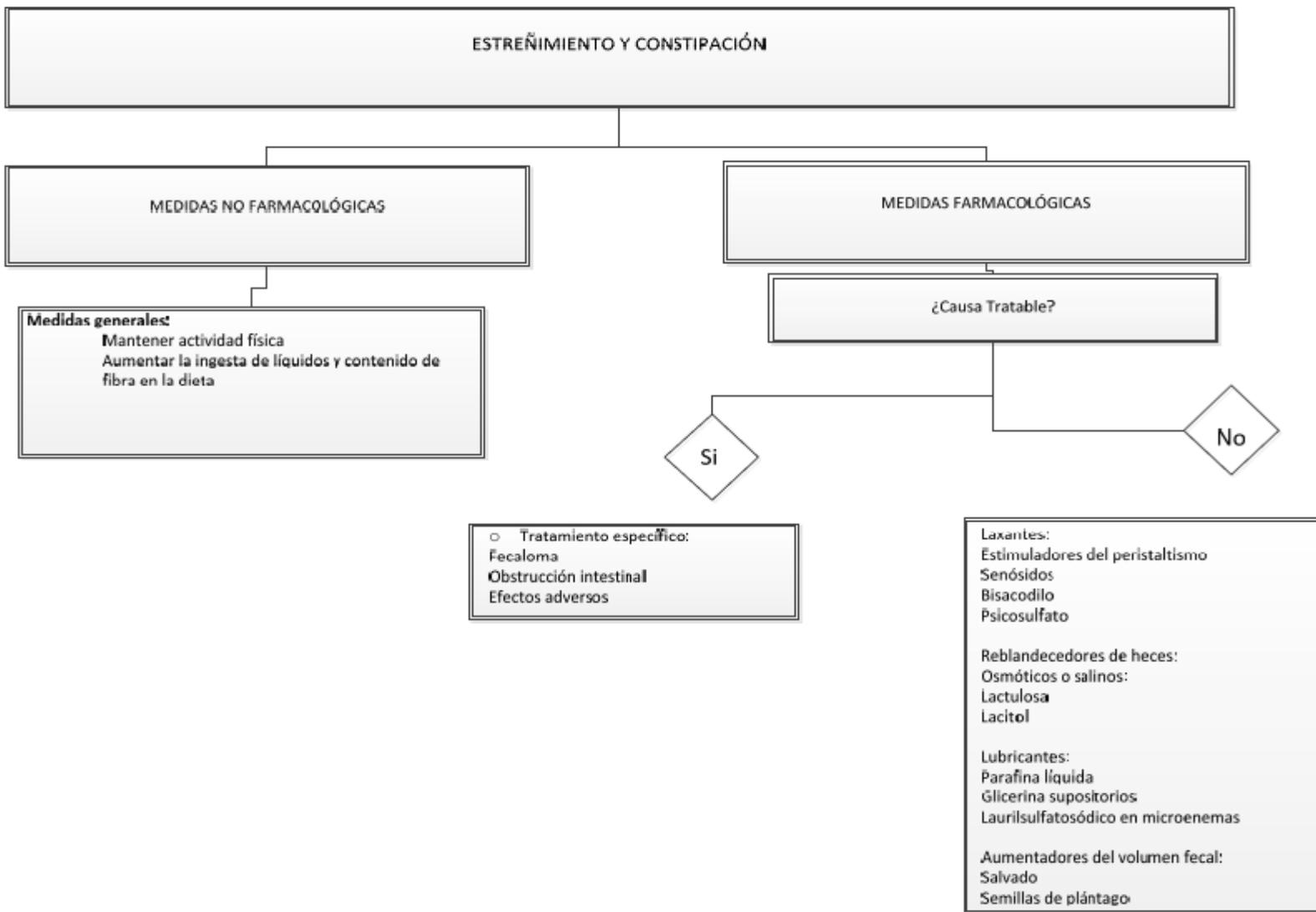


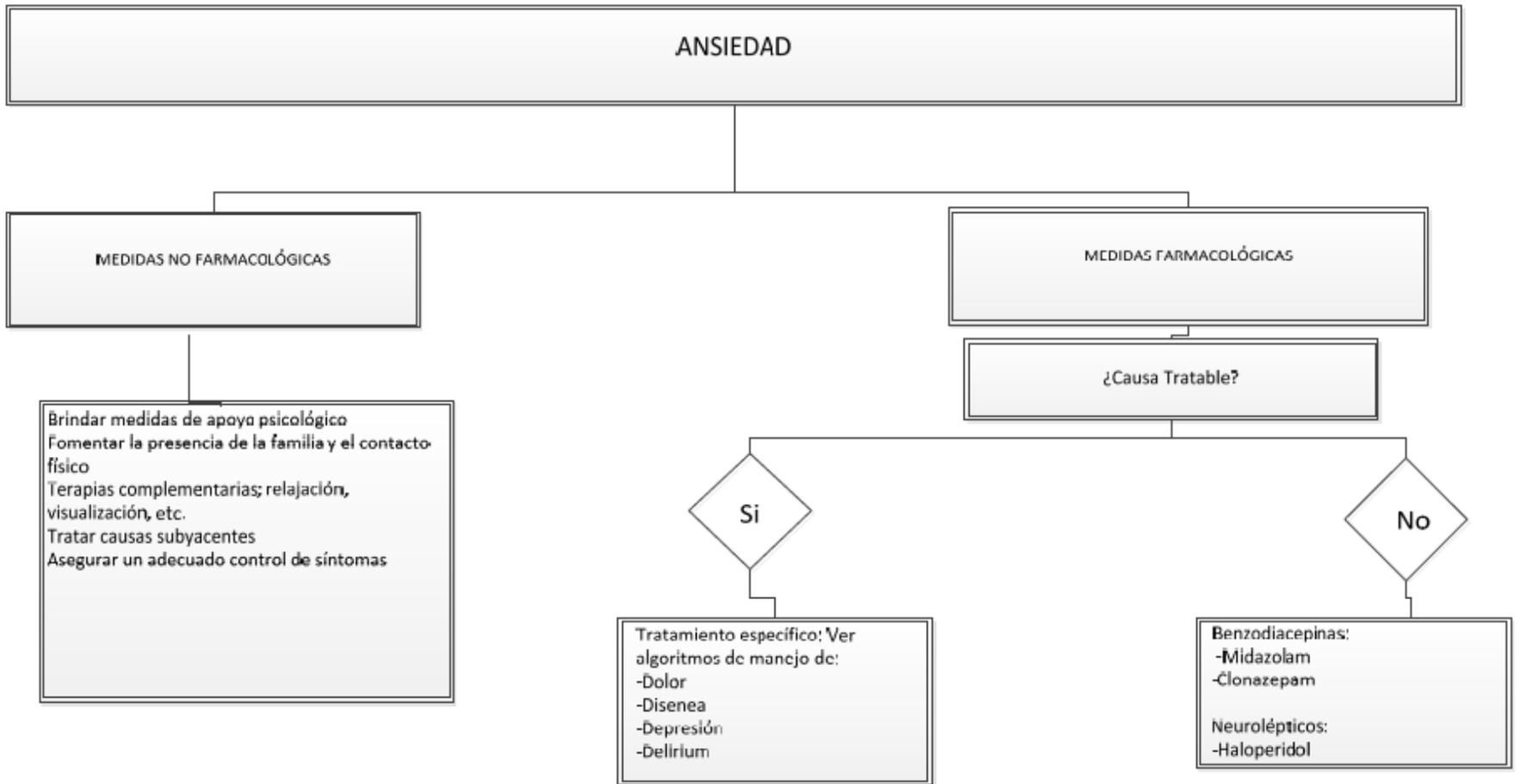


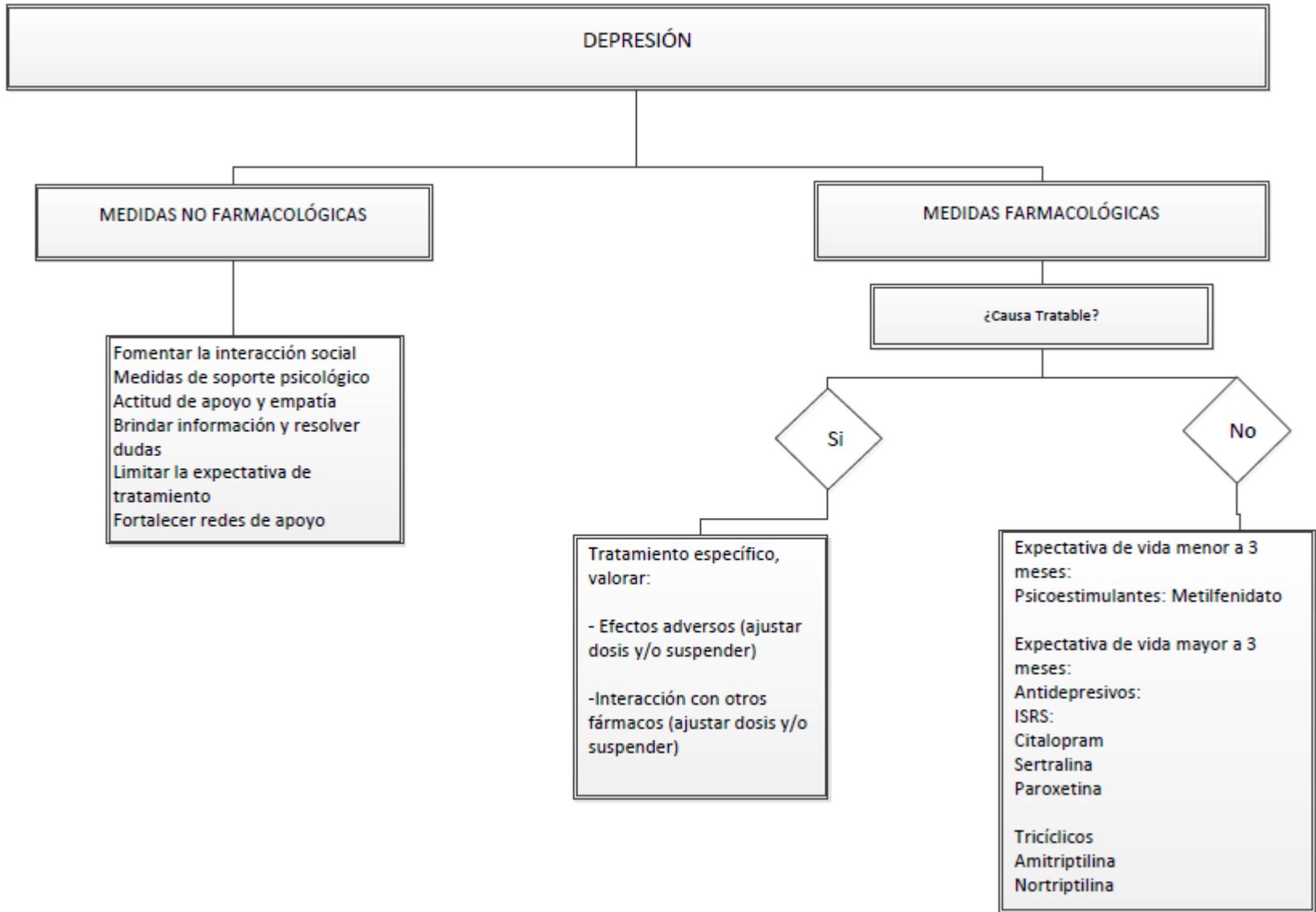


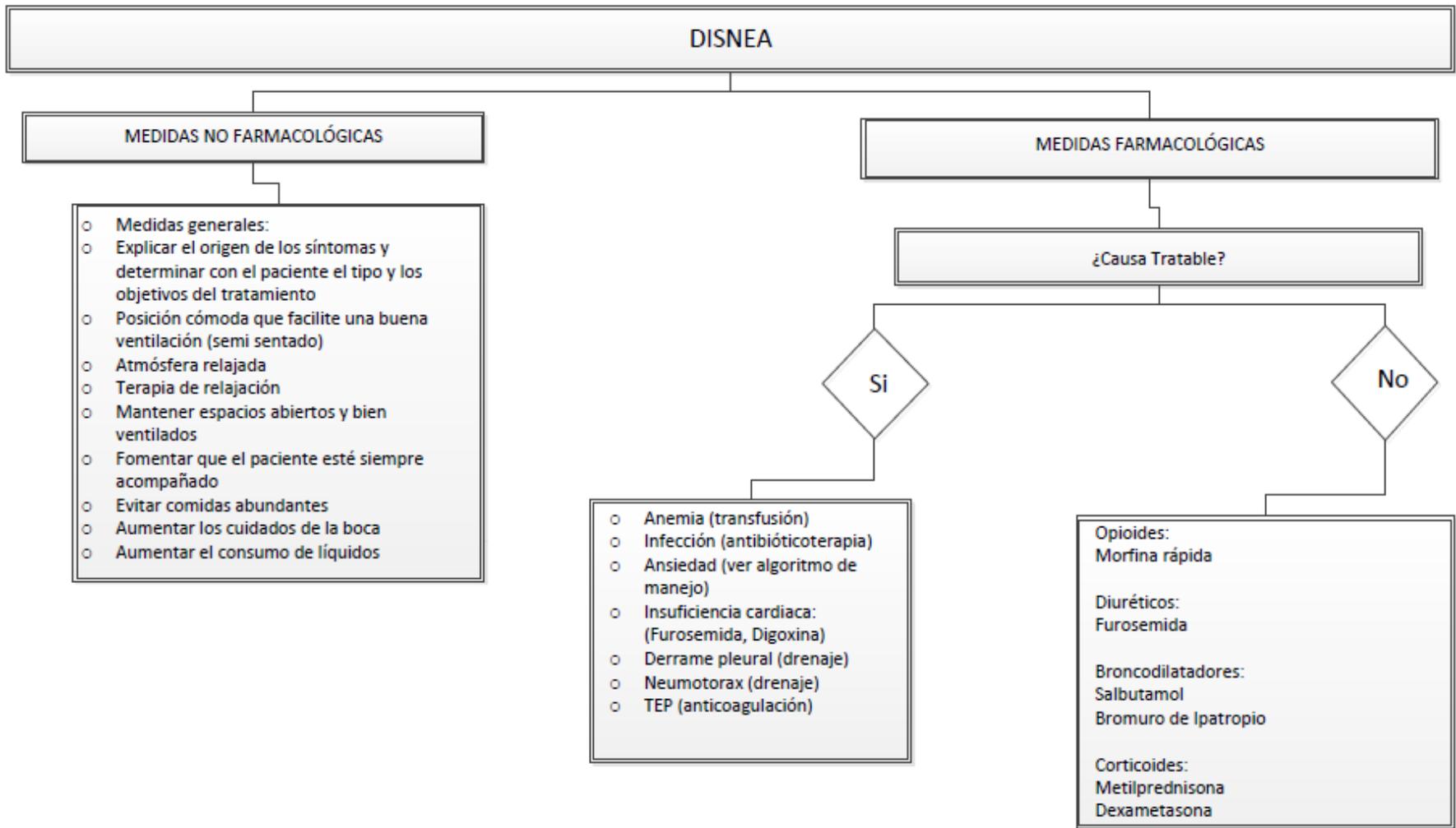


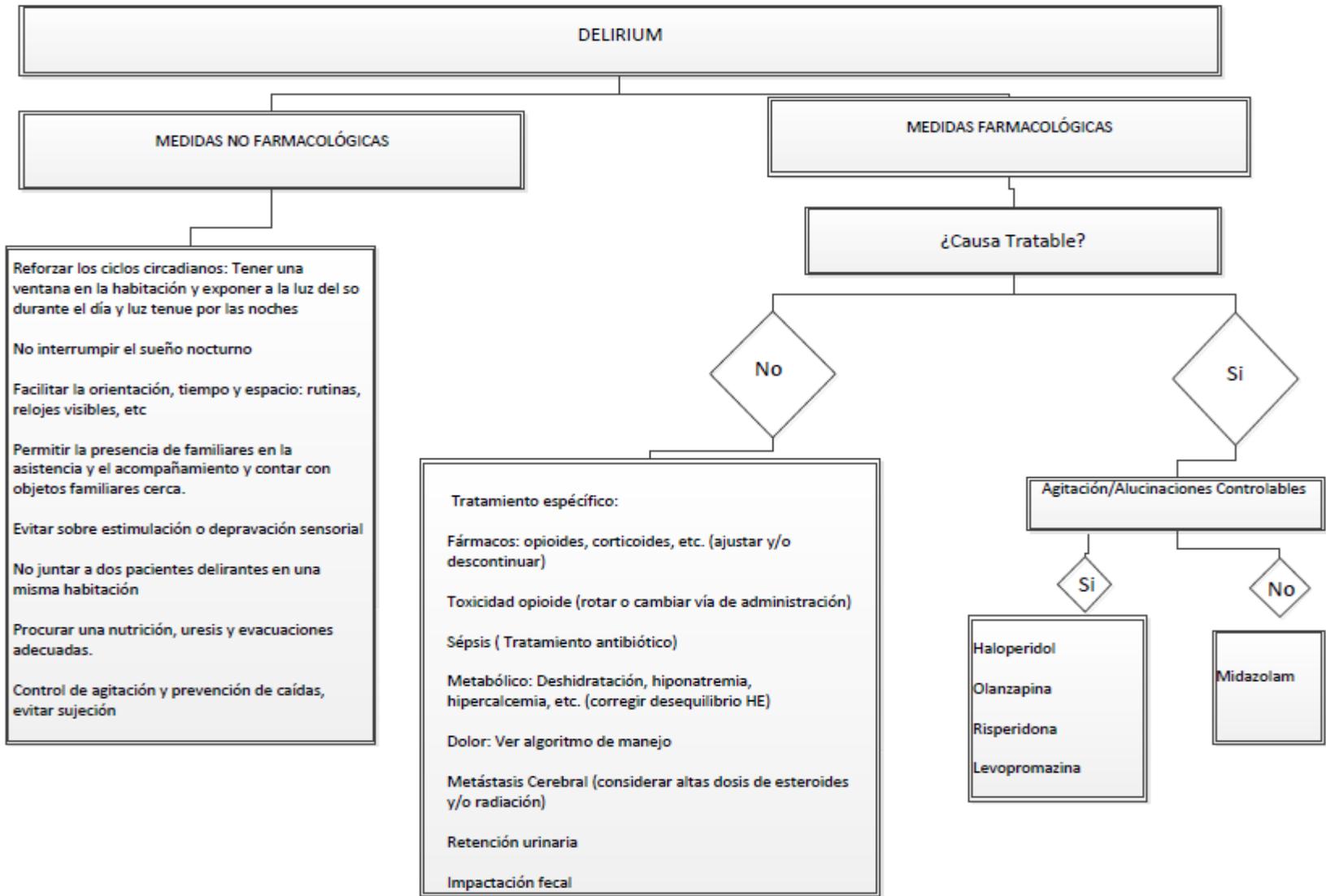




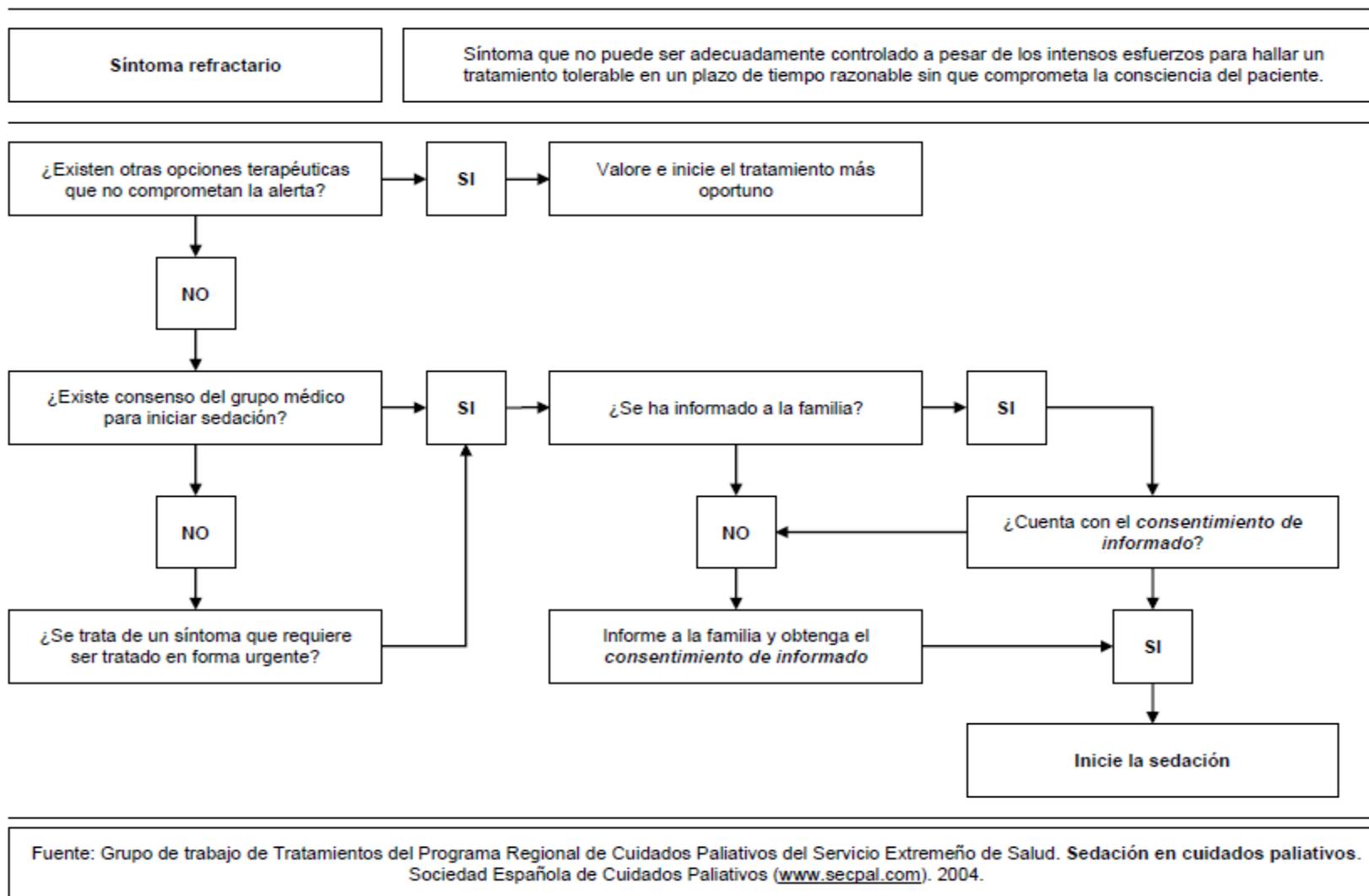








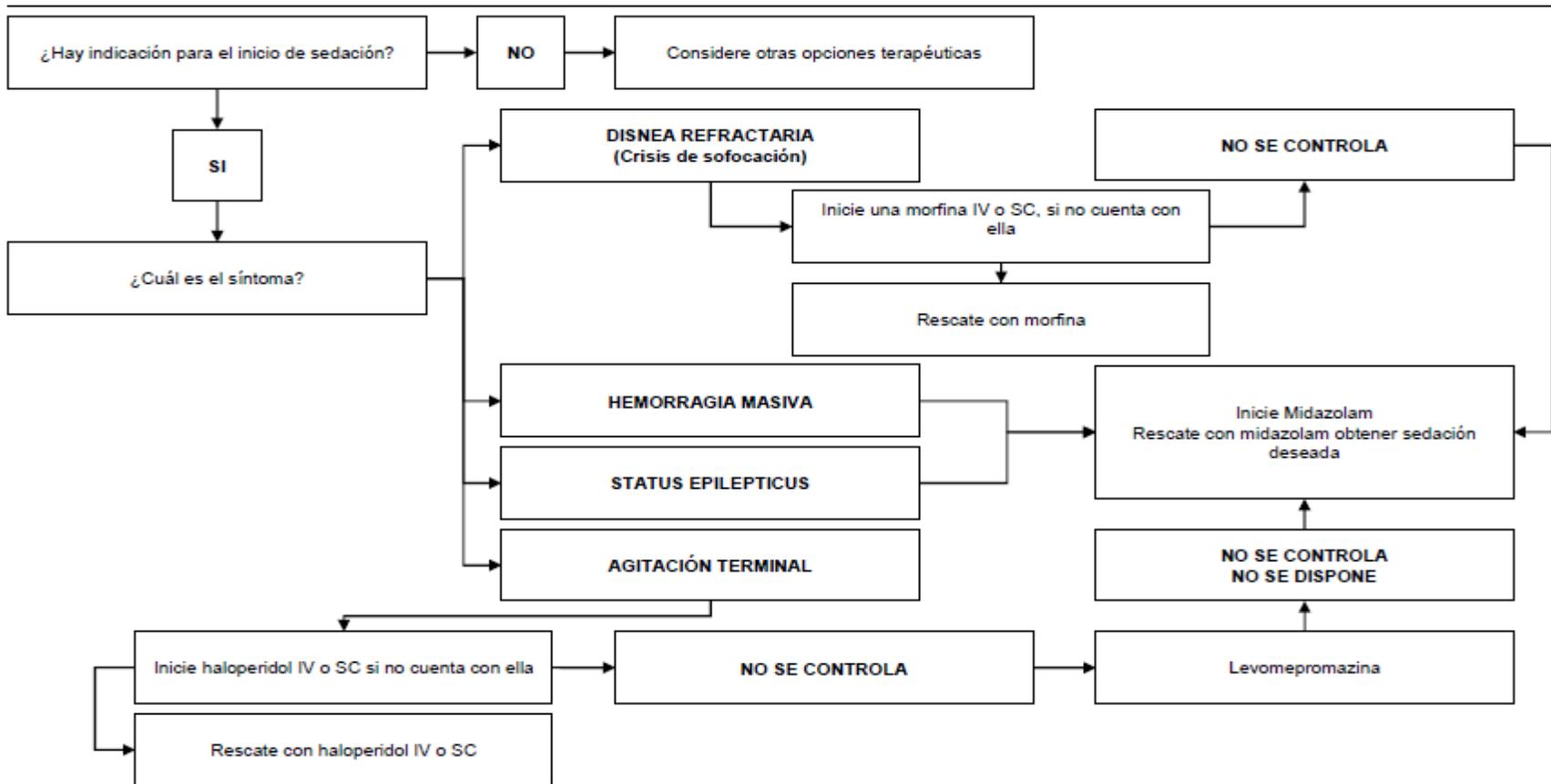
Algoritmo de sedación paliativa en el enfermo agónico (1).



Fuente: Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud. Sedación en cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (www.secpal.com). 2004.

5. Continuación Flujograma de Manejo de Sedación

Algoritmo de sedación paliativa en el enfermo agónico (2).



Fuente: (a) Guías de cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (www.secpal.com). 2002. (b) Lara-Solares A. Urgencias en medicina paliativa y la atención de la fase agónica. En: Medicina del Dolor y Paliativa. 2ª Edición. 2008.

Anexo**Escalas de Valoración**

Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton.

Esta herramienta consiste de un listado de 10 escalas numéricas que evalúan el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, 1 semana), según la condición del paciente.

El paciente seleccionará el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.

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

Escala Pronóstica Paliativa (Palliative Prognostic Score-PAP Score)

Variable	Puntos
Disnea	
Presente	1
Ausente	0
Anorexia	
Presente	1,5
Ausente	0
Estimación Clínica (semanas)	
>12	0
11-12	2

9-10	2,5
7-8	2,5
5-6	4,5
3-4	6
1-2	8,5

Índice de Karnofsky

≥30	0
10-20	2,5

Leucocitos totales por mm³

≤ 8.500	0
8.501-11.000	0,5
>11.000	1,5

Porcentaje de linfocitos

<12	2,5
12-19,9	1
≥20	0

Grupos de riesgo**Total de puntos**

A (probabilidad de sobrevivir a 30 días >70%)	0 - 5,5
B (probabilidad de sobrevivir a 30 días 30-70%)	5,6 - 11
C (probabilidad de sobrevivir a 30 días <30%)	11,1 – 17,5

Escala de valoración funcional de Karnofsky

Objetivos:

- Permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas.
- Es un elemento predictor independiente de mortalidad, en patologías oncológicas y no oncológicas.
- Sirve para la toma de decisiones clínicas y valorar el impacto de un tratamiento y la progresión de la enfermedad del paciente.
- Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los seis meses siguiente

Escala Valoración funcional

100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo

20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo
0	Fallecido

Escala de Barthel - Actividades básicas de la vida diaria

Evalúa la situación funcional de la persona mediante una escala que mide las AVD (Actividades básicas de la vida diaria). Es la más utilizada internacionalmente y es uno de los mejores instrumentos para monitorizar la dependencia funcional de las personas.

Evalúa 10 tipos de actividades y clasifica cinco grupos de dependencia. Su utilización es fácil, rápida y es la más ágil para utilizarla estadísticamente.

Objetivos:

- Evaluar la capacidad funcional
- Detectar el grado de deterioro
- Monitorizar objetivamente la evolución clínica
- Diseñar planes de cuidados y de rehabilitación de forma interdisciplinaria

Escala de Barthel

Actividad	Valoración
Comer	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Lavarse	5 independiente 0 dependiente
Arreglarse	5 independiente 0 dependiente
Vestirse	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Micción	10 continente 5 accidente ocasional 0 incontinente
Deposición	10 continente 5 accidente ocasional 0 incontinente
Ir al WC	10 independiente 5 necesita ayuda 0 dependiente
Trasladarse sillón / cama	15 independiente 10 mínima ayuda 5 gran ayuda 0 dependiente

Deambulaci3n

15 independiente
 10 necesita ayuda
 5 independiente en silla de ruedas
 0 dependiente

Subir y bajar escaleras

10 independiente
 5 necesita ayuda
 0 dependiente

Puntuaci3n

100	≥ 60	55/40	35/20	<20
Independiente	Dependiente leve	Dependiente moderado	Dependiente severo	Dependiente total

Puntuaci3n: Se puntúa cada actividad de 5 en 5 (0, 5, 10, 15). La puntuaci3n máxíma será de 100, e indica independencia para los cuidados personales; pero no quiere decir que el paciente pueda vivir solo.

Actividades de la vida diaria**Comer:**

- Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. (10)
- Necesita ayuda: para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo. (5)
- Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona. (0)

Lavarse (bañarse):

- Independiente: capaz de lavarse entero, puede ser utilizando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente. (5)
- Dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisi3n. (0)

Arreglarse:

- Independiente: realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para hacerlo los puede proveer otra persona. (5)
- Dependiente: Necesita alguna ayuda. (0)

Vestirse:

- Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que necesite sin ayuda. (10)
- Necesita ayuda: pero realiza solo, al menos, la mitad de las tareas en un tiempo razonable. (5)
- Dependiente. (0)

Micci3n:

- Continente: ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de utilizar cualquier dispositivo. En paciente sondado incluye poder cambiar la bolsa solo. (10)
- Accidente ocasional: Máximo uno en 24 horas, incluye la necesidad de ayuda en la manipulaci3n de sondas o dispositivos. (5)
- Incontinente: incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse. (0)

Deposici3n:

- Continente: ningún episodio de incontinencia. Si necesita algú n enema o supositorio es capaz de administrárselos por sí solo. (10)

- Accidente ocasional: menos de una vez por semana o necesita ayuda para ponerse enemas o supositorios. (5)
- Incontinente: Incluye que otra persona le administre enemas o supositorios. (0)

Ir al WC:

- Independiente: entra y sale solo. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, limpiarse, prevenir las manchas en la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si utiliza bacinilla (orinal, botella, etc.), es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar. (10)
- Necesita ayuda: capaz de manejarse con una pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el WC. (5)
- Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor. (0)

Trasladarse sillón/cama:

- Independiente: sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el reposapiés, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y se tumba, y puede volver a la silla sin ayuda. (15)
- Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la que ofrece una persona no demasiado fuerte o sin entrenamiento. (10)
- Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte y entrenada) para salir / ponerse en la cama o desplazarse. (5)
- Dependiente: necesita grúa o que le levanten por completo dos personas. Incapaz de permanecer sentado. (0)

Deambulaci3n:

- Independiente: puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto caminador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo. (15)
- Necesita ayuda: supervisi3n o pequeña ayuda física (persona no demasiado fuerte) para caminar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (caminador). (10)
- Independiente en silla de ruedas en 50 metros: tiene que ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo. (5)
- Dependiente: si utiliza silla de ruedas necesita que otra persona lo lleve. (0)

Subir y bajar escaleras:

- Independiente: capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el soporte que necesite para caminar (bast3n, muletas, etc.) y el pasamanos. (10)
- Necesita ayuda: supervisi3n física o verbal. (5)
- Dependiente: incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor). (0)

Escala de los Cuidados Paliativos (ECP) - Versi3n espa3ola de la Palliative Care Outcome Scale (POS)**CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL SANITARIO**

Nombre del paciente

Unidad o Servicio

Fecha de nacimiento

Fecha

No. de valoraci3n

Por favor, responda a las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que considere que mejor describe c3mo se ha encontrado el/la paciente. Muchas gracias.

1. Durante los últimos tres días, ¿el/la paciente ha padecido dolor?

- 0 No, ninguno.
- 1 Leve, pero no lo suficientemente molesto para tener que aliviarlo.
- 2 Moderado, el dolor limita algunas actividades.
- 3 Grave, el dolor limita mucho la realización de actividades o la concentración.
- 4 Insoportable, el paciente no puede pensar en otra cosa.

2. Durante los últimos tres días, ¿ha habido otros síntomas, como náuseas, tos o estreñimiento, que aparentemente hayan afectado al estado del/de la paciente?

- 0 No, ninguno.
- 1 Leves.
- 2 Moderados.
- 3 Graves.
- 4 Insoportables.

3. Durante los últimos tres días, ¿el/la paciente ha estado angustiado por su enfermedad o por el tratamiento?

- 0 No, en ningún momento.
- 1 Casi nunca.
- 2 A veces, en algunas ocasiones afecta a su concentración.
- 3 Casi siempre; a menudo afecta a su concentración.
- 4 Sí, están angustiados en todo momento.

4. Durante los últimos tres días, ¿algún familiar o allegado ha estado angustiado por el/la paciente?

- 0 No, en ningún momento.
- 1 Casi nunca.
- 2 A veces, en algunas ocasiones afecta a su concentración.
- 3 Casi siempre; a menudo afecta a su concentración.
- 4 Sí, están angustiados en todo momento.

5. Durante los últimos tres días, ¿qué información se le ha dado al/a la paciente y a sus familiares o allegados?

- 0 Información completa, el paciente puede preguntar todo lo que desee.
- 1 Se ha dado información, aunque no siempre ha sido comprendida por el paciente.
- 2 Se ha dado información que el paciente ha pedido, aunque hubiera deseado más.
- 3 Muy poca, e incluso se ha evitado ciertos aspectos.
- 4 Ninguna.

6. Durante los últimos tres días, ¿el/la paciente ha podido comentar cómo se siente con sus familiares o amigos?

- 0 Sí, tanto como ha querido.
- 1 Casi siempre.
- 2 A veces.
- 3 Casi nunca.
- 4 No, en ningún momento.

7. Durante los últimos tres días, ¿cree que el/la paciente ha sentido que merece la pena vivir?

- 0 Sí, tanto como ha querido.
- 1 Casi siempre.

- 2 A veces.
- 3 Casi nunca.
- 4 No, en ningún momento.

8. Durante los últimos tres días, ¿cree que el/la paciente se ha sentido bien consigo mismo/a?

- 0 Sí, tanto como ha querido.
- 1 Casi siempre.
- 2 A veces.
- 3 Casi nunca.
- 4 No, en ningún momento.

9. Durante los últimos tres días, ¿cuánto tiempo cree que se ha perdido en asuntos relacionados con la salud de este/esta paciente, como esperas o repetición de pruebas?

- 1 Nada de tiempo.
- 2 Hasta medio día.
- 3 Más de medio día.

10. Durante los últimos tres días, ¿se han tratado cuestiones prácticas, tanto personales como económicas, surgidas como consecuencia de la enfermedad del/de la paciente?

- 0 Se han tratado problemas prácticos y se han llevado como el/la paciente quería.
- 1 Se están tratando los problemas prácticos.
- 2 Hay problemas prácticos que no se han tratado.
- 3 El/la paciente no ha tenido problemas prácticos.

11. Si los hubiera, ¿cuáles han sido los principales problemas del/de la paciente durante los últimos tres días?

- 1
- 2

12. ¿Cuál es el grado de actividad del/de la paciente según la escala ECOG?

(0: Plenamente activo; 1: alguna limitación; 2: limitaciones moderadas; 3: limitaciones importantes; 4: totalmente incapacitado)

Escala Visual Analógica (EVA)

La **Escala Visual Analógica (EVA)** permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

La **Escala numérica (EN)** es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor
dolor										dolor

Agotador Sí No

Fatigoso (pesado) Sí No Entumecido (adormecido) Sí No

Penetrante Sí No Penoso Sí No

Persistente Sí No Insoportable Sí No

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

A. Actividades en general

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

B. Estado de ánimo

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

C. Capacidad de caminar

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

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

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

E. Relaciones con otras personas

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

F. Sueño

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

G. Disfrutar de la vida

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

14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor:

1. De forma regular

2. Sólo cuando lo necesito

3. No tomo medicación para el dolor

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

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

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

1. Sí 2. No 3. No lo sé

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

1. Sí 2. No 3. No lo sé

18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?

1. Sí 2. No 3. No lo sé

Si la respuesta es «sí», ¿por qué?

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

1. Sí 2. No

¿Qué efectos secundarios?

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

1. Sí 2. No

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

Compresas calientes Compresas frías Técnicas de relajación

Distracción Biofeedback Hipnosis

Otros Por favor, especifique _____

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

Escala de Ramsay

Nivel I	Paciente agitado, angustiado
Nivel II	Paciente tranquilo, orientado y colaborador
Nivel III	Paciente con respuesta a estímulos verbales
Nivel IV	Paciente con respuesta rápida a la presión glabellar o estímulo doloroso
Nivel V	Paciente con respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulo doloroso
Nivel VI	Paciente sin respuesta

Escala Global Deterioration Scale (GDS) y Functional Assessment Staging (FAST), correspondencia en EA, adaptado de la traducción al castellano del grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias (guía SEN, 2002).

Estadio GDS	Estadio FAST	Características
	y diagnóstico clínico	
GDS 1. Ausencia de alteración cognitiva	1. Adulto normal	Ausencia de dificultades objetivas o subjetivas
GDS 2. Defecto cognitivo muy leve	2. Adulto normal de edad	Quejas de pérdida de memoria. No se objetiva déficit en el examen clínico. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Defecto cognitivo leve	3. EA incipiente	Primeros defectos claros Manifestación en una o más de estas áreas: Haberse perdido en un lugar no familiar Evidencia de rendimiento laboral pobre Dificultad incipiente para evocar nombres de personas Tras la lectura retiene escaso material Olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor Escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido Disminución de la capacidad organizativa Se observa evidencia objetiva de defectos de memoria únicamente en una entrevista intensiva.
GDS 4. Defecto cognitivo moderado	4. EA leve	Disminución de la capacidad para realizar tareas complejas Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa: Conocimiento disminuido de acontecimientos actuales y recientes El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal. Dificultad de concentración evidente en la sustracción seriada

Estadio GDS	Estadio FAST	Características
	y diagnóstico clínico	
		Discapacidad disminuida para viajar, controlar su economía, etc.
		Frecuentemente no hay defectos en:
		Desorientación en tiempo y persona Reconocimiento de caras y personas

		familiares
		Discapacidad de viajar a lugares conocidos
		La negación es el mecanismo de defensa predominante
GDS 5. Defecto cognitivo moderadamente grave	5. EA moderada	El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia. Requiere asistencia para escoger su ropa. Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares). Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar.
		Dificultad para contar al revés desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2. Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
	6. EA moderada-grave	Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones. Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir algunos datos del pasado. Desorientación temporo-espacial. Dificultad para contar de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y falta de voluntad (abulia cognoscitiva).
GDS 6. Defecto cognitivo grave	6a	Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones.
	6b	Incapaz de bañarse correctamente.
	6c	Incapaz de utilizar el bacinilla.
	6d	Incontinencia urinaria.
	6e	Incontinencia fecal.
GDS 7. Defecto cognitivo muy grave	7. EA grave	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales y motoras. Con frecuencia se observan signos neurológicos
	7a	Incapaz de decir más de media docena de palabras.
	7b	Sólo es capaz de decir una palabra inteligible.

7c	Incapacidad de deambular sin ayuda.
7d	Incapacidad para mantenerse sentado sin ayuda.
7e	Pérdida de capacidad de sonreír.
7f	Pérdida de capacidad de mantener la cabeza erguida.

CAM (Confusion Assessment method)

Escala diagnóstica de delirio

1. - Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente? SÍ/NO (Si es NO, no seguir el test)

2.- Alteración de la atención

El paciente ¿Se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación?

SI/NO

(si es NO, no seguir el test)

3.- Pensamiento desorganizado

¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean?
SI/NO

4.- Alteración del nivel de conciencia

¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente? (Nota: nivel de conciencia: vigilante, letárgico, estuporoso)

SI/NO

Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los últimos

En ancianos, el delirium puede ser la única manifestación de una enfermedad grave (sepsis, IAM). La forma más frecuente en el anciano es el delirio hipoactivo (letargia, no agitación). La mortalidad es del 50%-70% a los tres meses.

Fármacos que precipitan (rara vez son la causa etiológica única) el delirium:

Tricíclicos: clindamicina, tobramicina (Tobrex), antidepresivos (tryptizol, mutabase,...)

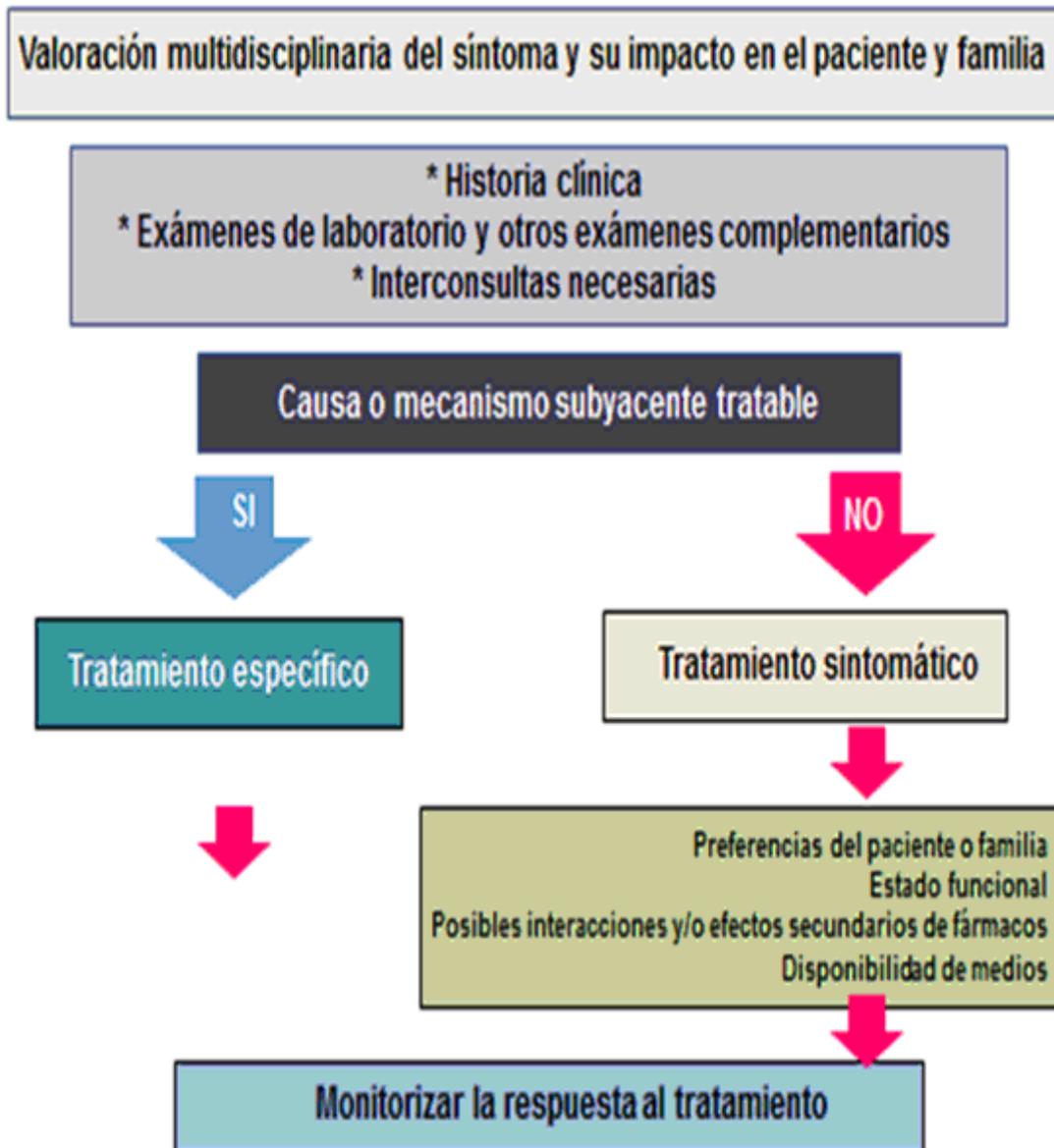
Olanzapina (zyprexa), clorpromacina, tioridazina (meleril),

Benzodiacepinas,

Cimetidina, (tagamet) ranitidina (zantac),

Corticoides.

Anexo Capítulo 3



Mod. De Guía de Práctica clínica sobre tratamiento de cáncer de próstata.
Ministerio de Sanidad y Consumo, España 2008.

Anexo Capítulo 4

Cómo comunicarse con una familia en crisis

Ante una situación límite, por la presencia de una enfermedad que rebasa las posibilidades de curación y que amenaza con provocar sufrimiento, se generan incertidumbre y frustración en el paciente y su núcleo familiar.

La relación médico-paciente es muy relevante, en particular, la primera entrevista para lograr una buena comunicación y las subsecuentes para reorientar la información y aceptación de la terapéutica, de acuerdo a la evolución del padecimiento.

El equipo de salud, el paciente y su familia requieren:

Un lugar cómodo y privado donde se pueda dar información y responder las dudas.

El equipo de salud requiere:

1.- Conocer la historia clínica con toda la información médica que contenga el expediente clínico, el diagnóstico, la condición física y patológica, su posible evolución y el pronóstico.

2.- De ser posible la colaboración de trabajo social, o por su iniciativa el médico deberá investigar el nivel de instrucción del paciente, el grado de información o desinformación generada por su contexto social, familiar, cultural, socioeconómico y religioso.

3.- De ser posible la participación de psicología o por iniciativa del médico, deberá analizar el impacto emocional que ha generado el conocimiento y el grado de comprensión del diagnóstico y sus consecuencias, tanto en el paciente como en su familia.

Para ofrecer al paciente:

Los recursos científicos y tecnológicos de acuerdo al momento y la evolución de la enfermedad.

Opciones terapéuticas y la información que el paciente y la familia soliciten, en relación a beneficios y efectos indeseables.

La información puede ser limitada o fraccionada, pero siempre veraz y honesta, para lograr la comprensión y real comunicación.

Propiciar el afrontamiento de la situación y de las expectativas para la toma de decisiones, y obtener el consentimiento informado para cada intervención de acuerdo a la competencia del paciente, familiar o representante legal.

Los médicos en entrenamiento deben acompañar a los médicos tratantes, quienes siempre serán los responsables de la información y supervisión de la comunicación, para respetar la autonomía del paciente durante su tratamiento.

Anexo Capítulo 5

Lista de medicamentos Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos Ed. 2013

ANEXO I. MEDICAMENTOS CON MANEJO DE DOLOR INCLUIDOS EN EL CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS EDICIÓN 2013 Y ACTUALIZACIONES

MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR	CLAVES
ÁCIDO ACETIL SALICILICO	010.000.0101.00; 010.000.0103.00
METAMIZOL SÓDICO	010.000.0109.00
PARACETAMOL	010.000.0104.00; 010.000.0106.00; 010.000.0105.00; 010.000.0514.00; 010.000.0514.01; 010.000.0514.02;
BUPRENORFINA	040.000.2100.00 040.000.2100.01; 040.000.2098.00; 040.000.2097.00; 040.000.4626.00;

CAPSAICINA	010.000.4031.00
CLONIXINATO DE LISINA	010.000.4028.00
DEXMEDETOMIDINA	010.000.0247.00 010.000.0247.01 010.000.0247.02
DEXTROPROPOXIFENO	040.000.0107.00
ETOFENAMATO	010.000.4036.00
FENTANILO	040.000.4027.00
HIDROMORFONA	040.000.2113.00
KETOROLACO	010.000.3422.00 040.000.2099.00 040.000.2102.00 040.000.2103.00 040.000.2104.00 040.000.2104.01 040.000.2104.02 040.000.2104.00 040.000.2105.00 040.000.2105.01 040.000.2105.02 040.000.4029.00 040.000.0132.00
MORFINA	040.000.0132.01
NALBUFINA	040.000.0132.01
OXICODONA	040.000.4032.00 040.000.4032.01 040.000.4033.00 040.000.4033.01
PARACETAMOL	010.000.5720.00 010.000.5720.01 010.000.5721.00 010.000.5721.01
TRAMADOL	040.000.2106.01
TRAMADOL-PARACETAMOL	040.000.2096.00
FENTANILO	040.000.0242.00
PRILOCAÍNA, FELIPRESINA	010.000.4058.00 010.000.4058.01
BUTILHIOSCINA-METAMIZOL	010.000.0113.00 010.000.2146.00 010.000.0260.00
LIDOCAINA	010.000.0260.01 010.000.0260.02
INDOMETACINA	010.000.3412.00 010.000.3412.01
FENAZOPIRIDINA	010.000. 2331.00
FENITOÍNA	010.000. 0525.00 010.000. 2610.00 010.000.2611.00 010.000.2624.00
GABAPENTINA	010.000.4359.00

OXCARBAZEPINA	010.000.2626.00
	010.000.2627.00
	010.000.2628.00
PREGABALINA	010.000.4356.00
	010.000.4356.01
	010.000.4358.00
DICLOFENACO	010.000.4358.01
	010.000.4408.00
DULOXETINA	010.000.4408.01
	010.000.4485.00
KETOPROFENO	010.000.4485.00
METOCARBAMOL	010.000.2504.00
NAPROXENO	010.000.3444.00
	010.000.3407.00
PIROXICAM	010.000.3419.00
	010.000.3415.00
ACEMETACINA	010.000.3405.00
	010.000.3405.01
	010.000.3406.00
	010.000.3406.01
CELECOXIB	010.000.5505.00
	010.000.5506.00
ETORICOXIB	010.000.5699.00
MELOXICAM	010.000.3421.00
	010.000.3423.00
ALMOTRIPTÁN	010.000.5900.00
METADONA	010.000.5910.00
	010.000.5940.00
	010.000.5940.01
	010.000.5940.02
	010.000.5940.03
	010.000.5941.00
	010.000.5941.01
	010.000.5941.02
	010.000.5941.03
	010.000.5941.04
	010.000.5942.00
	010.000.5942.01
	010.000.5942.02
	010.000.5942.03
	010.000.5942.04
	010.000.5943.00
	010.000.5944.00
TAPENTADOL	000.000.0000.00
	000.000.0000.00

Fuente: Cuadro y Catálogo Básico de Medicamentos del Sector Salud (CByCMSS) Edición 2013 y Actualizaciones