

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

CUIDADOS PALIATIVOS

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-440-11**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL





Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

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

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos**, México: Secretaría de Salud, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: Z51.5 Atención paliativa GPC: Cuidados Paliativos

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dr. Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar M en Ciencias	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefa de Área de Desarrollo de GPC. División de Excelencia Clínica. CUMAE	Sistema Nacional de Investigadores N I
------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---	--

Autores:

Dr. Elizabeth Araceli Arteaga Labra	Anestesiología, Algología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médica de base, Hospital General UMAE CMN La Raza	Sociedad Mexicana de Anestesiología
Dra. Virginia Gordillo Alvarez	Pediatría, Anestesiología, Algología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médica adscrita a la Clínica de Dolor. UMAE Hospital de Pediatría CMNSXXI	Sociedad Mexicana de Anestesiología
Dr. Sergio Mendez Acuña	Anestesiología, Algología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médica adscrita a la Clínica de Dolor y cuidados paliativos, Hospital General de Zona #15 Reynosa Tamaulipas	Sociedad Mexicana de Anestesiología
Dr. José Alberto Flores Cantisani	Anestesiología, Algología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de la Clínica de Dolor y cuidados paliativos, Hospital de Especialidades UMAE 25 Monterrey Nuevo León	Sociedad Mexicana de Anestesiología
Dr. Benjamín Domínguez Trejo	Dr. En Psicología	Universidad Nacional Autónoma de México	Académico	Sociedad Mexicana de Cuidados Paliativos
Dra. María Luisa Pérez Carranco	Anestesiología, Algología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médica Adscrita, Clínica del dolor, Hospital de Oncología CMNSXXI	Sociedad Mexicana de Anestesiología
Psicóloga, Ivonne Nalliely Pérez Sanchez	Psicología, M en Ciencias	Universidad Nacional Autónoma de México	Académico	Sociedad Mexicana de Cuidados Paliativos
Dra. María Guadalupe Pérez Cabello	M en Administración	Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. DGCE	Coordinadora del Programa PALIAR	Sociedad Mexicana de Cuidados Paliativos
Dr. José de Jesús Salvador Villafaña Tello	Anestesiología Algología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos Hospital de Oncología, UMAE CMNSXXI	Sociedad Mexicana de Anestesiología.

Validación

Dr. María de la Luz Lina Casas Martínez	Hematología, Dra. Ciencias, Bioética	Universidad Panamericana	<Jefa de departamento de Bioética>	Sociedad de Bioética
Dra. Ma. Del Rocio Guillén Núñez	Anestesiología, Algología	Instituto Nacional de Cancerología	Médica Adscrita	Sociedad Mexicana de Anestesiología
Dra. Ma. Del Socorro Romero Figueroa	Anestesiología Dra. en Ciencias Médicas	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefatura de Prestaciones Médicas, Delegación Estado de México Poniente	Sistema Nacional de Investigadores
Dr. José Luis Sánchez Montes	Anestesiología	Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos	Director General, Guadalajara Jalisco	Asociación Mexicana para el estudio y tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, Estado de Jalisco, AC.
Dr. Francisco Armando Rodríguez Álvarez	M en Gerencia en Servicios de Salud	Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos	Subdirector Médico	Asociación Mexicana para el estudio y tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, Estado de Jalisco, AC.
Dra. Karla Margarita Madrigal Rentería	Anestesiología, Algología y paliativista	Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos	Coordinadora de Desarrollo Institucional	Asociación Mexicana para el estudio y tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, Estado de Jalisco, AC.
Dra. Rosa Margarita Álvarez Álvarez	Anestesiología, algología, paliativista	Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos	Médico Adscrito	Asociación Mexicana para el estudio y tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, Estado de Jalisco, AC.

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	4
1. CLASIFICACIÓN	7
2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA.....	8
3. ASPECTOS GENERALES	10
3.1 ANTECEDENTES	10
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	11
3.3 PROPÓSITO.....	12
3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	12
3.5 DEFINICIÓN	12
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	13
4.1 INTRODUCCIÓN A LOS CUIDADOS PALIATIVOS	14
4.1.1 ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LOS CUIDADOS	14
4.1.2 CONCEPTOS RELEVANTES	17
4.1.2.1 AUTONOMÍA	17
4.1.2.2 CALIDAD DE VIDA.....	18
4.1.2.3 SUFRIMIENTO.....	18
4.2 CONTROL DE SÍNTOMAS.....	20
4.2.2 PREDICCIÓN DE LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS	21
4.2.3 ABORDAJE DE LOS SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS.....	23
4.2.4 ASTENIA, ANOREXIA-CAQUEXIA Y DESHIDRATACIÓN	23
4.2.4.1. ASTENIA Y ANOREXIA-CAQUEXIA.....	23
4.2.4.2 DESHIDRATACIÓN.....	25
4.2.4.3 TRATAMIENTO DEL DOLOR.....	26
4.2.5 ASCITIS.....	30
4.2.6 URGENCIAS PALIATIVAS.....	31
4.2.6.1 COMPRESIÓN MEDULAR (FIGURA 1).....	31
4.2.6.2 CONVULSIONES	33
4.2.6.3 HEMORRAGIA	35
4.2.6.4 HIPERCALCEMIA.....	37
4.2.7 CONTROL DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS.....	38
4.2.7.1 DISNEA (ALGORITMO 1. TRATAMIENTO DE LA DISNEA)	38
4.2.7.2 Tos.....	40
4.2.7.3 SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR (FIGURA 2)	42
4.2.8 MANEJO DE SÍNTOMAS DIGESTIVOS.....	43
4.2.8.1 CUIDADOS DE LA BOCA, MUCOSITIS, XEROSTOMÍA, CANDIDIASIS.....	43
4.2.8.2 NAUSEA Y VOMITO	46
4.2.8.3 ESTREÑIMIENTO.....	48

4.2.8.4 OCLUSIÓN INTESTINAL.....	49
4.2.8.5 HIPO.....	51
4.2.9 PIEL Y MUCOSAS.....	52
4.2.9.1 PRURITO.....	53
4.2.10 MANEJO DE SÍNTOMAS URINARIOS	54
4.2.11 SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS	54
4.2.11.1 DEPRESIÓN	54
4.2.11.2 ANSIEDAD	55
4.2.11.3 INSOMNIO.	57
4.2.11.4 DELIRIUM.	58
4.3 APOYO PSICOSOCIAL, ESPIRITUAL, ATENCIÓN A LA FAMILIA, SEDACIÓN Y DUELO.....	60
4.3.1 DUELO.....	60
4.3.2 SEDACIÓN PALIATIVA.....	63
4.3.3 COMUNICACIÓN EFECTIVA.	65
4.4. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA ATENCIÓN PALIATIVA.....	68
4.4.1 CAPACITACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LOS CUIDADORES FORMALES E INFORMALES Y DEL PACIENTE. (FIGURA 3).....	69
5. ANEXOS.....	72
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	72
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	74
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	76
5.4 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS	90
5.5 ALGORITMOS.....	93
6. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.....	97
7. BIBLIOGRAFÍA.....	99
8. AGRADECIMIENTOS.	102
9. COMITÉ ACADÉMICO.	103
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	104
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	105

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro: IMSS-440-11	
Profesionales de la salud.	<Médico Anestesiólogo, Algólogo, Psiquiatra, Psicólogo(a), Enfermera
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: Z51.5 Atención paliativa
Categoría de GPC.	Primer, Segundo y Tercer nivel de atención
Usuarios potenciales.	Personal dedicado a la salud en contacto con los pacientes que requieren cuidados paliativos (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajador social y otros relacionados con la práctica de este servicio).
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social, Universidad Autónoma de México, Dirección General de Educación y Calidad SSA.
Población blanco.	Pacientes pediátricos y adultos con diagnóstico de enfermedades crónicas, evolutivas, incurables con síntomas múltiples, asociados a la enfermedad y que presentan trastornos en la dinámica familiar, económica y social
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas.	Intervenciones farmacológicas, no farmacológicas, sedación paliativa
Impacto esperado en salud.	1. Oportunidad en la atención de los pacientes que requieren cuidados paliativos. 2. Control adecuado de los síntomas en pacientes con cuidados paliativos. 3. Percepción de satisfacción del usuario y su familia 4. Disminución en los tiempos de estancia prolongada en los servicios de urgencias y/o admisión continúa 5. Número de pacientes en etapa terminal que se egresan a su domicilio bajo un programa de cuidados paliativos. 6. Disminución en el número de mortalidad intrahospitalaria. 7. Uso racional y consumo de opioides para control de síntomas en los usuarios de cuidados paliativos. 8. Mejora de la calidad de vida 9. Satisfacción del paciente, familia y profesional de la salud con el proceso de la atención en cuidados paliativos
Metodología ¹ .	Adopción de guías de práctica clínica o elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisión/otras fuentes, selección de las guías/revisión/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: - Revisión sistemática de la literatura. - Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. - Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. - Búsqueda en páginas Web especializadas - Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: 30 Guías seleccionadas: 8 Revisión sistemáticas: 4 Ensayos controlados aleatorizados: número de ensayos clínicos aleatorizados seleccionados 4 Reporte de casos: número de reportes de casos seleccionados Otras fuentes seleccionadas: número de otras fuentes seleccionadas
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: institución que validó el protocolo de búsqueda. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: institución que validó por pares> Revisión institucional: Institución que realizó la revisión> Validación externa: institución que realizó la validación externa Verificación final: institución que realizó la verificación
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro: IMSS-440-11

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA

1. ¿Cuál es la necesidad de establecer una guía de práctica clínica en cuidados paliativos en México?
2. ¿Cuáles son los pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos?
3. ¿Quiénes son los responsables en la calidad de la atención de estos pacientes?
4. ¿Qué criterios son importantes a investigar en los cuidados paliativos?
5. ¿Qué prevalencia existe de los síntomas de los cuidados paliativos?
6. ¿Cómo se van a tratar los diferentes síntomas de pacientes con cuidados paliativos?
7. ¿En qué nivel de atención corresponde el manejo de cada uno de los síntomas?
8. ¿Cuáles son los criterios de inclusión para la atención domiciliaria en paciente paliativo?

Comunicación efectiva con el paciente y su familia

9. ¿Cuáles son los criterios que deben ser considerados para una comunicación efectiva?
10. ¿Cuáles son los aspectos éticos que se deben considerar para la comunicación efectiva?

Control de Síntomas

11. ¿Cuáles son los instrumentos y /o escalas que evalúan los síntomas y estado funcional más frecuentes en cuidados paliativos?
12. ¿Cuál es el abordaje más efectivo para el manejo de astenia, anorexia, caquexia?
13. ¿Cuál es el mejor abordaje en el manejo del dolor?
14. ¿Cómo deben manejarse las urgencias paliativas; compresión medular, convulsiones, hemorragia e hipercalcemia?
15. ¿Cuál es la mejor evidencia para el manejo de los síntomas respiratorios; disnea, tos, síndrome de la vena cava superior?
16. ¿Cuál es la mejor evidencia para el manejo de los síntomas digestivos; cuidados de la boca, náusea y vómito, estreñimiento, oclusión intestinal, hipo?
17. ¿Cuál es la mejor evidencia para el abordaje de cuidados de la piel y mucosas?
18. ¿Cuál es la mejor evidencia para el manejo de los síntomas genitourinarios?

19. ¿Cuál es la mejor evidencia para el manejo de los síntomas psicológicos y psiquiátricos; depresión, ansiedad, insomnio, delirium?

Apoyo psicosocial, espiritual, atención a la familia, en la agonía, sedación y duelo

20. ¿Cómo se define la etapa agónica?
21. ¿Cuáles son los criterios para indicar la sedación terminal?
22. ¿Cómo se identifica la etapa del duelo y ¿a quién corresponde el apoyo?
23. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado para abordar el duelo en el paciente y su cuidador principal?
24. ¿Cuál es el papel del cuidador primario informal en la atención de cuidados paliativos?
25. ¿Cuáles son los requisitos necesarios para la atención psicológica para el cuidador informal?
26. ¿A quién le corresponde informar el diagnóstico, pronóstico y evolución de la enfermedad?

Capacitación del equipo interdisciplinario, cuidadores formales e informales del paciente

27. ¿Quién es el responsable de la coordinación del equipo interdisciplinario de cuidados paliativos?
28. ¿Cuál debe ser la formación de los profesionales del equipo de salud en la atención de los cuidados paliativos?
29. ¿Cuál es la capacitación básica y esencial que se necesita en el cuidador informal?
30. ¿Cuál es la función de enfermería, en los cuidados paliativos?
31. ¿Cuál es la función de trabajo social, en los cuidados paliativos?
32. ¿Cuál es la función de las promotoras voluntarias en los cuidados paliativos?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

Hasta el siglo XIX, el alivio de síntomas fue la tarea principal del tratamiento médico, ya que las enfermedades evolucionaban básicamente siguiendo su historia natural. Durante el siglo XX la medicina cambió de orientación, concentrando sus esfuerzos en descubrir las causas y curas de las enfermedades, el manejo sintomático fue relegado a segundo plano e incluso despreciado por la comunidad médica. Es así como no es sorprendente que en la actualidad, la medicina esté orientada fundamentalmente a prolongar las expectativas de vida de la población más que a velar por la calidad de ésta.

Sin embargo el aumento de la expectativa de vida y la disminución de la tasa de natalidad se ha acompañado de una mayor incidencia de enfermedades crónicas degenerativas en las últimas cuatro décadas. Actualmente la esperanza de vida promedio mundial es de 65 años, 7 años más de lo que se esperaba a finales de los años 60. Se prevé que para el año 2025, un tercio de la población mundial tendrá más de 65 años.

Por otra parte, las enfermedades crónicas son la causa actual del 60% de las muertes prematuras a nivel mundial (García - García 2009). Entre ellas, las principales enfermedades relacionadas con el fallecimiento de la población son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos.

El cáncer es un problema de salud pública. Cada año aproximadamente 9 millones de personas enferman de cáncer en el mundo, 70% de ellos fallece por tal enfermedad. (WHO, 2007). Según la Organización panamericana de la salud (OPS, 2006), para el 2020 se espera 840, 000 defunciones por cáncer y uno de los aspectos más olvidados es la atención de cuidados paliativos.

Durante la Edad Media los hospicios (hospitales en francés) fueron lugares de acogida para peregrinos, proporcionándoles no sólo alimento y refugio sino también cuidados a los que venían gravemente enfermos o moribundos. En la década de los sesenta se originan, en distintos países pero principalmente en Inglaterra, movimientos que nacieron de la reacción de pacientes graves incurables y de sus familias y que tenían como objetivo mejorar el apoyo a enfermos en fase terminal. El origen etimológico de la palabra paliativo es la palabra latina *pallium*, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento (Mount BM, 2003).

Actualmente existen alrededor de 8000 servicios de Cuidados Paliativos (CP) en el mundo, en aproximadamente 100 países diferentes. Estos servicios son diversos e incluyen: Unidades móviles de apoyo intrahospitalario, Unidades de Cuidados Paliativos intrahospitalarias, Casas de Reposo para pacientes terminales, Unidades hospitalarias diurnas, Equipos de control ambulatorio y de apoyo domiciliario.

En México no se tienen suficientes datos sobre qué porcentaje de pacientes requiere este tipo de cuidados, en Canadá menos del 10% de las familias tiene acceso a unidades de cuidados paliativos (Dumont et. al, 2006) en tanto que en España se calcula, que sólo uno de cada tres pacientes que fallece por cáncer recibe asistencia paliativa adecuada durante los últimos meses de su vida (Cubedo, 2006).

En México en la década de los 60's surgió la Medicina del Dolor, a partir de entonces se han desarrollado centros especializados en el manejo del mismo así como en las instituciones de salud mexicanas aunadas al compromiso serio de insertar servicios de manejo del dolor en los hospitales del sector salud. El 3 de Julio de 1990 en el Diario Oficial de la Federación aparece la Norma Técnica No. 329 para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de terapéutica del dolor por cáncer. La reforma de la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos publicada en el diario oficial de la federación el 5 de enero de 2009 adiciona un título VIII BIS brindándole carácter de obligatoriedad.

El constante desarrollo de estas Clínicas del Dolor, sumado a la gran demanda de atención de los enfermos y al incremento de casos de enfermedades oncológicas y otros padecimientos incurables, hace necesario la creación de un especialista en dolor (algiólogo) que se involucre en la Medicina paliativa.

3.2 JUSTIFICACIÓN

Los cuidados paliativos son especialmente importantes en países poco desarrollados (Institute for clinical system improvement (ICSI). Health care guidelines: palliative care. 3ed, 2009), debido a que dos tercios de los casos ocurren en estos países (WHO, 2007). Gran porcentaje de pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando ya no es posible la curación pero cuando aún se puede aliviar el sufrimiento empleando intervenciones de bajo costo (Institute for clinical system improvement (ICSI). Health care guidelines: palliative care. 3ed, 2009) lo cual es un requisito necesario debido a que estos países solo cuentan con el 5% de los recursos totales para el control del cáncer lo que lleva a que los pacientes fallezcan en condiciones deplorables: sin la analgesia adecuada y sin los cuidados que una enfermedad terminal requiere (WHO, 2007).

Los cuidados paliativos no deben reservarse únicamente para las últimas etapas de la vida, sino deben aplicarse de manera conjunta al tratamiento curativo, el cual intenta modificar la enfermedad, disminuye mientras la enfermedad progresa en tanto que el cuidado paliativo se incrementa cuando el paciente se acerca al final de la vida (International association for hospice and palliative care in the developing World, 2005; Guía de práctica clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008).

Además los cuidados paliativos deben ser extensivos a la familia aun después de la muerte del paciente (International asociación for hospice and palliative care in the developing World, 2005; Guía de práctica clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008). Es necesario considerar la implementación de los cuidados paliativos en los niños, población sobre la cual no se tiene mucha información debido a que los tabús respecto a que los niños no deben morir que están presentes en la población sobre todo en los países desarrollados (Newberry et al, 2006).

De lo anterior podemos concluir que la mayor parte de nuestra población pasará por una fase de enfermedad terminal, más o menos prolongada, con una gran demanda en recursos humanos y económicos lo cual representa un reto a nuestros sistemas de salud, además de que la presencia de múltiples síntomas, cambiantes y progresivos tendrán gran impacto sobre el propio paciente, su familia y el equipo asistencial. Por lo que es necesario crear guías de intervención adecuadas a la población mexicana en el ámbito de los CP.

3.3 PROPÓSITO

El propósito de la presente guía de práctica clínica es proporcionar al profesional en salud los elementos más importantes para el abordaje del paciente fuera de expectativa curativa (PaFEC) que requiere de cuidados paliativos en los tres niveles de atención.

3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **sobre Cuidados Paliativos**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

Objetivo General

Servir como instrumento para mejorar la calidad de atención en salud, de pacientes con padecimientos avanzados, progresivos e incurables con un pronóstico de vida limitado en los tres niveles de atención a la salud.

Esta guía pone a disposición del equipo interdisciplinario, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales en la toma de decisiones sobre:

- El manejo de pacientes que requieren cuidados paliativos
- La comunicación efectiva entre el equipo interdisciplinario, y el paciente (oncológico y no oncológico) y su familia.
- Las estrategias más costo efectivas para el control del dolor
- Las estrategias para el manejo de los síntomas, digestivos, respiratorios, neurológicos, genitourinarios, hepatorrenales, psicológicos y psiquiátricos entre otros.
- La capacitación del personal de salud, el cuidador informal y el paciente sobre la importancia de apoyo psicosocial y espiritual para el manejo de la sedación, la agonía y el duelo.

3.5 DEFINICIÓN

La OMS define los cuidados paliativos, como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Es importante resaltar que un paciente susceptible de recibir cuidados paliativos es aquel que cursa con una enfermedad o condición avanzada crónica e incurable que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos y oncológicos independientemente del pronóstico de tiempo de sobrevida. (Billings, A. 1998, WHO definition of palliative care, 2007)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	la [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

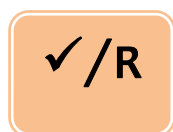
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 INTRODUCCIÓN A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

4.1.1 ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LOS CUIDADOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 El enfermo tiene derecho a recibir CP a nivel domiciliario y hospitalario. Los objetivos a nivel organizativo consisten en asegurar que los servicios se otorguen con calidad y calidez y que estén disponibles para todos los pacientes de forma continua y permanente, que exista una coordinación entre los distintos niveles y que se establezcan competencias y criterios claros de derivación.	4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

E	Tanto a nivel domiciliario como hospitalario existe evidencia de los beneficios de los CP. A pesar de que los estudios presentan algunos problemas en su diseño, muestran un consistente beneficio en la satisfacción de los cuidadores y un efecto modesto en los resultados sobre los pacientes, dolor, control de síntomas, disminución de la ansiedad).	1+/2+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	Los modelos de CP que se apoyan en los diferentes niveles de atención médica obtienen una mayor satisfacción de los profesionales de salud y una mejoría en el resultado del servicio. (Cuadro 1)	1+/2+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	Se ha mostrado que las redes sociales son una fuente importante de apoyo para los cuidadores de los pacientes con cáncer, se encontró un incremento significativo de las actividades sociales durante el período de tratamiento.	A NICE,2004
E	La revisión para establecer criterios de derivación entre los diferentes niveles de atención concluye que el segundo y tercer nivel pueden otorgar un adecuado tratamiento a casos complejos, si el primer nivel de atención capta los casos no oncológicos, procurando continuidad en los cuidados, incrementando el número de muertes en domicilio y disminuyendo el número de consultas a urgencias.	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	No hay evidencia sobre cuál es el mejor modelo organizativo, la mayoría de los programas contemplan varios niveles de atención, dependiendo de la cantidad y diagnóstico de los pacientes. El primer nivel: Debería evaluar las necesidades de los pacientes y responder, de acuerdo a sus capacidades en cuanto a conocimientos, habilidades, competencias y recursos. También saber cuándo derivar a los pacientes a otro nivel de atención.	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	El segundo nivel debería proporcionar la atención a pacientes con necesidades más complejas. Realizar pruebas diagnósticas complementarias o tratamientos específicos ante síntomas de difícil control.	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008

R

Las intervenciones paliativas deben basarse en las necesidades del enfermo y de su familia más que en un plazo de supervivencia esperada.

Todos los PaFEC (Paciente fuera de expectativa curativa) deberían tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención.

D

GPC Cuidados Paliativos España, 2008.

R

Las Instituciones de Salud deben promover la capacitación de sus profesionales para proporcionar CP básicos, además de la accesibilidad de los cuidados especializados independientemente del nivel de atención.

D

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

R

Las Instituciones de Salud deberían garantizar la coordinación entre los diferentes servicios y niveles de atención, así como garantizar la continuidad de cuidados, durante las 24 horas, los 365 días del año

B

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

R

Los CP deberían ser proporcionados, por un equipo interdisciplinario de acuerdo a su nivel de atención

B

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

✓/R

La forma de proporcionar los niveles de atención depende de las características del medio (rural, urbano) y de los recursos disponibles de acuerdo a la Institución de Salud que pertenezca.

Punto de buena práctica.

✓/R

El paciente en situación terminal tiene derecho a recibir atención médica integral cuando lo requiera así como dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado y optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular.

Punto de buena práctica.

✓/R

El médico proporcionara los cuidados paliativos desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad y se haya informado al enfermo las opciones que existan de cuidados Paliativos, respetando su decisión y (Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos, CAPÍTULO IV Artículo 166 Bis 9) pidiendo el consentimiento informado del enfermo por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal.

Punto de buena práctica.

✓/R

Se sugiere brindar al paciente toda la información de forma clara sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar y así poder solicitar al mismo el consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos. (Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos)

Punto de buena práctica

4.1.2 CONCEPTOS RELEVANTES

4.1.2.1 AUTONOMÍA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La autonomía del paciente es uno de los cuatro principios básicos de la bioética, base de la deontología médica y clave de una buena práctica en salud, que adquiere relevancia en las decisiones al final de la vida. Es la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente, y en ausencia de coacción interna o externa.

4

GPC Cuidados Paliativos
España, 2008

E

La autonomía del paciente reconoce que la persona enferma tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Reconoce también que todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento.

4

GPC Cuidados Paliativos
España, 2008

✓/R

Es recomendable consultar la reciente modificación de La Ley General de Salud Mexicana en materia de cuidados paliativos (2009), lo referente a la autonomía.

Punto de buena práctica

✓/R

La autonomía es la capacidad del paciente de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente, y en ausencia de coacción interna o externa, es uno de los cuatro principios básicos de la bioética, base de la deontología médica y clave de una buena práctica en salud, que adquiere relevancia en las decisiones al final de la vida y en el aprovechamiento de sus capacidades físicas

Punto de buena práctica

4.1.2.2 CALIDAD DE VIDA.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Está influida por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales de su entorno". 4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
	La calidad de vida se centra en aspectos físicos o mentales del paciente, en la capacidad de llevar una vida normal y una vida social satisfactoria, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. En la calidad de vida pueden identificarse cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social y espiritual. 4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

4.1.2.3 SUFRIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El sufrimiento es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación amenazante de la integridad, la impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla. 4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

E

El PaFEC, presenta sufrimiento por los síntomas físicos, psicológicos y el estado existencial, así como la percepción de ser una carga para sí mismo y para los demás.

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

El cuidador, presenta sufrimiento por factores psicosociales, incertidumbre, el sentimiento de impotencia, el miedo a la muerte del enfermo, la alteración de los roles y estilos de vida, problemas económicos, la pena y el pesar por el deterioro del enfermo, carga económica y los conflictos entre los cuidadores.

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

En los profesionales de la salud se presenta el sufrimiento por la exposición constante al sufrimiento del paciente, por la pérdida de pacientes. La frustración, impotencia y el sentimiento de fracaso, la excesiva presión laboral, carencia de recursos, dificultad en la toma de decisiones terapéuticas, dificultades en la comunicación con el enfermo y con sus familiares.

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

El sufrimiento es complejo y requiere una evaluación interdisciplinaria para construir una alternativa terapéutica eficaz que dé respuesta a los problemas del paciente y de su familia. Se debe realizar una monitorización y evaluación continua con objeto de modificar el plan de cuidados según las necesidades del enfermo y de su familia.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

✓/R

El PaFEC, presenta síntomas físicos, psicológicos y del estado existencial, así como la percepción de ser una carga para sí mismo y para los demás, sin embargo, también posee la capacidad de resiliencia que le ayuda a afrontar las crisis y aprovecharlas para ser transformado, convirtiendo su situación en un trampolín que lo impulse a ir más allá del dolor.

Punto de buena práctica

✓/R

En los profesionales de salud se puede presentar cansancio emocional por exposición constante a experiencias humanas dolorosas, despersonalización, que se manifiesta en la deshumanización del trato como autodefensa inconsciente y pérdida en el nivel de la realización profesional (burnout) lo que afecta la toma de decisiones terapéuticas, la comunicación con el enfermo y con sus familiares

Punto de buena práctica

4.2 CONTROL DE SÍNTOMAS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Las escalas MSAS, Rotterdam Symptom Checklist, Worthing Chemotherapy Questionnaire, Oncology Treatment Toxicity Scale y The Computerized Symptom Assessment Instrument son apropiadas para la valoración inicial y seguimiento.

3

GPC Cuidados Paliativos
España, 2008

Las de MDASI; ESAS (Edmonton), SDS CAMPAS-R y Condensed MSAS son apropiadas para el seguimiento. (Cuadro 2)

R

La valoración de los síntomas del PaFEC debe ser multidisciplinaria, individualizada, continua y adaptada al enfermo y su familia y continua.

D

GPC Cuidados Paliativos
España, 2008

En el caso de que se opte por el uso de escalas de valoración de síntomas, se recomienda el uso de instrumentos validados

R

Un control efectivo de síntomas incluye una valoración personalizada y el tratamiento de cada síntoma; la información al enfermo y a su familia, y la consideración de sus preferencias

D

GPC Cuidados Paliativos
España, 2008

R

La vía de tratamiento preferente debe ser la vía oral. Cuando esta no es posible, se recomienda utilizar la vía subcutánea. (fentanilo y buprenorfina)

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

4.2.2 PREDICCIÓN DE LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La estimación clínica de la supervivencia en los pacientes oncológicos avanzados es un predictor independiente de la supervivencia real.

2++

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

La experiencia clínica mejora la precisión pronóstica, pero empeora cuando la relación médico-paciente es muy cercana

E

La estimación es más precisa cuanto menor sea el tiempo de supervivencia y en enfermos con un índice de Karnofsky inferior a 40. (Cuadro 3.)

2++

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

Los factores pronósticos en pacientes con cáncer asociados a la supervivencia son: el estado funcional (Karnofsky), la estimación clínica de la supervivencia, el deterioro cognitivo, la anorexia, la disnea, la xerostomía, la pérdida de peso y la disfagia

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

La escala Palliative Prognostic Score (PaP score) (Cuadro 4) es útil en los pacientes con cáncer avanzado, basándose en la función de su probabilidad de supervivencia a los 30 días. Y tiene poco valor en pacientes no oncológicos.

2+

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

En pacientes con ICC y FEVI <30%, el Seattle Heart Failure Model predice de forma aceptable la supervivencia a uno, dos y cinco años

2+

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

En pacientes con enfermedad hepática avanzada, el MELD (Model for End Liver Disease) predice la supervivencia a los tres meses de forma aceptable

2+

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

La escala de Walter clasifica de forma aceptable el riesgo de mortalidad al año en pacientes mayores de 70 años hospitalizados, en base a seis factores pronósticos: sexo masculino, índice Katz modificado, comorbilidad (índice Charson), cáncer, creatinina >3 mg/dl y albúmina <3-3,4 g/dl; pero requiere mayor validación

2+

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

Para la estimación de la supervivencia en enfermos con cáncer avanzado, se recomienda la impresión clínica y tener en cuenta la presencia de factores pronósticos, el estado funcional (Karnofsky) o la escala pronóstica PaP (Palliative Prognostic Score). Esta última se recomienda en oncología, ya que no ha sido validada en otros ámbitos.

C

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

En enfermos no oncológicos, los modelos predictivos de supervivencia precisan una mayor validación. Es preferible considerar los factores de mal pronóstico de cada enfermedad o escalas validadas (Seattle Heart Failure Model para ICC y MODEL para insuficiencia hepática), siempre teniendo presente la incertidumbre y el curso poco predecible de las enfermedades no oncológicas.

C

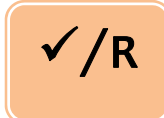
*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

✓/R

Se debe de ser claro, preciso y sutil en la forma en que se dice el pronóstico. Es necesaria la revisión y validación al sistema Nacional de Salud Mexicano.

Punto de buena práctica.

4.2.3 ABORDAJE DE LOS SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 A nivel mundial, los centros especializados en cuidados paliativos en los diferentes niveles de atención constan de equipos interdisciplinarios, capacitados, que dependen de los recursos disponibles y asignados para brindar la mejor atención al paciente y su familia	IV NICE, 2004 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
 Se propone implementar y adaptar dicho modelo en los tres niveles de atención en el sector salud	D NICE 2004 D GPC Cuidados Paliativos España, 2008
 El ingreso a las unidades de cuidados paliativos debe ir precedido de la firma del consentimiento informado y seguir la Norma Oficial del Expediente Clínico	Punto de buena práctica.

4.2.4 ASTENIA, ANOREXIA-CAQUEXIA Y DESHIDRATACIÓN

4.2.4.1. ASTENIA Y ANOREXIA-CAQUEXIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 Se entiende por astenia el estado que incluye cansancio ante mínimos esfuerzos, disminución de la capacidad funcional, sensación de debilidad definida como la sensación anticipada de incapacidad de iniciar cualquier actividad, disminución de la capacidad de concentración, alteración de la memoria y labilidad emocional. La astenia es el síntoma más frecuente en CP; puede presentarse hasta en el 90% de los casos. Son muchos los factores implicados y pueden aparecer en diferentes momentos en un mismo paciente	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008

E

La anorexia, definida como falta de apetito, y la pérdida de peso pueden acompañar a la astenia en estos pacientes.

La caquexia es el cuadro de desnutrición y pérdida de peso que puede asociarse a la astenia, sobre todo en la fase final del paciente en CP.

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

La evaluación inicial por parte del equipo ante un paciente con astenia, anorexia-caquexia incluye la identificación y, si es posible, el tratamiento de las causas desencadenantes; el consejo sobre actividades diarias; reposo y sueño adaptados a cada situación, y una exploración de las expectativas y creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

La astenia puede tener un componente subjetivo individual muy importante. Es necesario que el equipo tenga en cuenta que cada paciente precisa adaptar sus actividades a su nueva situación. Una correcta comunicación, apoyo y consejo por parte del equipo puede reducir la carga que supone la disminución de la capacidad funcional para el paciente y sus cuidadores.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

Los corticoides son eficaces en el tratamiento de la astenia y anorexia en pacientes en CP.

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

Acetato de megestrol es más eficaz que placebo e igual que los corticoides en la mejora del apetito y en el peso

1++

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

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

A

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

Los tratamientos farmacológicos con pentoxifilina, ciproheptadina o melatonina muestran resultados contradictorios en el tratamiento de la anorexia-caquexia.

1+

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

Hidracina no es eficaz en el tratamiento de la anorexia-caquexia.

1+

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

✓/R

Es importante reconocer que la astenia, anorexia caquexia, constituye un gran problema de confort para el mayor número de enfermos en fase avanzada.

Punto de buena práctica

4.2.4.2 DESHIDRATACIÓN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Existe escasa evidencia que relacione el aporte de fluidos con el alivio de síntomas como boca seca, sed y estado confusional

3

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

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

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

La administración de líquidos por vía parenteral requiere una valoración individualizada, sopesando ventajas e inconvenientes. Esta valoración debería incluir las expectativas sobre la administración de fluidos del paciente y su familia

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

Si se opta por la rehidratación parenteral, puede considerarse en primer lugar la vía subcutánea, siempre que se cuente con los medios necesarios y personal preparado.
En caso de imposibilidad de las vías SC y endovenosa, puede considerarse el uso de la vía rectal

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

✓/R

En caso de optar por la rehidratación parenteral fuera del ámbito hospitalario, la hipodermoclisis es la primera opción que debe considerarse

Punto de buena práctica.

4.2.4.3 TRATAMIENTO DEL DOLOR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La valoración del dolor requiere una evaluación multidisciplinaria (nocicepción, percepción y expresión), determinar la causa y medir la intensidad	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008 NICE, 2004
E En los pacientes oncológicos con dolor, este puede estar provocado por el cáncer (78%), por los tratamientos de cáncer (19%) y por causas ajenas al cáncer y su tratamiento (3%).	3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E Con la escalera analgésica de la OMS se logra un control adecuado del dolor entre el 45% y el 100 % de los pacientes oncológicos, aunque esto no ha sido evaluado con Estudios Clínicos Aleatorizados	3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E En el primer escalón de la escalera analgésica, se indican AINE, preferentemente para el tratamiento del dolor de leve a moderado en el paciente que no ha recibido opioides. Los AINE limitan su utilización por la gastropatía y nefropatía asociadas con su uso prolongado (en mayores de 65 años, en historias de úlcera y en uso concomitante de corticoides).	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E El segundo escalón de la escalera analgésica. Los opioides de este nivel están indicados en pacientes con dolores de leves a moderados y en general, antes de decidir el uso de agonistas puros más potentes.	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E En el tercer escalón de la escalera analgésica. La morfina ha constituido la primera línea de tratamiento por vía oral o subcutánea, por ser un fármaco de fácil titulación debido a sus cuatro horas de promedio de vida activa, prolongables hasta el doble en los pacientes geriátricos	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008

E	La evidencia es controversial con relación a la asociación de AINE +Opioides.	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	Los fármacos coadyuvantes son eficaces en el tratamiento del dolor, en los pacientes en Cuidados paliativos.	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	Fentanilo oral transmucosa tiene la misma efectividad que la morfina oral, para el dolor irruptivo.	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), anticonvulsivantes (carbamazepina, gabapentina, pregabalina) y los opioides son eficaces en el alivio del dolor neuropático	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	Existe poca evidencia de que el tratamiento combinado de fármacos con distintos mecanismos de acción mejore la respuesta al tratamiento, y lo único que se ha observado es que se incrementen los efectos adversos.	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	Calcitonina no mejora el dolor ni la morbilidad asociada a las metástasis óseas. La radioterapia es eficaz en el alivio del dolor y la morbilidad asociada a las metástasis cerebrales	1++ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	La radioterapia ya sea en dosis única o fraccionada es eficaz en el alivio del dolor asociado a metástasis óseas, riesgo de fracturas y compresión medular y puede asociarse con un pequeño aumento en la necesidad de retratamiento	1++ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i> <i>NICE,2004</i>
E	Los bisfosfonatos son eficaces en el alivio del dolor y disminuyen las complicaciones asociadas a las metástasis óseas. Estos hallazgos son más consistentes para el cáncer de mama y, en menor medida, para el de próstata	1++ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i> <i>NICE,2004</i>

E	De los Bifosfonatos el Pamidronato IV y el Ácido zoledrónico IV son los más eficaces en el alivio de la morbilidad asociada a las metástasis óseas	1++ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i> <i>NICE,2004</i>
E	Los radioisótopos son moderadamente eficaces en el alivio del dolor asociado a las metástasis óseas	1++ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i> <i>NICE,2004</i>
E	Existe evidencia controvertida y escasa sobre la efectividad de las terapias alternativas en el tratamiento del dolor en cuidados paliativos	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i> <i>NICE,2004</i>
R	El dolor es una experiencia multidimensional que requiere una evaluación multidimensional	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i> <i>NICE,2004</i>
R	En la atención al dolor en Cuidados Paliativos se recomienda realizar una evaluación integral, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia.	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	El equipo interdisciplinario que trata el dolor en Cuidados Paliativos debería capacitar al paciente y a su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas.	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	Las escalas para medir la intensidad del dolor son las herramientas más prácticas y sencillas para la autoevaluación.	C <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	Para valorar el dolor, se recomienda el uso de escalas validadas como la Escala Visual Análoga (EVA) o el Cuestionario Breve del Dolor (Cuadro 5, 6)	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

R

En el tratamiento farmacológico del dolor, se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

La evaluación del dolor y la eficacia del tratamiento debe ser continua y requiere ser documentada, efectuarse a intervalos regulares y después de iniciar el tratamiento, se debe instruir a los pacientes para informar sobre algún cambio en las características del dolor para permitir así una reevaluación apropiada y la consiguiente modificación en el tratamiento.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

Se debe tener cuidado con uso excesivo de opioides en el paciente que está experimentando un delirium o somatización.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

La administración de analgésicos debe ser gradual, monitorizada e individualizada.

A,B

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

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

Morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo. El tratamiento alternativo es fentanilo oral transmucoso.

B

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

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

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

Los pacientes con metástasis óseas dolorosas deben recibir analgesia conforme a la escalera de la OMS, comenzando por los AINE

B

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

No se debe infravalorar el dolor de un paciente, es decir, debemos creer en el paciente.

La evaluación del manejo multimodal del dolor debe ser efectuada por un profesional en el área, con adecuación a las circunstancias de salud del paciente y los recursos existentes.

✓/R

Se recomienda el uso de un laxante, siempre que se indique el uso de un opioide.

Punto de buena práctica

En nuestro país una de las prácticas más comunes en el manejo del dolor intratable en cáncer es el intervencionismo de mínima invasión, efectuado por Anestesiólogos Algólogos.

4.2.5 ASCITIS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La ascitis puede presentarse entre un 15% y un 50% de los pacientes con cáncer. Es mucho más frecuente en determinados tipos de tumores, como el de pulmón, ginecológico, de páncreas o colon. Hasta un 20% de los casos lo son por neoplasia desconocida.	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E Una Revisión Sistemática (RS) reciente estudió la evidencia existente sobre las medidas utilizadas en la práctica: paracentesis, diuréticos y derivaciones peritoneo-venosas.	2+/3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E La paracentesis, diuréticos y derivaciones peritoneo-venosas alivian los síntomas producidos por la ascitis.	3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
R En caso de ascitis maligna que precise tratamiento sintomático puede utilizarse la paracentesis.	D GPC Cuidados Paliativos España, 2008

R

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

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

Las derivaciones peritoneo-venosas deben plantearse en casos seleccionados tras el fracaso de las medidas anteriores.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

✓/R

Es altamente recomendable que el paciente con ascitis maligna, sea monitoreado a menudo ya que los grandes volúmenes de líquido en abdomen, producen síntomas asociados a la misma, que desmerecen la calidad de vida.

Punto de buena práctica

4.2.6 URGENCIAS PALIATIVAS

4.2.6.1 COMPRESIÓN MEDULAR (FIGURA 1)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Se estima que la compresión medular maligna (CMM) podría afectar al 3%-5% de los pacientes con cáncer y que el 10% de los pacientes con metástasis ósea pueden desarrollarla. La tendencia a producir metástasis ósea y CMM depende del tipo de tumor. El más frecuente es el mieloma, seguido del cáncer de próstata, mama y pulmón. La localización más frecuente es en tórax (7%), lumbosacra (20%) y cervical (10%)

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

La supervivencia media tras el diagnóstico de CMM es de seis meses.

La CMM se considera una urgencia médica, por lo que resulta esencial sospecharla ante pacientes con dolor de espalda y debilidad en extremidades inferiores. Los trastornos de la función de esfínteres y de la sensibilidad aparecen en fases más avanzadas. Los retrasos diagnósticos se relacionan con la falta de reconocimiento de los síntomas neurológicos iniciales.

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E	En pacientes seleccionados, la radioterapia y la cirugía obtienen tasas de respuesta del 64% y el 85%, respectivamente.	2+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	La cirugía combinada con la radioterapia mejora la supervivencia, la capacidad y el tiempo de deambulaci3n, en comparaci3n con la radioterapia sola.	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	Ante un paciente con CMM se debe realizar una valoraci3n individual que incluya nivel y n3mero de compresiones espinales, tipo de tumor y extensi3n, pron3stico vital y funcional, grado de afectaci3n neurol3gica, preferencias del paciente y disponibilidad de tratamiento con radioterapia y cirug3a.	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	La cirug3a combinada con la radioterapia es el tratamiento de elecci3n en pacientes seleccionados con pron3stico vital superior a 3 meses.	B <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	Los corticoides, dosis elevadas de dexametasona (100 mg IV en bolos), asociados a la radioterapia, aumentan la tasa de respuesta al tratamiento	2+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	Se recomienda administrar corticoides a dosis altas, tanto en el tratamiento con radioterapia como con cirug3a.	B <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
✓/R	Se recomienda que a los enfermos susceptibles de padecer una potencial compresi3n medular maligna, se les haga monitoreo diagn3stico anticipado con estudios de imagen.	Punto de buena pr3ctica

4.2.6.2 CONVULSIONES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Una convulsión es un episodio de contracciones musculares involuntarias generalizadas. El estatus epiléptico se define como una crisis que dura más de 30 minutos o la sucesión de dos o más crisis sin recuperar completamente la conciencia. Sin embargo, se debe tratar activamente una crisis a partir de cinco minutos de duración. 4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	En los pacientes oncológicos, las convulsiones pueden deberse a diversos factores: • Tumores cerebrales primarios y metástasis cerebrales. • Quimioterapia: especialmente si es a dosis altas o en insuficiencia hepática o renal. • Trastornos metabólicos. • Síndromes paraneoplásicos. • Complicaciones cerebrovasculares (trombosis de senos venosos, hemorragias cerebrales). • Infecciones del SNC. • Radioterapia craneal (encefalopatía aguda por radiación y necrosis diferida). 4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	El diagnóstico etiológico después de una crisis exige una anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias (analítica, EEG, estudios de imagen) cuya realización se debe individualizar en función del estado del paciente y de sus preferencias. 4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

E

El tratamiento de una crisis convulsiva en un paciente paliativo es igual que en otro paciente cualquiera. En la mayoría de los casos, una crisis epiléptica se resuelve espontáneamente en segundos o minutos. Sin embargo, si se prolonga, precisará atención urgente.

Ante una crisis convulsiva de comienzo reciente, el objetivo es minimizar la posibilidad de lesiones. Para ello, los allegados del paciente deben ser educados acerca de cómo actuar.

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

La profilaxis anticonvulsiva no es eficaz en la prevención primaria de convulsiones en los pacientes con neoplasias cerebrales.

1+

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

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

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

Diazepam intravenoso o vía rectal y midazolam subcutáneo son eficaces en el control de las crisis convulsivas.

1+

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

El tratamiento inicial de la crisis convulsiva es diazepam IV o rectal. La opción alternativa es midazolam subcutáneo.

B

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

✓/R

Se recomienda que el paciente que padece crisis convulsivas, siempre se encuentre acompañado.

Punto de buena práctica

4.2.6.3 HEMORRAGIA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El 6%-10% de los pacientes con cáncer avanzado tienen episodios de sangrado clínicamente significativo, que puede manifestarse de maneras diversas: hematemesis, melena, hemoptisis, hematuria, epistaxis, sangrado vaginal o úlcera cutánea sangrante, entre otras. Es importante identificar a los pacientes con riesgo hemorrágico elevado, especialmente aquellos con posibilidad de sufrir un sangrado masivo, como los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y los que tienen una mala situación funcional o mal pronóstico previo.	4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
	La hemorragia puede ser debida a una causa anatómica local, como el daño vascular producido por la invasión tumoral, o ser consecuencia de un proceso sistémico, como la infiltración de la médula ósea, la acción de ciertos fármacos o la insuficiencia hepática.	4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
	El tratamiento de los episodios debe ser individualizado y depende de diversos factores, como la posibilidad de reversión o control de la causa del sangrado, la existencia de episodios previos y su respuesta al tratamiento recibido, la situación clínica actual y el pronóstico vital del paciente, además de sus valores y preferencias.	4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
	No existen estudios de intervención sobre las medidas aplicables en los pacientes con hemorragia en FFV, por lo que las recomendaciones se realizan en base a consensos y revisiones narrativas.	4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

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

a) Disponer en la cabecera del paciente una palangana y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber y disimular la sangre.

b) Colocar al paciente en decúbito lateral y semifowler en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento.

c) Preparar una jeringa precargada con midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mg. administrados por vía parenteral, preferiblemente subcutánea se facilitará el procedimiento si se deja insertada previamente una mariposa, que podría repetirse en caso necesario.

R

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

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

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

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

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

✓/R

Se recomienda que a los enfermos con sangrado activo y potencialmente fatal o grave, deban de ser hospitalizados, evaluados y tratados según la importancia del mismo, según el profesional a cargo.

Punto de buena práctica

4.2.6.4 HIPERCALCEMIA

	• Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La hipercalcemia ocurre en el 10%-20% de los pacientes con cáncer, tanto en tumores sólidos como en leucemia. Los tumores que se asocian con mayor frecuencia a hipercalcemia son los de mama, pulmón, próstata y mieloma múltiple.	4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	La hipercalcemia tumoral puede darse por tres mecanismos: metástasis osteolíticas (frecuente en cáncer de mama y pulmón), hipercalcemia humoral (secreción tumoral de proteína relacionada con la hormona paratiroidea, causa frecuente en tumores sólidos no metastásicos y algunos pacientes con linfomas no-Hodgkin) y producción tumoral de calcitriol (causa de la mayoría de las hipercalcemias en la enfermedad de Hodgkin y en un tercio de los linfomas no-Hodgkin)	4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	La hidratación es necesaria, aunque por sí sola raramente permite normalizar los niveles de calcio, y es necesario monitorizarla para evitar la sobrecarga de fluidos	4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	El tratamiento de elección de la hipercalcemia grave es la hidratación junto con fármacos hipocalcemiantes.	A <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	Los bisfosfonatos por infusión IV consiguen la normocalcemia en el 70% de los pacientes en 2-6 días y son bien tolerados. Las dosis altas de aminobisfosfonatos potentes parecen ser más eficaces	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	Los bisfosfonatos por vía IV son los fármacos de elección en la hipercalcemia aguda; se recomiendan dosis altas de aminobisfosfonatos potentes (como ácido zoledrónico o pamidróico).	A <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

E

Calcitonina de salmón por vía IM o SC es eficaz aproximadamente en un tercio de los pacientes y reduce los niveles de calcio en cuatro horas, con más rapidez que los bisfosfonatos, pero raramente se alcanza la normocalcemia y su eficacia se limita a las primeras 48 horas

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

✓/R

Es altamente recomendable que a pacientes susceptibles de desarrollar hipercalcemia, sean monitoreados con pruebas de laboratorio en la determinación de calcio sérico.

Punto de buena práctica

4.2.7 CONTROL DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

4.2.7.1 DISNEA (ALGORITMO 1. TRATAMIENTO DE LA DISNEA)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La disnea se define como una experiencia subjetiva de molestia para respirar que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad. Su prevalencia en pacientes bajo CP es elevada; puede alcanzar el 85% en los pacientes con ICC y más del 90% entre los pacientes con EPOC.

2+/3

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

Se deben tratar las causas reversibles de la disnea que tienen tratamiento específico, como la insuficiencia cardíaca, la exacerbación de la EPOC y el asma, el broncoespasmo, las arritmias cardíacas, la anemia, el derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior.

2+/3

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*
Reddy S, et.al. Dyspnea in Patients with Advanced Cancer. 2009

E

En muchas ocasiones, el uso de broncodilatadores mejora la disnea del paciente con obstrucción reversible de la vía aérea.

La radioterapia y la quimioterapia pueden ser útiles en la disnea producida por afectación neoplásica pulmonar primaria o metastásica. La evaluación de estas dos medidas en esta situación no es objeto de esta GPC.

2+/3

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E	Valorar la intensidad de los síntomas relatada. Puede utilizarse una escala visual analógica para valorar la intensidad de la disnea o la efectividad de los tratamientos	1+/2 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	Los estudios con relación a la efectividad del uso de oxígeno para mejorar la disnea en reposo y la de esfuerzo no son concluyentes.	1+/2 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	En los pacientes con cáncer la evidencia no es concluyente, pero en algunos ensayos pequeños con diseño cruzado se ha mostrado que los pacientes pueden beneficiarse con el uso de oxígeno	1+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	Las escalas para evaluar la disnea en CP, son diversas pero fundamentalmente se usan en el contexto de la investigación	2+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	Los opioides por vía oral o parenteral son fármacos eficaces en el tratamiento de la disnea en enfermedades avanzadas (Cuadro 7)	1+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	La ventilación no invasiva puede mejorar los síntomas, prolongar la supervivencia, mejorar la calidad de vida en pacientes con disnea cuya causa sean las enfermedades neurológicas motoras en estadios avanzados.	2+/3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	Los corticoides producen alivio de la disnea en pacientes con obstrucción tumoral de la vía aérea, EPOC y Asma.	2+/3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
R	Identificar las causas susceptibles de tratamiento específico contra las que requieren de tratamiento sintomático. Evaluación con escala Edmonton Symptom Assessment System ESAS(Cuadro 2)	C-D GPC Cuidados Paliativos España, 2008 C E[Shekelle Watson, et al., 2005

R

Se recomienda valorar la intensidad de los síntomas relatada por el paciente

D

GPC Cuidados Paliativos España, 2008.

R

Se debe evaluar que la respuesta individual del paciente para valorar la continuidad del manejo con oxígeno

B

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

R

Tratamiento sintomático: se sustenta en tres medidas generales
 Oxigenoterapia
 Terapia farmacológica
 Medidas generales de apoyo
 Acompañamiento permanente
 Ambiente ventilado
 Terapia de relajación

B

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

✓/R

Identificar las causas reversibles con tratamiento específico aun en pacientes terminales
 Evitar la intubación para la ventilación mecánica del paciente

Punto de buena práctica.

4.2.7.2 Tos

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La tos es un síntoma que se encuentra presente en el 4 al 86% de los pacientes con cáncer de pulmón y en el 23 %- 37% en otros cánceres. Las causas de tos en los pacientes oncológicos pueden estar relacionadas o no con su enfermedad principal. (Cuadro 8) En los pacientes con enfermedades crónicas no malignas puede presentarse en el 59% de los casos

3+

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

E

En los casos de tos primaria producida por cáncer de pulmón, el tratamiento específico con quimioterapia y sobre todo con radioterapia es una medida de probada eficacia

3

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

E	En algunos casos de neoplasia de pulmón distintas de la de células pequeñas, la braquiterapia puede ser una opción a considerar si persiste la tos a pesar de la radioterapia paliativa	III NICE 2004 3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	La elección del fármaco y de las vías de administración depende de la situación individual del paciente, de los efectos secundarios o interacciones, y de la experiencia de uso en CP. En caso de precisar un opioide puede optarse por dihidrocodeína .	3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	Cromoglicato sódico se ha mostrado eficaz en la tos en pacientes con cáncer de pulmón resistentes a tratamiento convencional	1+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008
R	Identificar causas que requieren manejo específico y causas que requieren manejo sintomático Manejo sintomático: -Medidas Generales: Drenaje postural, fisioterapia pulmonar -Medidas Farmacológicas: Mucolíticos, expectorantes, antitusígenos periféricos y/o centrales.	A GPC Cuidados Paliativos España, 2008
R	Los pacientes con tos en CP precisan una evaluación individualizada para diagnosticar y, en la medida de lo posible, tratar las causas específicas de la tos. En el caso del cáncer pulmonar debería valorarse la quimioterapia paliativa	D GPC Cuidados Paliativos España, 2008.
R	Para la elección de fármacos, se recomienda valorar otros síntomas acompañantes (dolor, disnea), el uso previo de opioides y posibles interacciones farmacológicas y la vía de administración	D GPC Cuidados Paliativos España, 2008.
R	En pacientes con cáncer de pulmón en los que la tos no responde a los tratamientos habituales, puede utilizarse cromoglicato disódico	C GPC Cuidados Paliativos España, 2008
R	En caso de precisar tratamiento para la tos debida a la EPOC puede utilizarse codeína, dihidrocodeína o dextrometorfano	D GPC Cuidados Paliativos España, 2008

4.2.7.3 SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR (FIGURA 2)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El síndrome de vena cava superior (SVCS) está constituido por un conjunto de síntomas y signos derivados de la obstrucción parcial o total del retorno venoso de la vena cava superior	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E La causa más frecuente de SVCS la constituyen las enfermedades neoplásicas (78-85%) y, dentro de éstas, el carcinoma de pulmón (65% de los casos). La variedad de células pequeñas es el subtipo más prevalente. Tras el cáncer de pulmón se encuentran los linfomas, sobre todo los linfomas no Hodgkin (8% de los casos). Entre un 10 y un 20% está producido por enfermedades benignas, como puede ser el bocio tiroideo o la obstrucción de catéteres venosos. Actualmente hay un aumento de la incidencia de SVCS secundario a la colocación de catéteres centrales.	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E El signo de Botermann consiste en el aumento de la cianosis, del edema facial y de la congestión cefálica cuando se elevan los brazos por encima de la cabeza. Además de la sospecha clínica del SVCS suelen ser necesarias las siguientes pruebas complementarias (fig. 2) 1. Gasometría arterial: para valorar el grado de insuficiencia respiratoria. 2. Radiografía de tórax: en el 80-90% de los casos puede objetivarse una anomalía. En muchas ocasiones se objetiva un ensanchamiento mediastinal	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
R Actualmente el SVCS se considera una urgencia "relativa", y casi nunca está justificado administrar tratamiento radioterápico urgente hasta no tener el diagnóstico histológico. Esto se debe a que las dos causas más frecuentes (el carcinoma microcítico de pulmón y los linfomas) son quimiosensibles	D GPC Cuidados Paliativos España, 2008

R

Las medidas generales para conseguir alivio sintomático.

1. Elevación de la cabecera de la cama a 45-90° para disminuir la presión venosa.
2. Oxigenoterapia a alto flujo.
3. Diuréticos para reducir el edema.
4. Corticoides, cuyo uso está extendido a pesar de ser controvertido. Pueden producir una disminución del componente inflamatorio asociado al tumor y son especialmente útiles en el caso de SVCS secundario a un linfoma.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

La quimioterapia es el tratamiento de elección en el carcinoma microcítico de pulmón y en los linfomas. En ambos casos se utiliza la poliquimioterapia asociada o no a la radioterapia según su extensión

La radioterapia es una parte muy importante del tratamiento en los tumores menos quimiosensibles. En general, se administra una dosis total de 50-60 Gy con distintos fraccionamientos. El campo de radiación debe abarcar el mediastino, los ganglios hiliares

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

✓/R

Es altamente recomendable que a pacientes susceptibles de desarrollar SVCS, sean monitoreados con radiografías de tórax, examen clínico, pruebas respiratorias y gases arteriales

Punto de buena práctica.

4.2.8 MANEJO DE SÍNTOMAS DIGESTIVOS

4.2.8.1 CUIDADOS DE LA BOCA, MUCOSITIS, XEROSTOMÍA, CANDIDIASIS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Los cuidados de la boca son muy importantes en el paciente que se encuentra en cuidados paliativos. Se deben tratar de prevenir los problemas orales por medio de una buena higiene e hidratación para una correcta alimentación y comunicación del paciente.

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

Propósito de una buena higiene oral:

E

- Mantener labios y mucosa oral limpios
- Eliminar la placa y los restos
- Prevenir infección oral, enfermedad periodontal, caries y halitosis
- Aliviar el dolor y el malestar y mantener la ingesta oral
- Minimizar el malestar psicológico y el aislamiento y fomentar la comunicación familiar
- Mantener la dignidad del paciente

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

La mucositis es una reacción inflamatoria que se manifiesta en forma de eritema o ulceraciones y puede acompañarse de xerostomía y cambios en el sentido del gusto. (Cuadro 9) Afecta la calidad de vida de los pacientes y prolonga la estancia hospitalaria e interfiere con la administración de los tratamientos

4

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

Los tratamientos que ofrecen algún resultado positivo en la prevención de la mucositis en al menos dos ECA son amifostina, pasta o pastilla antibiótica y enzimas hidrolíticas. Las astillas de hielo son efectivas en pacientes que reciben quimioterapia con 5-FU. En un solo ECA se muestran efectivos bencidamina, fosfato de calcio, miel cuidados de la boca, sulfato de zinc

1+

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

La xerostomía es la sensación subjetiva de boca seca que no siempre se acompaña de una disminución detectable de la producción de saliva.

3

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

Pilocarpina oral (5-10 mg/8 horas) es eficaz en el tratamiento de la xerostomía. Produce efectos secundarios debido a su acción colinérgica (sudoración, rinitis, molestias urinarias)

1+

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

La candidiasis es la infección micótica más frecuente en pacientes con cáncer; el 27% de los pacientes ingresados en oncología presentan candidiasis con sintomatología clínica y, en pacientes inmunodeprimidos, la candidiasis puede ser el origen de una diseminación sistémica

1+

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E	Los tratamientos tópicos con miconazol, clotrimazol y nistatina y los orales fluconazol e itraconazol, son eficaces en el tratamiento de la candidiasis de los pacientes en CP	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	Existe evidencia débil de que el ketoconazol puede erradicar la candidiasis oral en los pacientes tratados con quimioterapia	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	La indicación del tratamiento farmacológico preventivo debe realizarse de acuerdo con el riesgo de desarrollar mucositis, riesgo basado en la situación clínica y en la modalidad y dosificación del tratamiento (radioterapia o quimioterapia)	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	No hay evidencia suficiente para recomendar el tratamiento de la mucositis con enjuagues de alopurinol, factores estimulantes del crecimiento de granulocitos o inmunoglobulinas, por lo que la base del tratamiento tiene que ser la higiene cuidadosa de la boca y la analgesia.	B <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	En los pacientes con xerostomía, además de la higiene de la boca, se pueden utilizar estimulantes de la salivación, hielo o saliva artificial	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008.</i>
R	En el caso de precisarse tratamiento farmacológico de la xerostomía está indicada la pilocarpina, teniendo en cuenta su beneficio y la posibilidad de efectos secundarios	A <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	La candidiasis no relacionada directamente con radioterapia o quimioterapia puede ser tratada en primer lugar con antifúngicos tópicos (miconazol o clotrimazol) en caso necesario con fármacos orales como itraconazol y fluconazol	B <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	En los pacientes oncológicos con neutropenia o alto riesgo de padecerla que van a recibir tratamientos con quimioterapia y radioterapia, los antifúngicos que se absorben en el tracto gastrointestinal total o parcialmente (fluconazol, ketoconazol, itraconazol, miconazol y clotrimazol) son el tratamiento de elección en la prevención de la candidiasis oral.	A <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008.</i>

4.2.8.2 NAUSEA Y VOMITO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Las náuseas y vómitos se presentan entre 6% y 68% de los pacientes oncológicos y los porcentajes oscilan entre 30% y 50% en pacientes con SIDA, insuficiencia cardíaca o renal 3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	La evidencia sobre los vómitos anticipatorios es escasa. Se ha localizado una revisión reciente. Se sabe que la incidencia e intensidad de los vómitos en el tratamiento inicial determinan la aparición del fenómeno, por lo que una profilaxis correcta puede disminuir su aparición. Los pacientes menores de 50 años, la disfunción familiar y los trastornos emocionales previos son también factores de riesgo. Existe evidencia consistente sobre la eficacia de la psicoterapia con técnicas conductuales (desensibilización sistemática) o de relajación, lo que obliga a disponer de personal especializado. Existen algunos ensayos clínicos con un número reducido de pacientes en los que las benzodiazepinas (alprazolam 0,5-2 mg/día y lorazepam), añadidas al tratamiento antiemético y al apoyo psicológico, mejoraron los vómitos anticipatorios. I, II NICE 2004 1+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	Dexametasona, los antagonistas 5HT₃ y metoclopramida son eficaces en la profilaxis de los vómitos en pacientes sometidos a quimioterapia o radioterapia 1+/3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E	Los antagonistas de 5HT₃ y los corticoides son más eficaces que metoclopramida en la profilaxis de los vómitos de los pacientes sometidos a quimioterapia. La combinación de dexametasona con antagonistas 5HT₃ es más eficaz que la monoterapia en pacientes con riesgo bajo a moderado 1+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008

E	Dexametasona (4-8 mg/12 horas), metoclopramida (5-10 mg/8 horas) o domperidona (20 mg/6 horas), y la combinación de dexametasona con cualquiera de los anteriores son eficaces en el tratamiento de los vómitos irruptivos tras tratamiento con quimioterapia o radioterapia	4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	Identificar causas que requieren manejo específico y causas que requieren manejo sintomático	A <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente en FFV requiere una valoración cuidadosa de la etiología y factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado.	✓ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	En los vómitos irruptivos tras el tratamiento con quimioterapia o radioterapia pueden utilizarse los corticoides, domperidona, metoclopramida o combinaciones de corticoides con metoclopramida o domperidona, dependiendo de la intensidad de los síntomas	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	Metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náuseas y vómitos sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los antagonistas de 5HT ₃ pueden añadirse a la terapia convencional en caso de escaso control de síntomas.	B <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	En los vómitos anticipatorios puede utilizarse la psicoterapia mediante técnicas conductuales. Alprazolam y lorazepam pueden utilizarse como terapia añadida al consejo y a la psicoterapia	B <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

4.2.8.3 ESTREÑIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E El estreñimiento está presente en el 65% de los pacientes oncológicos y hasta en el 70% de los que cursan con insuficiencia renal. En los pacientes que reciben opioides puede estar presente hasta en el 87% de los casos	3 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E Las pautas de tratamiento utilizadas en la población general referidas a la alimentación y al ejercicio físico son de difícil aplicación en los CP, por lo que la utilización de laxantes es una necesidad casi obligada	3 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E Lactulosa, sen, polietilenglicol, dantrón combinado con poloxámero e hidróxido de magnesio combinado con parafina líquida son eficaces en el tratamiento del estreñimiento en pacientes en CP que reciben o no opioide.	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R Se recomienda el uso de laxantes (sen, lactulosa sola o asociada a sen, polietilenglicol, sales de magnesio y parafina líquida) junto a una dieta adecuada (fibra e hidratación suficiente) y ejercicio adaptado	A <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R La prescripción de opioides debe acompañarse de medidas preventivas, incluidos los laxantes	B <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R En el caso de impactación fecal pueden utilizarse laxantes por vía rectal (supositorios o enemas)	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

4.2.8.4 OCLUSIÓN INTESTINAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La oclusión intestinal es el proceso que impide la propulsión distal del contenido gastrointestinal. Es una urgencia médica que puede presentarse con cierta frecuencia en el paciente oncológico (3-15%), especialmente en cáncer abdominal y pélvico avanzado (hasta 51%). Ia E:[Shekelle] <i>Wong Th, Tan YM, 2009. Fundación PEMEBA, 2005</i>
E	El tratamiento quirúrgico paliativo (colostomía, resección intestinal), parece disminuir la sobrevida y afecta la calidad de vida por lo que no es el de elección; los factores de peor pronóstico, que constituyen contraindicaciones relativas y/o absolutas son: a) Edad >65 años. b) Mal estado general y nutricional. c) Enfermedad peritoneal difusa*. d) Ascitis, masas palpables, metástasis a distancia*. e) Radioterapia abdominal previa, con o sin quimioterapia, especialmente en los últimos 6 meses. f) Múltiples sitios de obstrucción. g) Obstrucción del intestino delgado. h) Cirugía abdominal previa, no relacionada a resección del tumor. i) Albúmina < 21 g/L. * Contraindicaciones absolutas. Ia E:[Shekelle] <i>Wong Th, Tan YM, 2009. Fundación PEMEBA, 2005.</i>
E	La cirugía y la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles/stents (PMA) son tratamientos eficaces en pacientes seleccionados con OIM. El procedimiento acorta la estancia hospitalaria, pero su efectividad es variable en las series reportadas. La prótesis puede desplazarse u ocasionar perforación en raros casos. Ia E:[Shekelle] <i>Feuer DJ, Broadley KE, 2008 Jatoi A, 2004</i> 1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

E

El tratamiento endoscópico con colocación de PMA requiere un menor tiempo de hospitalización que la cirugía paliativa

la
E:[Shekelle]

Feuer DJ, Broadley KE, 2008

1+

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

E

El uso de esteroides (dexametasona, 6–16 mg) ha demostrado cierta eficacia, aunque en una revisión de Cochrane se identificó un NNT de 6 en base a ECA. La morbilidad asociada al tratamiento es mínima y no afecta la sobrevida.

Otro de los fármacos empleados por su efecto antsecretor es el octreótide; se ha reportado beneficio en el alivio de los síntomas de la obstrucción inclusive en las primeras 24 h de uso.

la
E:[Shekelle]

Feuer DJ, Broadley KE, 2008

Jatoi A, 2004

R

Los pacientes con OIM requieren una valoración individual que tenga en cuenta su situación funcional, incluidas las contraindicaciones quirúrgicas; la localización de la obstrucción; sus preferencias; la disponibilidad de las técnicas quirúrgicas o endoscópicas, y la experiencia con ellas en el medio donde se trata al paciente

D
E:[Shekelle]

Feuer DJ, Broadley KE, 2008

Jatoi A, 2004

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

R

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

C
E:[Shekelle]

Feuer DJ, Broadley KE, 2008

Jatoi A, 2004

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

R

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

C
E:[Shekelle]

Jatoi A, 2004

Feuer DJ, Broadley KE, 2008

GPC Cuidados Paliativos España, 2008



Este cuadro agudo requiere una evaluación caso por caso para determinar la mejor acción. Debido a la variedad de decisiones clínicas, la información al familiar debe ser amplia para evitar conflictos posteriores.

Punto de buena práctica.

4.2.8.5 HIPO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Es un reflejo respiratorio definido por la contracción espasmódica, súbita e involuntaria de una de las caras del diafragma, que origina un sonido peculiar y característico. 3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
	Los pacientes con hipo persistente o intratable responden en grado variable a medidas no farmacológicas y a algunos fármacos 3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
	El baclofeno es el fármaco más estudiado, por lo que puede ser la primera droga a utilizar en estos casos. Algunos autores desaconsejan clorpromazina por los efectos adversos 3 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
	El tratamiento del paciente con hipo persistente o intratable requiere una valoración cuidadosa y tratamiento de las posibles causas. En caso de persistir el hipo, se debe intentar un tratamiento con medidas físicas D GPC Cuidados Paliativos España, 2008
	En caso necesario puede usarse un tratamiento farmacológico (baclofeno, metoclopramida, haloperidol, nifedipino o gabapentina), teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios en cada caso. Baclofeno es el fármaco inicial si no existe contraindicación para su uso. Puede usarse solo o combinado con omeprazol D GPC Cuidados Paliativos España, 2008

R

Si no se puede controlar el hipo con medidas farmacológicas orales puede utilizarse el midazolam parenteral

D

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

✓/R

Agotar las medidas iniciales y farmacológicas antes de considerar el intervencionismo.

Punto de buena práctica.

4.2.9 PIEL Y MUCOSAS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El origen de lesiones es multifactorial: inflamación de la piel, úlceras por decúbito, embolización tumoral, extensión local de tumores malignos, infección secundaria de las lesiones

IV

GPC Cuidados Paliativos España, 2008s

R

Es importante considerar las medidas de prevención de úlceras por decúbito: movilización frecuente (cada 2 horas), lubricación adecuada de la piel, protección de salientes óseas, uso de colchón de agua, aseo diario, especialmente de la zona genital, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza y lubricación

D

GPC Cuidados Paliativos España, 2008.

R

Se recomienda utilizar superficies de apoyo en pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP. (Ver GPC úlcera por presión)

A

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

✓/R

Se recomienda la capacitación al paciente y familiar en el cuidado de los estomas y colocación de las bolsas de drenaje.

Punto de buena práctica.

4.2.9.1 PRURITO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	I <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i> 1b E:[Shekelle] <i>Bruera E, 2007.</i>
	2+/3 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008.</i> 1b E:[Shekelle] <i>Bruera E, 2007.</i>
	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i> 1b E:[Shekelle] <i>Bruera E, 2007.</i>
	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

4.2.10 MANEJO DE SÍNTOMAS URINARIOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Tenesmo vesical: es el dolor que se presenta en el área hipogástrica, acompañado de la sensación de micción incompleta, puede asociarse a otros síntomas; polaquiuria, disuria, nicturia y urgencia urinaria, puede presentarse retención o incontinencia. 4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
	La evidencia para el manejo del tenesmo vesical se basa solo en consenso de expertos. El tratamiento no farmacológico consiste en insistir sobre hábitos regulares de micción, ingesta adecuada de líquidos y evitar cafeína y alcohol 4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
	Los fármacos que pueden utilizarse para el tratamiento del tenesmo vesical en CP, son los anticolinérgicos, antiespasmódicos, AINE, corticoides y anestésicos locales. D GPC Cuidados Paliativos España, 2008

4.2.11 SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

4.2.11.1 DEPRESIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Se presenta del 3 al 82% de los pacientes dependiendo de la enfermedad de base y del estado de progreso de la misma. II E:[Shekelle] Berna, et al 2010.
	Cualquier evento aversivo puede alterar los neuro circuitos que regulan la emoción y al mismo tiempo disminuye la tolerancia al dolor 1+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008
	Las terapias no farmacológicas son eficaces en la depresión leve a moderada de los pacientes en CP 1+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008

E	Los antidepresivos tricíclicos y los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son eficaces en el tratamiento de la depresión en el paciente en CP	1+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
E	Existen grupos de pacientes en CP con mayor riesgo de suicidio	2+ <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	La evaluación inicial del paciente deprimido en CP comprende identificación y abordaje de causas potencialmente tratables, valoración de los efectos adversos e interacciones con psicofármacos de los tratamientos farmacológicos previos y estimación del posible riesgo de suicidio	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R	Considerar las intervenciones psicosociales, incluida la psicoterapia por el personal del equipo que le atiende, y si el caso lo requiere, por personal especializado	B <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i> 1a E:[Shekelle] <i>Schneider, 2010</i>
R	Si el caso lo requiere pueden usarse fármacos antidepresivos (ISRS o tricíclicos) teniendo en cuenta sus propiedades farmacológicas	B <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

4.2.11.2 ANSIEDAD

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	La ansiedad es un estado de malestar caracterizado por la presencia de síntomas somáticos, conductuales, cognitivos y emocionales: • Somáticos: tensión muscular, temblor, disnea, palpitaciones, inestabilidad, sudoración anormal, diarrea, etc. • Conductuales: irritabilidad, inquietud, etc. • Cognitivos: pensamientos negativos, miedo o preocupación por el futuro.	4 E:[Shekelle] <i>Stark y House, 2000</i> <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

E

Se presenta del 13 al 82% de los pacientes dependiendo de la enfermedad de base y del estado de progreso de la misma.

Puede estar presente antes del diagnóstico, se exagera con la pérdida de autonomía

Se relaciona con mala calidad de vida y mayor malestar relacionado a síntomas somáticos, así como mayor uso de fármacos.

4**E:[Shekelle]**

Stark y House, 2000

GPC Cuidados Paliativos

España, 2008

R

El tratamiento de la ansiedad requiere una evaluación individual del paciente en CP, considerar las causas desencadenantes, tratamientos asociados y las preferencias del paciente

D

GPC Cuidados Paliativos

España, 2008

R

El tratamiento depende de la causa, la forma de presentación y el contexto en que se produce la consulta

Tratamiento no farmacológico:

- Tratamiento de problemas físicos de base y suspensión de los medicamentos implicados.
- Entrega escalonada de las malas noticias.
- Descartar depresión mayor.
- Psicoterapia de apoyo y terapia cognitivo conductual.
- Técnicas de relajación.

D

GPC Cuidados Paliativos

España, 2008

R

Tratamiento farmacológico:

Uso racional e individualizado de benzodiazepinas (BZD), antidepresivos (tricíclicos, heterocíclicos) pueden ser eficaces en la ansiedad que acompaña a la depresión y en el trastorno de pánico, neurolépticos típicos (haloperidol, clorpromazina) o atípicos (olanzapina, risperidona, quetiapina) pueden ser útiles cuando la ansiedad no se controla con BZD

D

GPC Cuidados Paliativos

España, 2008

✓/R

La valoración y tratamiento farmacológico debe ser realizada por un médico PSIQUIATRA debido a las presencia de efectos secundarios importantes para el paciente teniendo en cuenta los más comunes como pueden ser: exacerbación de los síntomas sobre todo al inicio del tratamiento, manías o hipomanías, alteraciones sexuales, pesadillas, entre otros.

Punto de buena práctica

4.2.11.3 INSOMNIO.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El insomnio es un trastorno heterogéneo que incluye la dificultad en la conciliación del sueño (insomnio inicial), en el mantenimiento (insomnio intermedio), el despertar demasiado temprano (insomnio tardío), y el sueño no reparador. I, II GPC Cuidados Paliativos España, 2008
	El sueño está alterado en el 50% o más de los pacientes que sufren un cáncer avanzado y puede llegar hasta el 70%, dependiendo de la enfermedad de base I, II GPC Cuidados Paliativos España, 2008
	El insomnio puede aparecer como reflejo de las complejas reacciones psicológicas que tienen lugar en personas que se encuentran en la FFV, por un control deficiente de los síntomas, o como consecuencia de los tratamientos I, II GPC Cuidados Paliativos España, 2008
	Antes de determinar el tratamiento más adecuado es necesario indagar sobre 1) Molestias físicas que le dificulten el sueño 2) Fármacos que pueden alterar el sueño 3) Factores psicológicos: preocupaciones, ansiedad, depresión y otros que le dificulten dormir al paciente. A GPC Cuidados Paliativos España, 2008
	Corregir los factores etiológicos: Higiene del sueño. (Cuadro 10) Técnicas de relajación Tratamiento farmacológico: las benzodiacepinas Abordaje psicoterapéutico de los sentimientos que se se acentúan durante la noche A GPC Cuidados Paliativos España, 2008
	La valoración y tratamiento farmacológico debe ser realizada por un médico PSIQUIATRA debido a la presencia de efectos secundarios importantes para el paciente Punto de buena práctica

4.2.11.4 DELIRIUM.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Delirium: se define como un estado confesional agudo que resulta de una disfunción cerebral difusa. Es el problema más frecuente en los pacientes en la fase final de la vida (FFV) 28 al 83% y puede estar presente hasta en el 90% de los pacientes durante sus últimos días. (Cuadro 11) Está asociado con incremento de la morbilidad y mortalidad	I, II 1/ A GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E La intensidad es variable, algunas formas leves que se manifiestan como intranquilidad o dificultad para conciliar el sueño, pueden pasar desapercibidas, ya que los síntomas se atribuyen a cualquier otra circunstancia del paciente.	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008 3 E:[Shekelle] Del Fabbro, Shalinidala 2006 Bruera, 2006. Gagnon, 2008
E Entre los instrumentos que pueden ayudar al diagnóstico se encuentra el Confusion Assessment Method (CAM), especialmente en su forma reducida de cuatro criterios, es un instrumento validado y simple de detección de delirium. (Cuadro 12)	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E El Haloperidol es eficaz en el control del delirium en los pacientes con CP, con una buena tolerancia	1+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E Lorazepam puede ser útil como terapia añadida a haloperidol en el caso de delirium con ansiedad o agitación.	4 GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E Hay insuficiente evidencia acerca de la hipodermocclisis en el delirium, puede ser útil en el caso de que sea un efecto secundario de los opioides	1+/- GPC Cuidados Paliativos España, 2008

R

La atención inicial al paciente con delirium debería incluir la identificación y tratamiento de las causas desencadenantes, con especial atención al consumo de determinados fármacos

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

C**E:[Shekelle]**

*Del Fabbro, Shalinidalal
y Bruera 2006.
Gagnon, 2008*

R

Haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delirium

B

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

C**E:[Shekelle]**

*Del Fabbro, Shalinidalal
y Bruera 2006.
Gagnon, 2008*

R

Se recomienda reservar la utilización de antipsicóticos atípicos para casos seleccionados en los que haloperidol está contraindicado o no se tolera. En situaciones como las demencias con cuerpos de Lewy o en enfermos de parkinson, en las que no se recomienda el uso de haloperidol o risperidona, puede ser necesario recurrir a otros antipsicóticos, como olanzapina, clozapina o quetiapina

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

✓/R

Hacer diagnóstico diferencial con depresión, demencia y otros (ver anexos) en caso de delirium hipoactivo, para el diagnóstico puede ayudar la valoración cognitiva (Minimental) pero es necesaria la valoración del PSQUIATRA para su tratamiento.

Punto de buena práctica

4.3 APOYO PSICOSOCIAL, ESPIRITUAL, ATENCIÓN A LA FAMILIA, SEDACIÓN Y DUELO

4.3.1 DUELO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La mayoría de las personas afrontan de forma efectiva el duelo, del 10%-20% de las personas tienen dificultades en el proceso de adaptación	2+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E El 70% de las personas que enfrentan pérdidas significativas cursan adaptativamente y no requieren atención profesional especializada. El 30% es muy vulnerable y puede requerir atención especializada	2+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E La valoración de los factores de riesgo implica cuatro categorías de información: a) Características de la enfermedad, de los CP y de la naturaleza de la muerte b) Características del doliente, edad, rasgos dependientes, estructura vulnerable de personalidad c) Relaciones interpersonales, búsqueda de apoyo y comunicación efectiva y afectiva d) Características del fallecido	2+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008
E En el duelo normal no es eficaz la intervención, incluso pueden ser perjudicial; en duelo de riesgo puede haber un cierto beneficio; y en duelo complicado es eficaz	2+ GPC Cuidados Paliativos España, 2008

E

Las intervenciones evaluadas en los distintos estudios son muy variables, pero la evidencia actual no permite concluir cuál es la terapia más eficaz, excepto el apoyo psicológico en el duelo en niños y adolescentes y en el duelo de riesgo, las terapias de orientación psicodinámicas y cognitivo-conductuales en el duelo complicado, y la psicoterapia junto con antidepresivos en la depresión asociada al duelo

1+/2+

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

La identificación del riesgo de duelo complicado debería realizarse con base en:

- a) Los factores de riesgo
 - b) El juicio clínico
 - c) La información acerca del entorno familiar
- Se requieren estudios que validen las escalas disponibles (Index Risk de Parkes y Weiss).

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

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

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

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

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

Se recomienda derivar a psicología y psiquiatría a las personas con duelo complicado.

Los profesionales que atienden a los PaFEC y a sus familiares deberían tener una capacitación en duelo que contemple cuidados básicos a los dolientes y permita detectar a las personas con duelo complicado y derivarlas

B-D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

Proporcionar información acerca del duelo y los recursos disponibles.

Antes de la muerte:

-Instruir a la familia para que pueda dar medidas de confort al paciente

-Asegurar que la familia pueda tener acceso a grupos de apoyo o especialistas en salud mental

-Animar a la familia a hablar con su paciente aun si este no puede escucharlos

-Favorecer que paciente y familia puedan despedirse

Después de la muerte:

-Sugerir uso de técnicas de distracción o alto al pensamiento para combatir pensamientos intrusivos sobre la muerte o la persona fallecida.

-Alentar a la familia a hablar sobre sus miedos y preocupaciones.

- Resolución de problemas, entrenamiento en toma de decisiones

- Técnicas de relajación para situaciones de ansiedad o insomnio.

- Reestructuración cognitiva, entrenamiento en afrontamiento de situaciones nuevas.

- En duelos complicado: Se realizarán intervenciones psicoterapéuticas específicas y se establecerá un diagnóstico diferencial entre duelo y depresión mayor y/o el uso apropiado de psicofármacos si se requiere

R

D

E:[Shekelle]

Payas, 2008

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

✓R

Se recomienda que la atención al duelo sea otorgada por un profesional de la salud (médicos, enfermeras y psicólogos).

Punto de buena práctica.

4.3.2 SEDACIÓN PALIATIVA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Cuando el dolor u otro síntoma llegan a ser intratables a pesar de los esfuerzos de su manejo, la sedación paliativa es un recurso que debe utilizarse. Esto puede hacerse con la administración de medicamentos no opioides. 4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i> 3-4 <i>Institute for Clinical Systems Improvement, 2009</i>
	Existen varios tipos de sedación: <i>Intermitente</i> (presenta períodos de alerta), <i>Continua</i> (disminución del nivel de conciencia de forma permanente); <i>Superficial</i> (permite la comunicación del paciente, verbal o no verbal) o <i>Profunda</i> (mantiene al paciente en estado de inconsciencia). 4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
	La sedación paliativa se define como la disminución del nivel de conciencia de un paciente sin expectativa curativa con la administración de fármacos, en dosis y combinaciones requeridas, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito. 4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
	La sedación en la agonía (caso particular de la sedación paliativa) se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima. 4 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
	Los fármacos más utilizados para la sedación son las benzodiazepinas (midazolam), los neurolépticos (levomepromazina), los barbitúricos (fenobarbital) y los anestésicos (propofol). 3 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
	El 75%-100% de los pacientes responden a la sedación. Midazolam es el fármaco más usado. 3 <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

R

El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere:

- a) Una indicación terapéutica correcta (sufrimiento físico o psíquico refractario en el final de la vida del enfermo) efectuada por un médico e idealmente, validada por otro médico.
- b) Consentimiento explícito del enfermo, o de la familia cuando el paciente se considere incompetente.
- c) Los profesionales implicados deben tener una información clara y completa del proceso y efectuar el registro en la historia clínica.
- d) La administración de los fármacos debe ser en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

La correcta prescripción de la sedación paliativa en la agonía requiere:

- a) Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida.
- b) Presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario.
- c) Una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar la decisión.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

El consentimiento verbal aunque se considera suficiente, se recomienda se realice por escrito. Siempre debe quedar constancia en la historia clínica.

R

En el paciente no competente, el consentimiento se debe realizar en el siguiente orden:

- a) Primero, mediante consulta al Registro de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas.
- b) En ausencia de instrucciones previas, el equipo médico debe valorar los deseos del paciente con la familia o los allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados.
- c) En ausencia de b), se recomienda pactar la sedación con la familia.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

Se recomienda la utilización de midazolam como primera opción para la sedación para la mayoría de los síntomas, y levomepromazina cuando el delirium es el síntoma predominante.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

Se recomienda el uso de opioides para la inducción de la sedación paliativa, solo cuando el síntoma refractario es el dolor o la disnea y también en el caso de que el paciente los estuviera tomando previamente.

Se recomienda monitorizar el nivel de sedación del paciente, utilizando para ello la escala de Ramsay (Cuadro 13.)

D

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

R

Además de la predicción clínica, puede ser de utilidad el empleo de instrumentos validados para estimar la supervivencia o el estado funcional, como el índice PaP o la escala funcional de Karnofsky, así como los factores pronósticos.

D

GPC Cuidados Paliativos España, 2008

4.3.3 COMUNICACIÓN EFECTIVA.

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La comunicación eficaz es una herramienta fundamental en los cuidados paliativos, es un factor indispensable para mantener la adherencia al tratamiento, mejora la satisfacción del paciente y la familia con el servicio que recibe y mejorar la adaptación del paciente a la enfermedad

2b

E:[Shekelle]

Barclay et al, 2007

R

Según la literatura los elementos para llegar a una comunicación eficaz son:

- Prepararse previamente para el encuentro (busca un ambiente confortable, tener una esquema general del tema a tratar, preparar posibles respuestas a preguntas complicadas)
- Mostrar empatía haciendo uso del lenguaje verbal y no verbal (Mantener contacto visual)
- Usar un lenguaje adecuado y explicar términos que pudieran ser complejos de entender

C

E:[Shekelle]

Barclay et al, 2007

E

El acceso a la información es un derecho de todos los pacientes, cada uno tiene derecho a decidir con apoyo y conocimiento de causa aspectos importantes para su vida como el proceso de salud – enfermedad, como por lo que la comunicación honesta es un imperativo ético para el profesional de la salud, que debe englobar el respeto de los deseos y valores de los pacientes, el principio de autonomía, permitiendo la organización de los cuidados según las prioridades y preferencias de los pacientes y facilitando la toma de decisiones compartida.

4 / D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

La comunicación inadecuada entre pacientes y tratantes contribuye a problemas en el tratamiento del paciente:

- Concepciones inadecuadas sobre el tratamiento y los analgésicos.
- Pobre comunicación del paciente con el especialista sobre su dolor y otros problemas médicos

1a**E:[Shekelle]**

*Oldenmenger, et al,
2009.*

E

Malas Noticias: cualquier información capaz de alterar drásticamente la visión de un paciente sobre su futuro, tanto al comunicar el diagnóstico de una enfermedad considerada mortal como al informar del fracaso de la terapéutica curativa que se le administra [Protocolo de seis etapas de Buckman para malas noticias (Cuadro 14)]

4 / C

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

E

Del 50%-70% de los pacientes con cáncer desean que se les comunique su diagnóstico, pero una parte sustancial de los pacientes (entre el 16%-58%) y sobre todo de los familiares (61%-73%) prefieren que no se les revele el diagnóstico.

1b**E:[Shekelle]**

Bruera, 2007.

R

Brindar educación al paciente: mejora su conocimiento sobre sus síntomas y puede rectificar “mitos” sobre el dolor (automedicación), que finalmente se refleja en la intensidad del mismo.

1a**E:[Shekelle]**

Oldenmenger, 2009.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	Artículo 29 del REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.- Todo profesional de la salud, estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.	4 / C <i>REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Diario Oficial de la Federación.</i>
R	Aspectos relevantes en la comunicación del diagnóstico, pronóstico y tratamientos disponibles. -Cuando el paciente sea incompetente deberá determinarse si la incompetencia es transitoria o permanente. -En el caso del paciente no competente para tomar una determinada decisión, deberían considerarse los deseos previamente expresados por el paciente y recogidos por su historia clínica, su representante legal o familiar. -Suministro de información completa, que incluya las opciones terapéuticas disponibles, sus beneficios, riesgos e inconvenientes esperados. -En el caso de que al profesional sanitario se le planteen dudas relacionadas con la decisión a tomar (idoneidad de las opciones que se proponen, competencia del enfermo, discrepancias con el representante, etc.), se recomienda la valoración por otros profesionales expertos o por comités de ética asistencial. -Información de la decisión al equipo sanitario. -Registro del proceso de la toma de decisiones en la historia clínica.	4 / C <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

4.4. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LA ATENCIÓN PALIATIVA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R El paciente de reciente diagnóstico iniciará el manejo de los síntomas en el primer nivel de atención. (figura 2)	IV, D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R Los síntomas que sean clasificados como de intensidad moderada de acuerdo a las escalas se atenderán en el segundo nivel de atención donde se dispondrá de elementos para el manejo intervencionista.	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R Al tercer nivel de atención le corresponderá el tratamiento de aquellos síntomas que posean una intensidad severa, y se realizarán técnicas intervencionistas más complejas sólo si el paciente es candidato a las mismas.	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>
R En la etapa terminal de la enfermedad, siempre que el paciente tenga un control adecuado de sus síntomas (EVERA leve, ESAS y EVA de 1 a 3) podrá ser contra referido al primer o segundo nivel, de acuerdo a la normatividad vigente. La atención psicológica y del duelo deberá otorgarse en los tres niveles de atención por los servicios de salud mental.	D <i>GPC Cuidados Paliativos España, 2008</i>

R

-Enfermedad avanzada y/o terminal, postrado en cama con Karnofsky menor a 50, ECOG 3 y 4, PPS menor de 50%.

-Paciente postrado, con expectativa de vida no determinada (secuelas severas de asfixia perinatal, trastornos neurodegenerativos, geriátricos con condiciones psiquiátricas, complicaciones de obesidad mórbida, otros trastornos neurológicos, etc.)

-Se manejará la visita domiciliaria de acuerdo a la normatividad vigente en cada nivel de atención, con la regionalización y área de influencia correspondiente.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

4.4.1 CAPACITACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LOS CUIDADORES FORMALES E INFORMALES Y DEL PACIENTE. (FIGURA 3)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

-Médico especialista con capacitación en el área de dolor y cuidados paliativos dentro de un programa educativo formal con duración mínima de 11 meses.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*



La coordinación de un programa de cuidados paliativos se hará siempre en forma interdisciplinaria, de acuerdo a los recursos disponibles en cada nivel de atención.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

En el primer nivel, corresponde la coordinación al médico familiar, con una capacitación formal en cuidados paliativos que cuente con reconocimiento oficial.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

En el segundo nivel, la coordinación se realizará por un médico oncólogo, en el caso de los niños un médico pediatra u oncólogo pediatra, con capacitación formal y reconocimiento oficial en cuidados paliativos, o un médico anestesiólogo o Algólogo con dicha capacitación; la participación de este último es esencial en los equipos en los que otro profesional de la salud coordine el programa.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

En el tercer nivel de atención, el coordinador del programa será un médico especialista que cuente con capacitación formal y reconocimiento oficial en cuidados paliativos; la participación de un médico anestesiólogo o Algólogo capacitado es esencial en este equipo.

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

R

-Todos deben de contar con una cédula profesional que avale su ejercicio laboral.
-Deben de contar además con capacitación especial presencial y con práctica clínica dirigida a los cuidados paliativos avalada formalmente

D

*GPC Cuidados Paliativos
España, 2008*

✓/R

Se ha mencionado que la coordinación de este tipo de programa puede no ser exclusiva del médico anestesiólogo/algólogo; sin embargo su participación se considera imprescindible por tratarse el dolor de uno de los síntomas cardinales en los cuidados paliativos.

Punto de buena práctica.

✓/R

El equipo de Cuidados Paliativos debe de contar con atención multidisciplinaria y estar formado por los siguientes elementos profesionales de la salud:
Médicos (Familiares y especialistas)
Enfermeras (Auxiliares, Generales y especialistas)
Psicólogos Clínicos, Trabajo Social)

Punto de buena práctica.



El equipo de Cuidados Paliativos debe de existir en los tres niveles de atención. Los modelos de equipos en segundo y tercer nivel se formaran de acuerdo a la complejidad de la institución y la estructura.

Deben de existir los equipos de atención de asistencia a domicilio, ya sea en el segundo y primer nivel de atención.

Punto de buena práctica.



Las acciones de cuidados paliativos serán llevadas a cabo por un programa de cuidados paliativos, que cuente con la enumeración de las competencias de cada uno de los miembros del equipo, y deben de existir indicadores para la autoevaluación.

Punto de buena práctica.



La capacitación de los recursos humanos debe de llevarse a cabo en el tercer nivel de atención.

Punto de buena práctica.

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Cuidados Paliativos

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 10 años.

Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Cuidados paliativos, control del dolor en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: palliative care. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): definition, Classification, diagnosis, ethics, drug therapy, epidemiology, prevention and control, opioids y se limitó a la población de adultos mayores de 65 años de edad. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 11 resultados, de los cuales se utilizaron 4 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido

("Palliative Care/adverse effects"[Mesh] OR "Palliative Care/classification"[Mesh] OR "Palliative Care/economics"[Mesh] OR "Palliative Care/ethics"[Mesh] OR "Palliative Care/instrumentation"[Mesh] OR "Palliative Care/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "Palliative Care/methods"[Mesh] OR "Palliative Care/mortality"[Mesh] OR "Palliative Care/nursing"[Mesh] OR "Palliative Care/organization and administration"[Mesh] OR "Palliative Care/psychology"[Mesh] OR "Palliative Care/standards"[Mesh] OR "Palliative Care/statistics and numerical data"[Mesh] OR "Palliative Care/trends"[Mesh] OR "Palliative Care/utilization"[Mesh]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp] OR Consensus Development Conference[ptyp] OR Consensus Development Conference, NIH[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]))

Algoritmo de búsqueda

1. Palliative Care [Mesh]
2. Classification [Subheading]
3. Economics [Subheading]

4. Ethics [Subheading]
5. Instrumentation [Subheading]
6. Legislation and jurisprudence [Subheading]
7. Methods [Subheading]
8. Mortality [Subheading]
9. Nursing [Subheading]
10. Organization and administration [Subheading]
11. Psychology [Subheading]
12. Standards [Subheading]
13. Utilization[Subheading]
7. #2 OR #3 OR #4
8. #1 And #7
9. 2005[PDAT]: 2010[PDAT]
10. Humans [MeSH]
11. #8 and # 10
12. English [lang]
13. Spanish [lang]
14. #12 OR # 13
15. #11 AND # 14
16. Guideline [ptyp]
17. #15 AND #12
18. Aged 80 and over [MesSH]
19. #17 AND #18
20. - # 1 AND (# 2 OR # 3 OR #4 OR #5 OR #6) AND #9 AND #10 AND (#12 OR #13) and (#16) and #18

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 6 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 6 de estos sitios se obtuvieron 40 documentos, de los cuales se utilizaron 8 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	2	1
2	TripDatabase	34	4
3	NICE	1	1
4	Singapore Moh Guidelines	0	-
5	AHRQ	1	1
6	SIGN	1	1
Totales		40	8

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de desorden de ansiedad. Se obtuvieron 7 RS, 3 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006).

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

MÉTODO ADOPTADO PARA DETERMINAR LA EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN USADO PARA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS. MADRID: PLAN NACIONAL PARA EL SNS DEL MSC. 2008.

NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN DE SIGN

Niveles de evidencia científica	
1++	Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO 1. NIVELES DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS

Cuadro 2. Niveles de Atención para el Manejo de los Síntomas		
Primer Nivel de Atención	Segundo Nivel de Atención	Tercer Nivel de Atención
Leve (1 - 3)	Moderado (4 – 6)	Severo (7 -10)
Curación	Paliativos	
Intervencionismo		
Medicina Alternativa Dispositivo subcutáneo	Medicina Alternativa Dispositivo subcutáneo Intervencionismo Bloqueo peridural lumbar	Lisis simpática Disectomia Vertebroplastia Bloqueo sacro iliaco Bloqueo del ganglio estelar Bloqueo de plexo celiaco Bloqueo hipogástrico superior Bloqueo transforaminal Bloqueo interlaminar Bloqueo caudal Estimulación Espinal

Enfermedad

Paciente terminal

Nota:

- Los síntomas se miden con la escala ESAS.
- El paciente terminal puede contrarreferirse al primer nivel de atención.

CUADRO 2. ESCALA EDMONTON SYMPTOM ASSESMENT SYSTEM (ESAS) - SISTEMA DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EDMONTON

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. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.

Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS)		
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

CUADRO 3. VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY

Escala	Valoración Funcional
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a 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

- Permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas.
- Es un elemento predictor independiente de mortalidad, tanto 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 6 meses siguientes.

CUADRO 4. PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE (PAP SCORE)

Variable	Puntos
Disnea Presente Ausente	1 0
Anorexia Presente Ausente	1,5 0
Estimación Clínica(semanas) >12 11-12 9-10 7-8 5-6 3-4 1-2	0 2 2,5 2,5 4,5 6 8,5
Índice de Karnofsky ≥30 10-20	0 2,5
Leucocitos totales por mm ³ ≤8500 8501-11000 >11000	0 0,5 1,5
Porcentaje de linfocitos <12 12-19,9 ≥20	2,5 1 0
Grupos de riesgo A (Probabilidad de sobrevivir a 30 días >70%) B (Probabilidad de sobrevivir a 30 días 30-70%) C (Probabilidad de sobrevivir a 30 días <30%)	0-5,5 5,6-11 11,1-17,5

CUADRO 5. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

La **Escala Visual Analógica (EVA)** permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad 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.

Escala numérica (EN)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

La **Escala categórica (EC)** se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico

Escala categórica (EC)			
0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Escala visual analógica de intensidad:

Consiste en una línea recta horizontal, de 10 cm de longitud, donde los extremos marcan la severidad del dolor. Al extremo izquierdo aparece la ausencia de dolor y en el derecho se refleja el mayor dolor imaginable.

Escala visual analógica de intensidad										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Insoportable

Escala visual analógica de mejora:

Consiste en la misma línea recta donde en el extremo izquierdo aparece la no mejora y en el derecho la mejora completa.

Escala visual analógica de mejora										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No mejora										Mejora

CUADRO 6. CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR (CBD)

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

Delante Detrás

Derecha Izquierda, Izquierda Derecha

2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor
dolor imaginable

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *mínima* de su dolor en la última semana.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor
dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *media* de su dolor.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor
dolor imaginable

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor *ahora mismo*.

Ningún 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor
dolor imaginable

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej, caminar, estar de pie, levantar algo)?

7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

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

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

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

10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?

1. La medicación para el dolor no me ayuda nada 5. 4h

2. 1h 6. De 5 a 12h

3. 2h 7. Más de 12h

4. 3h 8. No tomo medicación para el dolor

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

Creo que mi dolor es debido a:

Sí No A. Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)

Sí No B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)

Sí No C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej, artrosis)

Por favor, describa esta situación:

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

Dolorido/continuo Sí No Mortificante (calambre) Sí No

Palpitante Sí No Agudo Sí No

Irradiante Sí No Sensible Sí No

Punzante Sí No Quemante Sí No

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 Me ha afectado

ha afectado por completo

B. Estado de ánimo

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

ha afectado por completo

C. Capacidad de caminar

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

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 Me ha afectado

ha afectado por completo

E. Relaciones con otras personas

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

ha afectado por completo

F. Sueño

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

ha afectado por completo

G. Disfrutar de la vida

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

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:

CUADRO 7 MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA DISNEA.

Grupo de Fármacos	Indicaciones	Observaciones
Opioides	Disminución de la sensibilidad del centro respiratorio y el mecanismo pulmonar, disminución de angustia y agotamiento	Existe evidencia pobre de su utilidad por vía de la nebulización Efectivos por vía oral y parenteral.
Psicotrópicos	Disnea como manifestación de crisis de pánico o ansiedad severa	
Corticoesteroides	Obstrucción maligna Hiper-Reactividad Bronquial por asma y EPOC. Síndrome de vena cava superior.	Se recomienda por poco tiempo dado sus efectos adversos
Broncodilatadores	Asma y EPOC	No se ha estudiado su efecto en paciente con astenia y debilidad muscular generalizada.
Antiespasmódicos	Estertores premortem	Único fármaco con evidencia (butilioscina)

CUADRO 8. CAUSAS DE TOS EN EL PACIENTE CON CÁNCER AVANZADO

Relacionadas con el tumor	No relacionadas directamente con el tumor
• Masa tumoral • Derrame pleural • Derrame pericárdico • Atelectasias • Obstrucción de la vena cava superior • Infecciones • Fístulas en el esófago o en las vías respiratorias • Linfangitis carcinomatosa • Complicaciones de la radioterapia y quimioterapia	• Goteo postnasal • IECA y otros fármacos • Asma • EPOC • Bronquiectasia • Tromboembolismo pulmonar • Insuficiencia cardíaca • Reflujo gastroesofágico • Irritación timpánica

CUADRO 9. ALTERACIONES DE LA CAVIDAD ORAL.

Síntoma	Definición	Tratamiento
Xerostomía	Sensación subjetiva e boca seca que no siempre se acompaña de una causa detectable de problemas en la salivación	Correcta Higiene de la boca Uso de estimuladores o sustitutos de saliva (piña, hielo frappé, té de manzanilla con gotas de limón)
Mucositis	Reacción inflamatoria que se manifiesta como eritema o ulceraciones; puede acompañarse de xerostomía, candidiasis y cambios en el sentido del gusto	Tratamiento no farmacológico: aseo adecuado de la cavidad oral. Tratamiento farmacológico: pasta dental con antibióticos, bencidamina, fosfato de calcio, povidona, sulfato de zinc, colutorios magistrales, fluconazol, Ketoconazol, intraconazol, clotrimazol y nistatina
Disfagia	Dolor a la deglución.	Depende de la causa subyacente. Medidas generales de hidratación y dieta blanda.

CUADRO 10. HIGIENE DEL SUEÑO

• Mantener en lo posible un horario regular, sobre todo el despertar de la mañana. • Evitar tiempos innecesarios en la cama durante el día. • Dormir la siesta sólo cuando sea necesaria, evitando la última hora de la tarde si es posible. • Llevar un horario con actividades durante el día. • Minimizar las interrupciones del sueño durante la noche: ruidos, medicación, etc. • Eliminar estímulos desagradables, tanto a la vista como al tacto, al oído o al olfato. • Identificar antes de acostarse problemas o asuntos que le han preocupado durante el día, tratando de abordarlos con un enfoque activo de resolución. • Evitar medicaciones estimulantes u otras sustancias (cafeína, nicotina) sobre todo en las horas previas a acostarse. • Mantener un adecuado alivio del dolor durante la noche, preferentemente con analgésicos de vida media larga. • Usar la medicación adecuada tras la evaluación del insomnio.
--

CUADRO 11. DIFERENCIAS ENTRE DELIRIUM, DEMENCIA, DEPRESIÓN Y PSICOSIS

Características	Delirium	Demencia	Depresión	Psicosis
<i>Presentación de la enfermedad</i>	Agudo	Insidioso	Variable	Variable
<i>Curso de la enfermedad</i>	Rápido y fluctuante	Lenta constante y progresiva	La intensidad varía a lo largo del día	Variable
<i>Reversibilidad</i>	Algunas veces	No reversible	Reversible	Variable
<i>Nivel de conciencia y orientación</i>	Desorientado	Lúcido hasta las últimas etapas	Generalmente normal	Intacta aunque en lagunas modalidades el paciente se muestra indiferente al medio
<i>Atención memoria y cognición</i>	Problemas en la memoria a corto plazo. Problemas para enfocar la atención	Problemas en la memoria a corto plazo. Con problemas en la atención y concentración deterioro cognitivo global	La atención es pobre. Memoria intacta	La atención es pobre. Memoria intacta
<i>Síntomas psicóticos</i>	Ideación psicótica breve y NO elaborada (alucinaciones e ilusiones)	Poco frecuentes	Ideación elaborada relacionada al ánimo depresivo	Ideación es elaborada y puede haber contenido paranoide
EEG	Variación del 80 al 90% de los casos	Variación del 80 al 90% de los casos	Normal	Normal

Tomado de Del Fabbro, et al, 2006

CUADRO 12. ESCALA CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) - MÉTODO DE EVALUACIÓN DE CONFUSIÓN

Herramienta para diagnosticar delirium, contestando si la característica está presente en el paciente.

1. Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente?

¿La conducta anormal es durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable?

2. Desatención

¿Tuvo el paciente dificultad en enfocar la atención, por ejemplo estuvo distraído o perdió en algún momento el hilo de lo que estaba diciendo?

3. Pensamiento desorganizado

¿Tuvo el paciente pensamientos incoherentes, o mantuvo una conversación irrelevante, poco lógica o con ideas poco claras; o inexplicablemente cambió de tema de conversación?

4. Alteración de conciencia

Observando al paciente, se considera normal al estado ALERTA.

Estados anormales:

VIGILANTE (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales)

SOMNOLIENTO (Fácilmente de despertar)

ESTUPOROSO (Difícil de despertar)

COMA (Imposible de despertar)

DELIRIUM: características 1 y 2, y características 3 ó 4.

CUADRO 13. 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

CUADRO 14: PROTOCOLO DE 6 ETAPAS DE BUCKMAN

Primera: Preparar el contexto físico más adecuado	
- Buscar el espacio físico adecuado, evitar pasillos y habitaciones compartidas - Informar personalmente y evitar usar el teléfono porque no podemos prever la respuesta emocional ni modular la información según esta respuesta. - Propiciar que el paciente esté acompañado cuando le vayamos a informar o esperar con él hasta que llegue algún familiar - Evitar las horas nocturnas para dar la información. - El ritmo de información deba de ser más lento pero siempre veraz. - El profesional debe buscar un tiempo sin prisa (evitar que le pasen llamadas telefónicas, ofrecer un tiempo de calidad, sentarse junto o enfrente del paciente y mirarlo a los ojos). - Usar frases cortas y vocabulario lo más neutro posible: no curable en lugar de incurable, tumor en lugar de cáncer, etc. - Comentar al paciente o al familiar que puede preguntar todo lo que desee.	
Segunda: Averiguar cuánto sabe el paciente	
- Realiza preguntas indirectas abiertas sobre lo que sabe el paciente respecto a su padecimiento y pronóstico (Ejemplo: ¿Qué piensa usted sobre este problema, su dolor en el pecho, su tos, etc.?— ¿Qué le han dicho sobre su enfermedad) - Estar atento al estado emocional del paciente: observar lo que el paciente dice y a lo que evita decir, así como advertir la falta de concordancia entre comunicación no verbal y verbal. - En una segunda fase podemos introducir preguntas sobre el futuro, sobre todo en el tipo de pacientes que sospechemos no saben nada de la naturaleza de su problema. Por ejemplo: ¿Qué planes tiene usted con respecto a su futuro?	
Tercera: Encontrar lo que el paciente quiere saber	
- Preguntar directamente qué nivel de información puede asimilar. Por ejemplo: Si el problema fuera grave, ¿cuánto le gustaría saber sobre él?, o, ¿Le gustaría que le explicara todos los detalles sobre su problema o hay alguien más a quien le gustaría que se lo contara? - Esperar a que el paciente pida más información - Aceptar el silencio, evasivas o negativa del paciente a ser informado pero ofreciéndole siempre una nueva posibilidad si más tarde desea hablar del tema: "ahora veo que no te apetece hablar, si otro día lo deseas podemos hablar".	
Cuarta: Compartir la información	
- Si el paciente en la anterior fase ha expresado su deseo de compartir toda la información procederemos a ello. Si el paciente lo negó, pasaremos a discutir el plan terapéutico. - Partir de la información que el paciente tiene - Decidir los objetivos de la entrevista: qué aspectos informativos y educativos van a ser tratados. Es esencial tener una agenda clara, siempre muy abierta a la agenda del propio paciente. - Abordar elementos del diagnóstico, tratamiento, pronóstico o apoyo del paciente en función de las necesidades. - Ser consciente del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, en relación al tratamiento principalmente,	

y que ello no genere frustración en el profesional si no coincide con su visión de la situación. - Proporcionarse la información al enfermo solo o acompañado por otra persona.
Quinta: Responder a los sentimientos del paciente - Manejar el silencio: Puede emplearse para reafirmar la reflexión en el paciente ante una afirmación muy directa como: "a veces creo que no me voy a curar" y cuando el paciente se conmueve, llora o se irrita. Un silencio empático mirándole a la cara, - Manejo de la escucha activa: Esperar a que el paciente acabe antes de empezar a hablar. - Uso de validación emocional: generar empatía con el uso de frases como: "entiendo que debes estar sufriendo mucho", y la legitimación de esta emoción: "cualquiera en tu lugar sufriría". - Asertividad. Que el paciente crea que sabemos lo que hacemos y que se sienta respetado en sus opiniones. transmitir seguridad y que nuestras opiniones estén fundamentadas.
Sexta: Planificación y seguimiento del proceso - El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al paciente que siempre estará a su disposición para lo que necesite. - Estar atento a los problemas o preocupaciones del enfermo. - Movilizar todas las fuentes de apoyo familiar o social que sean necesarias en cada momento. - Debe aclararse la continuidad de nuestra atención en estos aspectos comunicacionales tanto como en el proceso físico. - Debe planificarse una determinada estrategia en relación al número de visitas, fases del tratamiento, etc. El paciente debe comprobar que controlamos la situación. - Al final de las entrevistas resumir lo dicho, asegurándonos de que el paciente ha entendido, siendo este momento final el adecuado para dar toda la esperanza e información positiva de que dispongamos,
Evaluación de las estrategias utilizada-s - El tratante debe valorar sus propias emociones, ideas o acciones tras la entrevista. - Evaluar el impacto producido en el paciente, comprobar la asimilación de la información: pedir al paciente un resumen final, su estado emocional tras la entrevista (¿Cómo se encuentra?).

FIGURA 1. FLUJOGRAMA SOBRE COMPRESIÓN MEDULAR

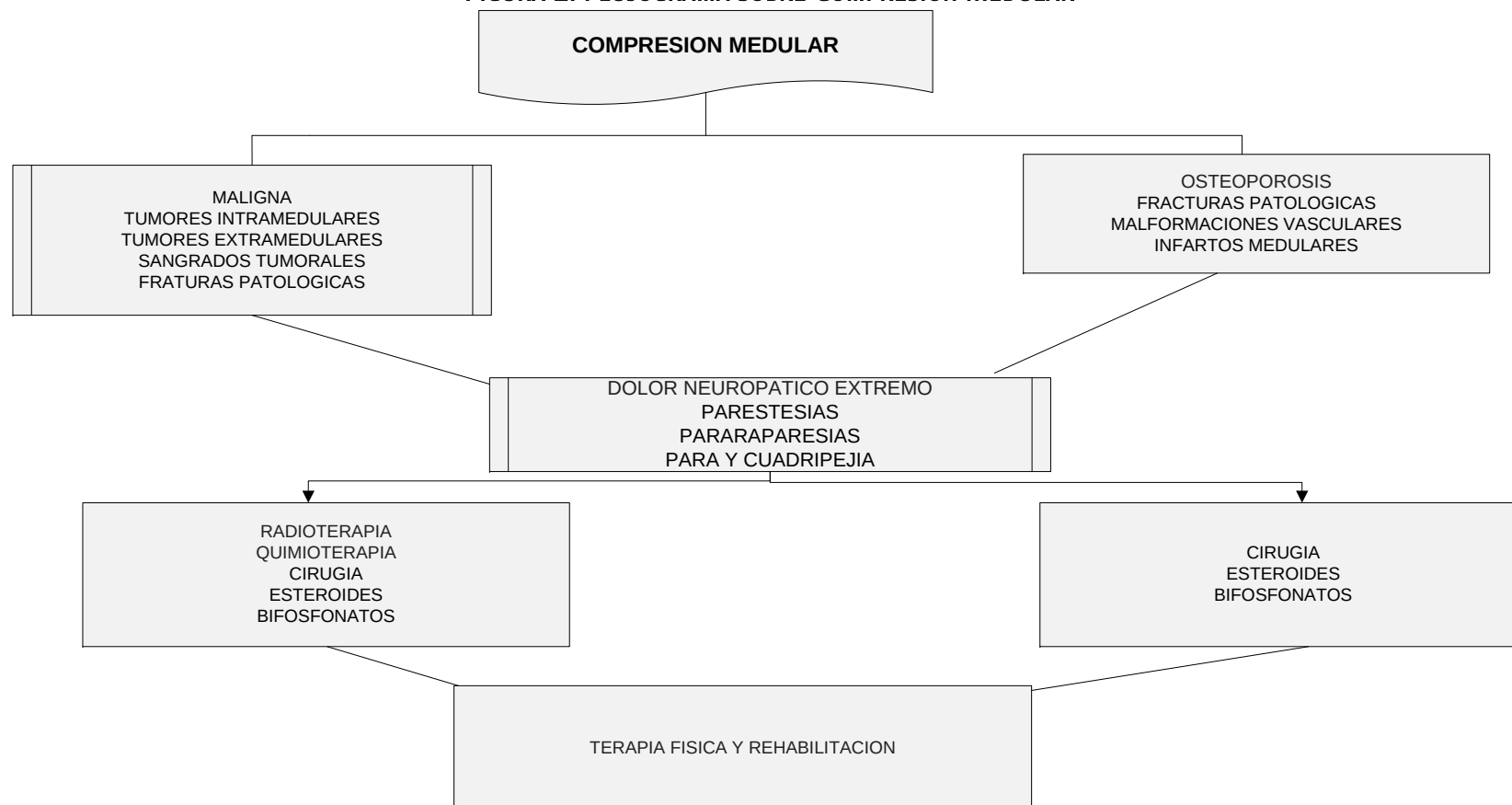


FIGURA 2. SOSPECHA CLÍNICA DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

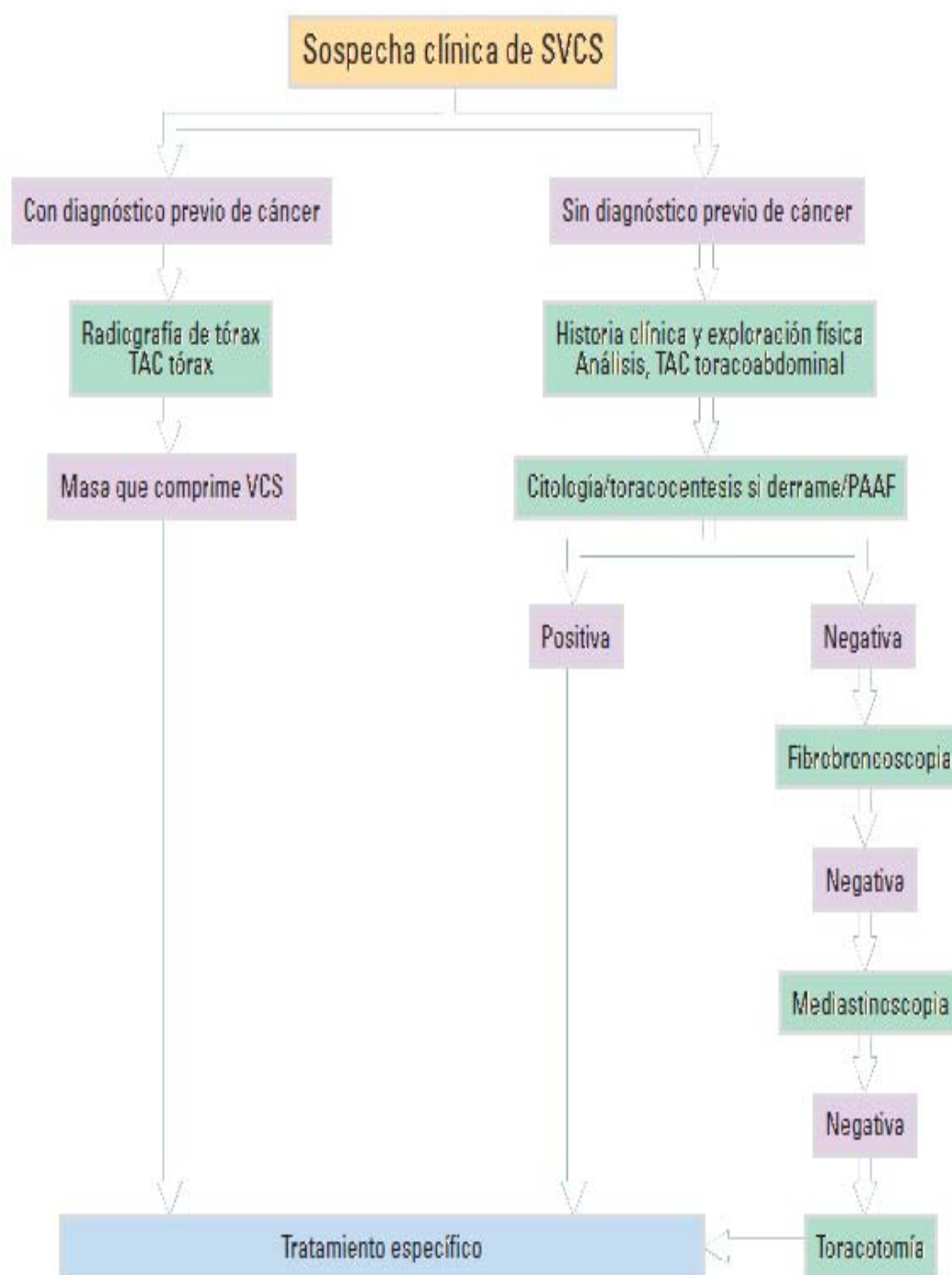
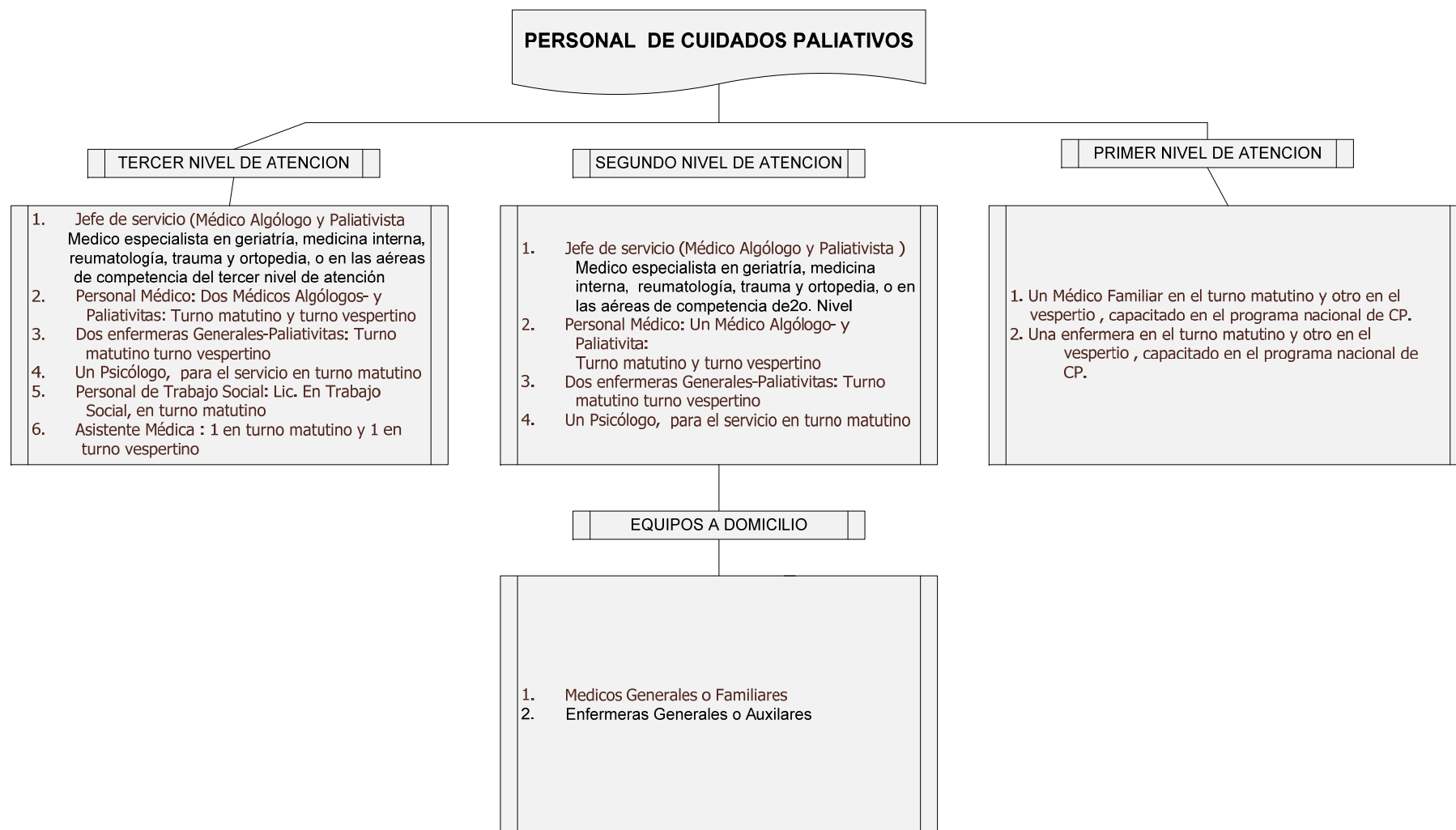


FIGURA 3. EQUIPO DE SALUD EN EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN



5.4 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

No.	CLAVE	MEDICAMENTO	PRESENTACION	INDICACIÓN EN CP POR IAHP	GRUPO LGS ART. 226	LISTA MODELO OMS (MEDICAMENTOS ESENCIALES)
1	2500 2499	ALPRAZOLAM	0.25 mg comprimidos 2 mg, comprimidos	Ansiolítico	II	No incluido
2	3305	AMITRIPTILINA	25 mg comprimidos	Depresión Dolor Neuropático	III	24.2.1 - Trastornos depresivos
3	2153 2141	BETAMETASONA	8 mg/ml inyectable 4 mg/ 2 ml inyectable	Antiinflamatorio glucocorticoide	IV	No incluido
4	0271	BUPIVACAÍNA	150 mg inyectable	Anestésico local de larga duración	IV	1.2 Anestésicos locales
5	4026 2097 2100	BUPRENORFINA	0.3 mg inyectable 30 mg Parche 0.2mg tableta sublingual	Analgésico Narcótico	II	No incluido
6	1207 1206	BUTILHIOSCINA	10 mg comprimido 10 mg/ml inyectable 1 mg/ml solución oral	Nausea Congestión respiratoria terminal Dolor visceral Vómito	IV	No incluido
7	2608	CARBAMAZEPINA	200 mg comprimido	Dolor neuropático	IV	5 - Anticonvulsivos/antiepilépticos 24.2.2 - Trastornos bipolares
8	2133	CLINDAMICINA	300 mg comprimidos	Infecciones bacterianas	IV	6.2.2 Otros antibacterianos
9	2613	CLONAZEPAM	2.5 mg/ml solución oral	Anticonvulsivo Antiepiléptico Ansiolítico	II	No incluido.
10	4028	CLONIXINATO DE LISINA	100mg/2ml inyectable	Dolor-leve a moderado	IV	No incluido
11	3432 4241	DEXAMETASONA	0.5 mg comprimidos 4 mg/ml inyectable	Anorexia Nausea Dolor neuropático Vómito	IV	3 - Antialérgicos y anafilaxia 8.3 - Hormonas y antihormonas
12	0107	DEXTROPOXIFENO	65 mg cápsulas	Analgésico agonista opioide Dolor - leve a moderado	II	No incluido
13	3417 5501	DICLOFENACO	100 mg comprimidos 75 mg inyectable	Dolor - leve a moderado	IV	No incluido
14	0406 0405	DIFENHIDRAMINA	10 ml inyectable 60 ml oral	Inductor del sueño. Alergias. Nauseas. Mareos y Vómito.	IV	No incluido
15	4027 242	FENTANILO	4.2 mg parche 0.5 mg/10 ml inyectable	Dolor - moderado a severo	I	No incluido
16	4483	FLUOXETINA	20 mg comprimidos	Antidepresivo	IV	24.2.1 Medicamentos utilizados en los trastornos depresivos
17	2308	FUROSEMIDA	20mg/ 2 ml	Diurético	IV	12.4 Medicamentos utilizados en la insuficiencia cardíaca
18	4359	GABAPENTINA	300 mg comprimidos	Dolor neuropático	IV	No incluido
19	4477 3253	HALOPERIDOL	15 ml solución oral 5 mg/ml inyectable	Delirio Nausea Vómito	IV	24.1- Trastornos psicóticos

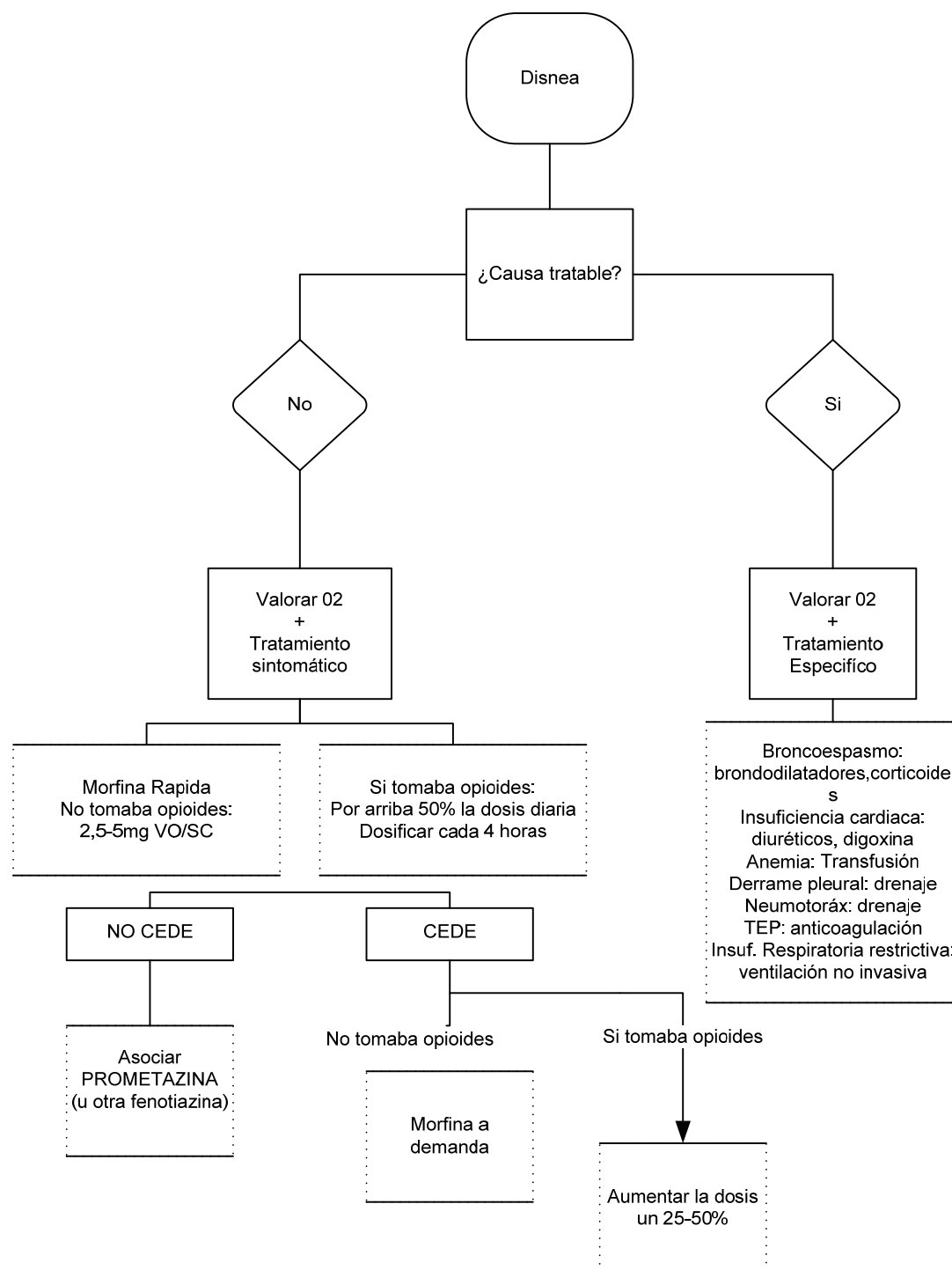
				Agitación terminal		
20	2113	HIDROMORFONA	Tabletas 2 mg	Analgésico Narcótico Dolor- moderado a severo	I	No incluido
21	3302	IMIPRAMINA	25 mg comprimidos	Antidepresivo	III	No incluido
22	0226	KETAMINA	ampulas	Anestésico general	II	No incluido
23	3422	KETOROLACO	30mg/ml inyectable	Antiinflamatorio No Esteroideo Dolor- moderado a severo Analgésico No narcótico	IV	No incluido
24	2148 0264 0262	LIDOCAINA	35 g ungüento 115 ml aerosol 1 g/50 ml inyectable	35 g ungüento 115 ml aerosol 1 g/50 ml inyectable	IV	Anestésico Local
25	9230	METADONA	10 mg comprimidos	Dolor - moderado a severo	I	24.5 -Programas de dependencia por sustancias
26	1241 1242	METOCLOPRAMIDA	10mg/2 ml inyectable 10 mg comprimidos	10mg/2 ml inyectable 10 mg comprimidos	IV	Antiemético Analgésico Gastroprocinético
27	4057	MIDAZOLAM	3mg/15 ml Inyectable	Sedante Hipnótico Insomnio Ansiolítico Miorrelajante Anticonvulsivo	II	No incluido
28	2102 9169 4029	MORFINA	50 mg/2 ml inyectable 200mg/20 ml inyectable 30 mg/5 ml oral 10 mg comprimidos 30 mg comprimidos	Dolor - moderado a severo Disnea	I	1.3 Medicación preoperatoria y sedación para procedimientos breves 2.2 - Analgésicos opiáceos
29	0291	NEOSTIGMINA	0.5 mg/ml inyectable	Miorrelajante Bloqueador neuromuscular Anticolinérgico	IV	20. Miorrelajantes (de acción periférica) e inhibidores de la Colinesterasa
30	0104	PARACETAMOL	500 mg comprimidos	Dolor - leve a moderado.	IV	2.1 - Analgésicos no opiáceos y AINEs
31	0269	ROPIVACAÍNA	2 mg/ ml inyectable	Anestésico local	IV	No incluido
32	1272	SENÓSIDOS	8.6 mg comprimido	Estreñimiento	IV	17.4 - Laxantes
33	3629	SULFATO DE MAGNESIO	10% inyectable	Anestésico	IV	5 - Anticonvulsivos/antiepilépticos 24.2.2 - Trastornos bipolares
34	5365	TOPIRAMATO	25 mg comprimidos	Antiepiléptico Antimigrañoso Analgésico adyuvante	IV	No incluido
35	2106	TRAMADOL	50 mg comprimidos/capsulas 100mg/1ml solución oral 50mg/ml inyectable	Dolor - leve a moderado	IV	No incluido
36	2096	TRAMADOL & PARACETAMOL	37.5 mg/325 mg comprimidos	Dolor – moderado a severo	IV	No incluido
37	4362	TOXINA BOTULINICA	100 U inyectable	Dolor	IV	No incluido
38	4488	VENLAFAXINA	75 mg Capsulas	Depresión	IV	No incluido

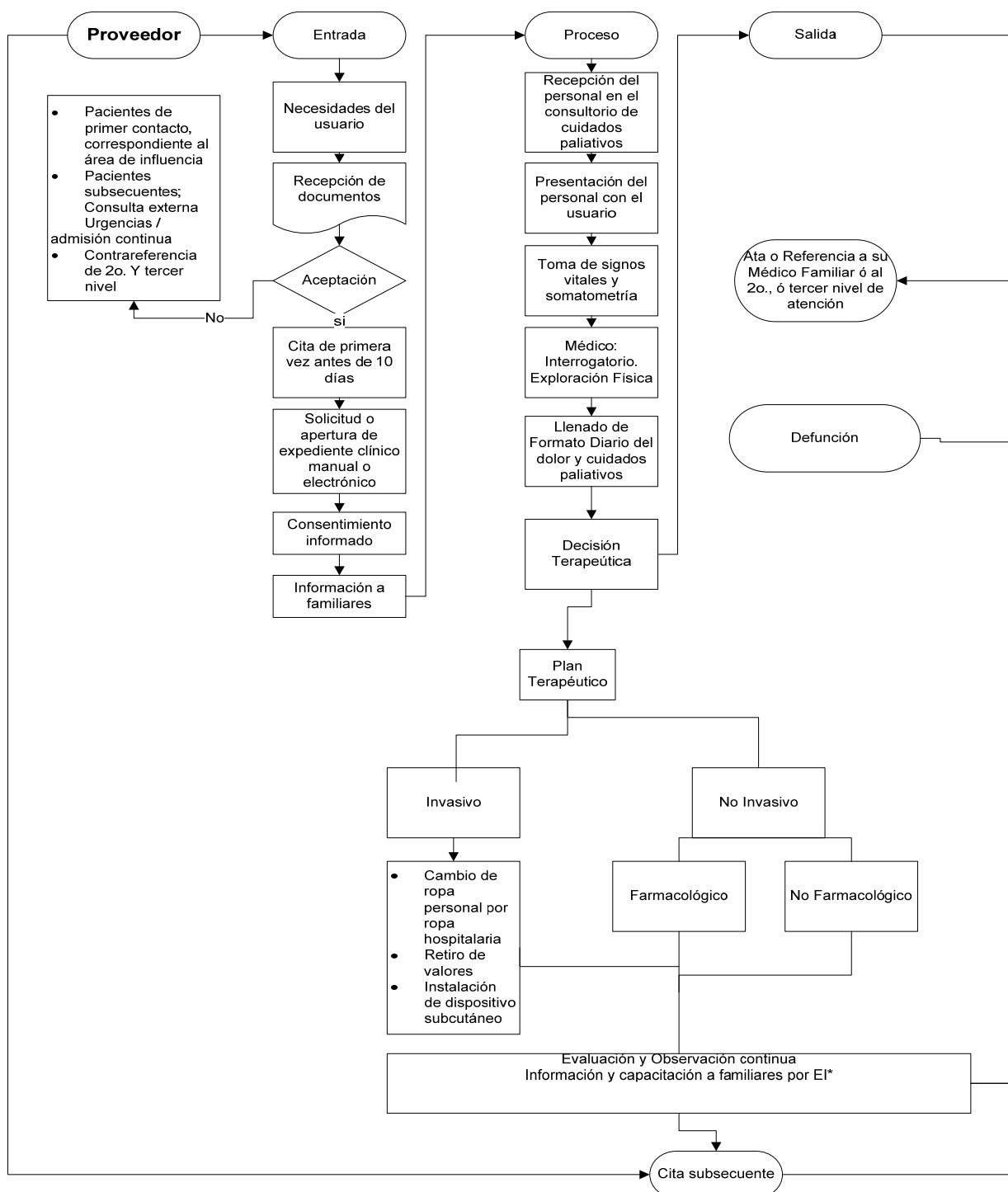
TABLA DE POTENCIAS ANALGÉSICAS DE OPIOIDES DEL INSTITUTO PALIA

OPIOIDE	POTENCIA ORAL	POTENCIA PARENTERAL
Morfina	1	2/3 subcutánea 1/3 intravenosa 1/10 de la IV peridural 1/100 de la IV subaracnoideo
Codeína	1/12	_____
Dextropropoxifeno	1/15	_____
Tramadol	1/4	1/10
Buprenorfina	60-80 sublingual	30-40
Metadona	5 a 12	5 a 12
Fentanil	_____	80 – 100
Hidromorfona	5	5
Oxycodona	1.5	_____
Nalbufina	_____	1/3

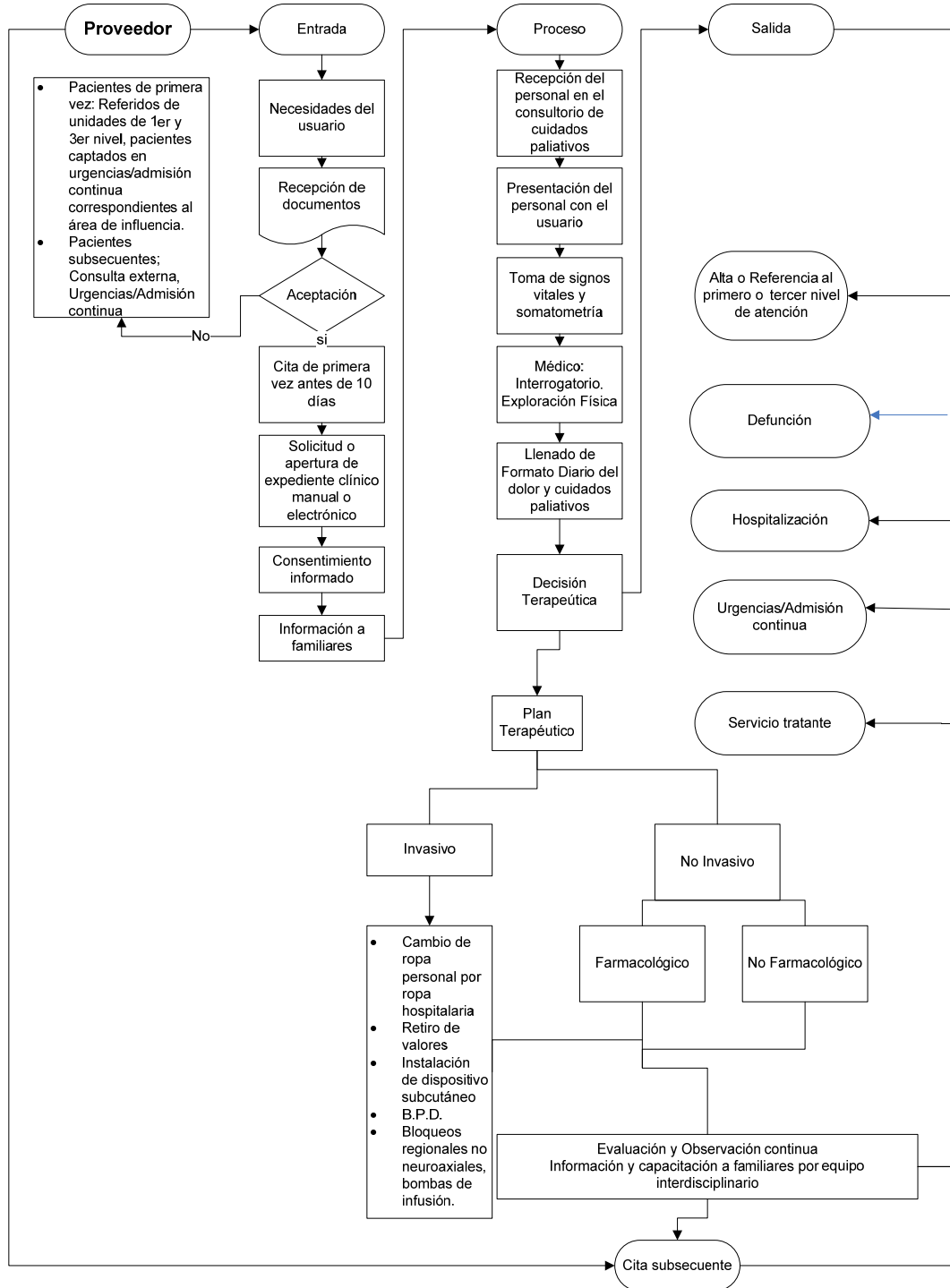
5.5 ALGORITMOS

Algoritmo 1. Tratamiento de la disnea en el paciente en cuidados paliativos

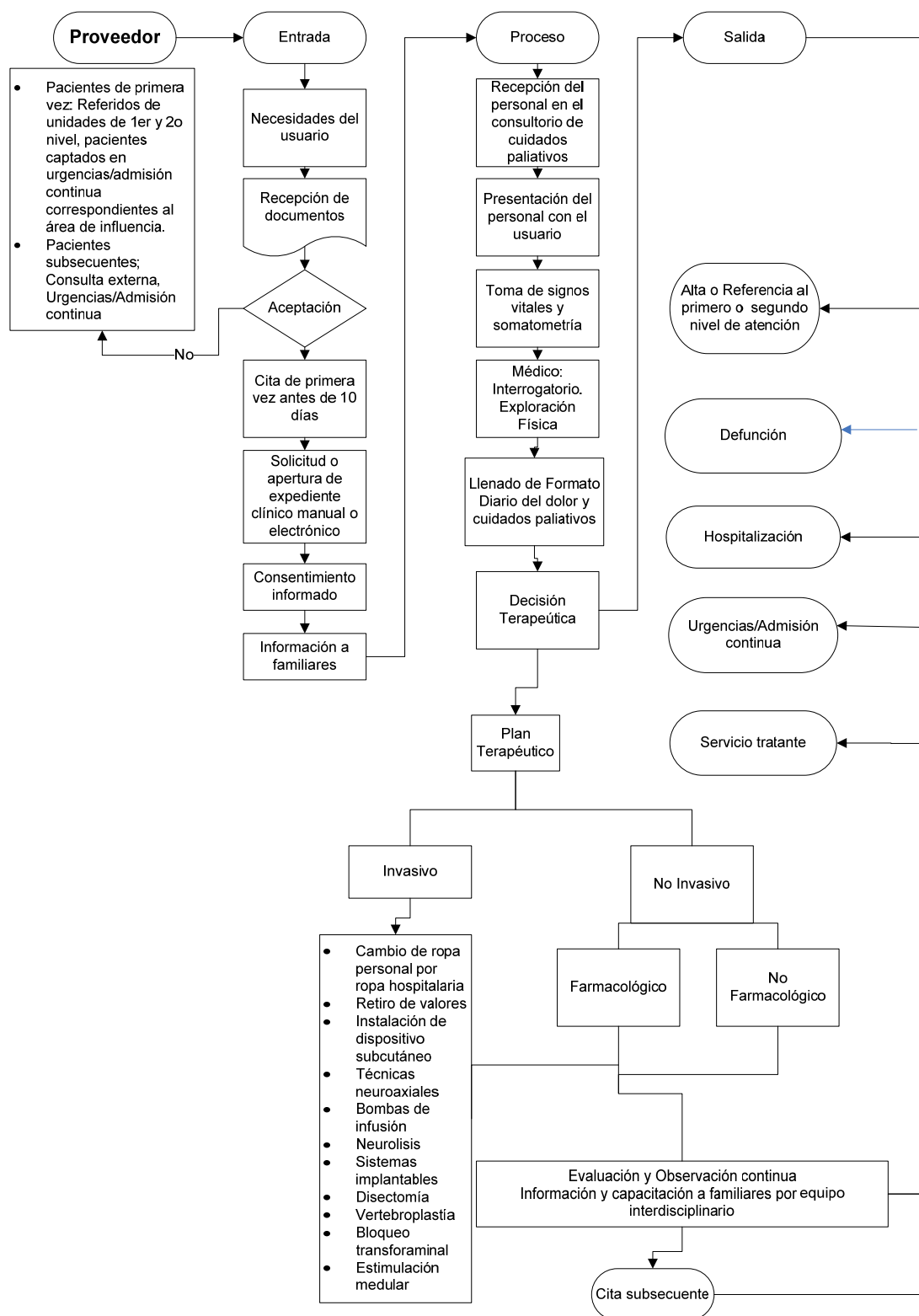


Algoritmo 2. Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención

Algoritmo 3. Cuidados Paliativos en el Segundo Nivel de Atención



Algoritmo 4. Cuidados Paliativos en el Tercer Nivel de Atención



6. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.

Alucinaciones: son percepciones sensoriales que ocurren cuando la persona está consciente y que no tienen relación con ningún evento externo. En otras palabras, ver o escuchar cosas que no existen.

Anhedonia: falta de reactividad a los estímulos habitualmente resultaban placenteros

Ilusiones: Alteración de la percepción en la que existe una interpretación errónea de un estímulo externo real.

Cuidador primario informal: Es aquella persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el rol de tomar decisiones en nombre del paciente y cubrir necesidades básicas de este, ya sea de forma directa, realizando tareas de ayuda, o indirecta, determinando dónde, cómo y cuándo se tiene que dar el cuidado.

Cuidador formal: Es aquél que recibe un pago por sus servicios y recibió capacitación y educación para proporcionar cuidados.

Cuidados paliativos en niños: Los cuidados paliativos en niños representan un campo especial, aunque relacionado a los cuidados paliativos en adultos. La OMS definió los cuidados paliativos apropiados para niños y su familia como los cuidados activos y totales para el cuerpo, la mente y el espíritu, también incluye dar soporte a la familia,

Diario del dolor y cuidados paliativos: Es un documento que contiene una matriz de registro de la evolución de los síntomas y estado cognitivo del paciente medidos con escalas específicas; contiene un área especial para el control de opioides, incluye citas y teléfonos de contacto a la clínica.

Encarnizamiento: obstinación terapéutica, distanasia. Consiste en retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, por todos los medios, incluyendo intervenciones quirúrgicas y/o medidas de reanimación u otros procedimientos no habituales, aunque no haya esperanza alguna de curación y eso signifique infligir al moribundo sufrimientos añadidos a los que ya padece, manteniéndolo en condiciones lamentables.

Equipo interdisciplinario: El equipo ideal debe incluir: coordinador del programa, Médico algólogo y paliativista, servicio de salud mental (psicólogo, psicooncólogo, psiquiatra, tanatólogo), Médico en Terapia Física y Rehabilitación, Enfermeras, Trabajadora social y Asistente médica, todos ellos con capacitación y aval formal para su práctica dentro del equipo. Este modelo debe adaptarse a los recursos de cada nivel de atención.

Fase final de la vida (FFV): Se emplea como sinónimo del concepto de fase terminal, con un pronóstico de vida igual o inferior a 6 meses.

Paciente Terminal: Se define en la NOM-011-SSA3-2007 como todo paciente en fase terminal de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, sin posibilidad de reaccionar positivamente a un tratamiento curativo; con amplias posibilidades de que su muerte sobrevenga a causa de ese padecimiento.

Tanatólogo: Especialista que trabaja con las personas cuya muerte está cercana, ayudándole a que su vida restante tenga calidad, sea productiva y con creatividad para que muera con aceptación y dignidad.

Enfermo competente : Enfermo capaz de otorgar el consentimiento verbal, sobre el procedimiento a realizar.

Enfermo incompetente: Enfermo que no es capaz de decidir en ese momento el procedimiento que se le puede otorgar (Ej. sedación paliativa) si no hubiera dejado constancia escrita de sus

deseos en relación a las decisiones en el final de la vida, el equipo médico lo debe valorar con su familia o allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados.

Sufrimiento: Es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla.

Sedación paliativa: se define como la disminución del nivel de conciencia de un paciente sin expectativa curativa con la administración de fármacos, en dosis y combinaciones requeridas, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Berna, C, Leknes, S, Holmes, EA, Edwards, Goodwin, GM. Introduction of Depressed mood disrupts emotion regulation neurocircuitry and enhances pain unpleasantness. *Bio Psychiatry*, 2010; 67: 1083-1009.
2. Billings, A. 1998 "What is Palliative Care". *Journal of Palliative Medicine* 1998; Volume 1, (1):73-81. Mary Ann Liebert, Inc, USA, p. 73-81.
3. Bruera E, Palmer L, Pace E, Zhang K, Willey J, Strasser, F & Bennett, M. A randomized, controlled trial of physician postures when breaking bad news to cancer patients *Palliative Medicine* 2007; 21: 501-505.
4. Callahan, D. 2000. "Death and the Research Imperative". *New England Journal of Medicine*. 2000; Vol. 342(9):654-656.
5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título Primero. Capítulo I de las Garantías Individuales DOF:20/II/07
6. Cubedo R. La dependencia de los enfermos terminales: cuidados profesionales y familiares. *Revista Panorama Social*. 2006;(2):1-23
7. De Lima L, Bruera E. "The Pan American Health Organization: Its Structure and Role in the Development of a Palliative Care Program for Latin America and the Caribbean" en *Journal of Pain and Symptom Management*. 2000;Vol 20(6): 440-448
8. Del Fabbro E, Shalinalal Bruera E. (2006).Symptom Control in Palliative Care—Part III: Dyspnea and Delirium. 9; (2) 422-436.
9. Dumont S, Turgeon J, Allard P, Gagnon P, Charbonneau C, Vezina L. Caring for a loves one with advanced cancer : Determinants of psychological distress in family caregivers. *Journal of Palliative Medicine*. 2006; 9(4):912-20.
10. Flores Cantisani, A. Lara Solaresb, M. Lópezc, G. Aréchigad, D. Morgensterne *Rev. Soc. Esp. Dolor* v.16 n.8 Narón (La Coruña) nov.-dic. 2009. J.A.
11. Feuer DJ, Broadley KE. Corticoesteroides para la resolución de la obstrucción intestinal maligna en el cáncer avanzado ginecológico y gastrointestinal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008, No. 2.
12. Fundación FEMEBA, 2005. <http://paliativo-femeba.org/>
13. Gagnon PR, Treatment of delirium in supportive and palliative care; *Curr Opin Support Palliat Care* 2008; 2:60-66. (1)

14. García-García J. Panorama Epidemiológico en la edad avanzada. UNAM 2009.
15. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del país Vasco; 2008. Guías de práctica clínica en el SNS: OSTEBA. 2006/08.
16. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI. Healthcare Guideline 2. Palliative Care 3rd.Ed. Nov 2009)
17. International Association for Hospice and Palliative Care. Palliative Care in the developing world, principles and practice. 1st. Houston USA 2005.
18. Jatoi A, Podratz KC, Gill P, Hartmann LC. Pathophysiology and Palliation of Inoperable Bowel Obstruction in Patients with Ovarian Cancer. J Support Oncol 2004. 2(4):323-37
19. Ley General de Salud DOF 7/II/84 Última Reforma Publicada DOF 25/XI/2008
20. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 07 de enero de 2008
21. Levin R, Sabini G. Manual de Cuidados Paliativos en Oncología para el primer nivel de atención. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Programa Nacional de Control del Cáncer. Uruguay 2009.
22. Mount BM., Cohen 1993 "Canada: status of cancer pain and Palliative Care" en J Pain Symptom Manage, Vol. 8, No. 6, p. 395-8.
23. Newberry S, Rastegar A, Rolón C, Chen S, Ed. Cancer Care Quality Measures: Symptoms and End-of-lfe-care. Agency for Health Care Research and Quality US Department Health and Human Services 2006.
24. NICE, 2004. Guidance on Cancer Services Improving Supportive and Palliative Care for Adults with cancer
25. Oldenmenger WH, Sillevs, PA, Van Doren S, Stoter G, Van der Rijt, C. A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: A critical appraisal .European Journal fo Cancer, 2009; 45: 1370-1380
26. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados Paliativos: Guías para el manejo clínico, 2^a. Ed.2006.
27. Payas, A. Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsersivas en el duelo. Rev Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 28; (2), 2008

28. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007, Criterios para la Atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos 22/XII/08. <http://wlex.com.mx/vid/enfermos-fase-terminal-cuidados-paliativos-50246274>
29. Reddy S, Parsons HA, Elsayem A, Palmer L y Bruera,E. Characteristics and Correlates of Dyspnea in Patients with Advanced Cancer. Journal of palliative medicine. 2009; 12 (1); 29-36
30. Starck DP y Hause A (2000). Anxiety in cancer patients. BJC. 83 (10) 1261-1267.
31. Schneider, Moyer, Knapp-Oliver, Sohl , Cannella , Targhetta Pre-intervention distress moderates the efficacy of psicosocial treatment for cancer patients: a meta-analysis. J Behav Med (2010) 33:1–14 .DOI 10.1007/s10865-009-9227-2
32. WHO Cancer control. Knowledge into action, WHO. Guide for effective programs. Palliative Care.2nd Ed. Geneva World Health Organization 2007.
33. Watson MS, Lucas CF, Hoy AM, Back IN. 05. Oxford Handbook of palliative care, Oxford University Press,England 2005.
34. Wong TH, Tan YM. Surgery for the palliation of intestinal obstruction in advance abdominal malignancy. Singapore Med J 2009. 50(12):1139-44.
35. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Acceso marzo 2007].

8. AGRADECIMIENTOS.

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Srita. Martha Alicia Carmona Caudillo	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Abraham Ruiz López	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HG CMN La Raza)

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Je fe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dr. Juan Bernardo Bruce Diamond Hernández	Comisionado a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuelli Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albafull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente