



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*

## MINISTERIO DE SALUD

Normativa - 039

---

**“Norma de Cuidados Paliativos”**

**“Protocolo para los Cuidados Paliativos”**

---

**Managua, Mayo - 2010**

N Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad  
WB Nacional. Ministerio de Salud. "Norma de Cuidados  
310 Paliativos": Protocolo para los Cuidados Paliativos"/  
0053 Elizabeth Mercado, Dirección Superior del Ministerio  
2010 de Salud. Managua: MINSa, Mayo. 2010

47p. tab;  
(Normativa 039, contiene Acuerdo Ministerial No. 233-2010)

- 1.- Calidad de Vida
- 2.- Enfermo Terminal
- 3.- Derechos de los Pacientes
- 4.- Normas de Organización y Funcionamiento
- 5.- Unidades de Cuidados Paliativos
- 6.- Cuidados de los Pacientes con Enfermedades Crónicas
- 7.- Enfermedad Hemato-Oncológica
- 8.- Relación del Paciente con la Familia
- 9.- Norma para el Control de Síntomas de los Pacientes Terminales  
(Descriptor Local)
- 10.- Norma para el Cuidado de la Boca (Descriptor Local)
- 11.- Norma para el Manejo de las Urgencias de los Cuidados Paliativos  
(Descriptor Local)
- 12.- Norma par la Comunicación e Información (Descriptor Local)
- 13.- Norma para el Manejo de la Familia (Descriptor Local)
- 14.- Norma para la Alimentación y Nutrición (Descriptor Local)

Ficha elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

## **CRÉDITOS**

### **DIRECCIÓN SUPERIOR**

Dra. Sonia Castro	Ministro de Salud
Dr. Elías Guevara	Vice Ministro de Salud
Dr. Enrique Beteta	Secretario General

### **ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:**

Dra. Elizabeth Mercado	Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez
------------------------	---

### **EQUIPO QUE REVISÓ Y ELABORÓ EL DOCUMENTO**

Dr. Henry Rivera	Especialista en Cuidados Paliativos / CNR
Dra. Roberta Ortiz	Especialista en Oncología Pediátrica / HMJR
Dra. Melba Barrantes	Departamento de Información Médica
Lic. Ana Cecilia Silva	Dirección General de Extensión y Cobertura

### **COMISIÓN DE APROBACIÓN DE NORMA**

Dra. Carolina Dávila Murillo	Dirección General de Regulación Sanitaria
Dra. Karel García	Dirección General de Planificación y Desarrollo
Dr. Waldo Fonseca	Delegado de la Dirección de Docencia e Investigación
Dr. Willian Chacón Escobar	Delegado de la Dirección de Vigilancia de la Salud
Dr. Carlos Ruíz Ruiz	Hospital Antonio Lenin Fonseca / Cirujano Oncólogo.



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*

2010:  
AÑO DE LA  
SOLIDARIDAD

*Viva Nicaragua Libre!*

Acuerdo Ministerial No. 233 -2010

ACUERDO MINISTERIAL  
No. 233 - 2010

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su arto. 59 partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 2, Órgano Competente, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."



*Nicaragua en el Alba*  
CRISTIANA,  
SOCIALISTA,  
SOLIDARIA!



MINISTERIO DE SALUD  
Poderaje Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua.  
Tel: PBX (505) 22894700.  
Apartado Postal 107. [www.minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni)



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*

2010:  
AÑO DE LA  
SOLIDARIDAD

*Para Nicaragua Libre!*

Acuerdo Ministerial No. 233 -2010

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su **Artículo 4, Rectoría**, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "**Artículo 19.-** Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud" en su Arto. 8, numeral 2 establece: "**Artículo 8.- Derechos de los Usuarios.** Numerales Los usuarios del Sector Salud, público y privado gozarán de los siguientes derechos: 2.- Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud públicos a la población vulnerable. Para efectos de la presente Ley, son vulnerables todas aquellas personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para su desarrollo humano. También son vulnerables grupos especiales de personas de acuerdo a factores biopsicosociales, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad."

VII

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud", en su **Artículo 51.- Programas de Atención a Enfermedades de Alto Costo**, establece: "Comprende el conjunto de acciones en salud que deben ser suministradas a las personas que sean sujeto de eventos especiales que comprometan en forma extraordinaria la economía del individuo y del Sector Salud. Este plan se otorgará conforme a la disponibilidad de recursos financieros y tecnológicos del país. Para las personas afiliadas al régimen contributivo serán estas instituciones o entidades las encargadas de coordinar su prestación y garantizar su financiación, conforme los principios y términos establecidos en la Ley de Seguridad Social."

VIII

Que el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud" en los Artos. 19, numerales 4 y 19, 217 y 218 establece: "**Artículo 19.-** Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 4. Orientar, regular y coordinar los integrantes del sector salud en la realización de acciones dirigidas a: 4.1 Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; 19. Diseñar las políticas generales relacionadas con la provisión de servicios de salud para poblaciones con características especiales.; **Artículo 217.-** Se entiende por enfermedades de alto costo, aquellas de tipo agudo o crónico, que requieren para su atención recursos de alta complejidad tecnológica para las que el MINSA establezca mediante protocolo la obligatoriedad de su atención en cada uno de los regímenes, conforme a la disponibilidad de recursos. **Artículo 218.-** Corresponde al MINSA elaborar manuales para la prevención y atención de las enfermedades de alto costo, así como los mecanismos para su financiamiento."

IX

Que con fecha 21 de Julio del 2010, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara la Norma de Cuidados Paliativos y el Protocolo para los Cuidados Paliativos, cuyo objetivo es proporcionar los lineamientos para generar bienestar al enfermo terminal y a su familia.



*Nicaragua en el Alba*  
**CRISTIANA,  
SOCIALISTA,  
SOLIDARIA!**



**MINISTERIO  
DE SALUD**

**MINISTERIO DE SALUD**  
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción  
Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de  
Mayo, Managua, Nicaragua.  
Tel: PBX (505) 22894700.  
Apartado Postal 107. [www.minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni)



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*

2010:  
AÑO DE LA  
SOLIDARIDAD

*Viva Nicaragua Libre!*

Acuerdo Ministerial No. 233 -2010

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA:

**PRIMERO:** Se aprueban los documentos denominados "Norma de Cuidados Paliativos" y "Protocolo para los Cuidados Paliativos", los cuales forman parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.

**SEGUNDO:** Se designa a la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención para que de a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores de establecimientos de salud públicos y privados, que brinden atención a los enfermos terminales y su familia, mediante tratamientos adecuados del dolor y otros síntomas, así como el alivio y prevención del sufrimiento con el mayor respeto a su dignidad y autonomía.

**TERCERO:** El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a losveintiséis días del mes de Julio del año dos mil diez.

  
SONIA CASTRO GONZALEZ  
MINISTRA DE SALUD

  
PODER  
CIUDADANO  
*Nicaragua  
para con Voz!*

*Nicaragua  
en el Alba*  
CRISTIANA,  
SOCIALISTA,  
SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD  
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción  
Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de  
Mayo. Managua, Nicaragua.  
Tel: PBX (505) 22894700. 3  
Apartado Postal 107. [www.minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni)

## **Presentación**

El Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional tiene el compromiso de brindar atención en salud con calidad; esto solo es posible si existe mecanismo para garantizar todos los recursos e insumos necesarios.

Muchos pacientes que tienen una muerte cercana pueden considerar la muerte como su única salida ya que sus condiciones de vidas son malas, no solamente por el desgaste físico, sino también a lo relativo al sufrimiento psicológico, al poco apoyo social y espiritual.

Todo nicaragüense tiene derecho a una atención en salud, así como un bienestar físico, psicológico, espiritual que lo conlleven a tener una buena calidad de vida. Como una medida de asegurar este derecho a una población vulnerable como lo son los pacientes en estado terminal, el Ministerio de Salud (MINSAL) en cumplimiento a Ley General de Salud “es competencia del MINSAL expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones que proveen servicio de salud”.

Este documento proporcionará una línea de base para mejorar la calidad de vida a los enfermos en etapa terminal, estableciendo los parámetros para: organizar las unidades de cuidados paliativos, proporcionar tratamiento de acuerdo al síntoma que presente el paciente, integrando a la familia en este proceso.

## **I. Introducción:**

El envejecimiento, el incremento gradual de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas, las enfermedades hemato-oncológicas, la aparición de algunas enfermedades como el VIH-SIDA, las enfermedades neurodegenerativas, han inducido a la necesidad de desarrollar programas para mejorar la calidad de vida de estas personas.

La mayoría de los pacientes terminales fallecen en condiciones deplorables: sin la analgesia adecuada y sin los cuidados que la situación de una enfermedad terminal requiere.

La Organización Mundial de la Salud ha difundido los cuidados paliativos en todos los países y define este término como los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia.

El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, constituyen el verdadero sistema de apoyo y soporte.

No existen medidas ordinarias o extraordinarias, sino tratamientos indicados o no y toda decisión médica debe ser fruto de dos factores: la indicación médica y su aceptación por parte del paciente. Los cuidados paliativos promueven el reajuste del paciente y su familia a una nueva realidad, esto último lo logran mediante: el buen control del dolor y otros síntomas, la buena comunicación, el apoyo psicosocial, mediante el trabajo en equipo, la implementación de recursos, la formación de profesionales, la educación y participación ciudadana.

La presente Normativa establecerá los lineamientos para la organización de servicios de cuidados paliativos, así como las medidas terapéuticas para aliviar la sintomatología más frecuentes en los pacientes terminales.

## **I. Soporte Jurídico**

- A) Ley No. 423, Ley General de Salud: Numeral 5 del Artículo 7, Numeral 2 del Artículo 8 y Artículo 51.
- B) Decreto No. 001 – 2003, Reglamento de Ley No. 423: Números 4, 19 del Artículo 19, Artículos 217-218.
- C) Ley No. 290, Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo.

## **II. Definición y Aspectos Conceptuales:**

1. Autonomía: es la capacidad del paciente de decidir junto con el equipo médico su tratamiento o cualquier intervención para su persona. Para que este consentimiento sea válido, deben cumplirse: que el sujeto autónomo debe ser competente, y la información ofrecida al paciente debe ser bien explicada, completa, y debemos asegurarnos además de que haya sido bien comprendida.
2. Calidad de Vida: cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. Son aquellos que no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia. El objetivo es lograr la mejor calidad de vida posible y el reajuste para el paciente y su familia para lograr el mejor afrontamiento posible a la situación de enfermedad terminal.
3. Claudicación familiar: manifestación implícita o explícita de la pérdida de capacidad de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas y necesidades del enfermo a causa de un agotamiento o sobrecarga.
4. Enfermos Terminales: toda persona que ha sido diagnosticada con certeza de un padecimiento avanzado, incurable, progresivo, que no responde a tratamientos específicos y que tiene una expectativa de vida reducida, por lo general, menor a los 6 meses.
5. Manejo interdisciplinario: trabajo coordinado entre un equipo de diferentes disciplinas para la atención y abordaje del paciente en estado terminal.
6. Medicina Paliativa: es la especialidad médica dedicada al estudio y tratamiento a los pacientes con fase avanzada.
7. Proporcionalidad terapéutica: es la obligación moral de implementar solo aquellas medidas de tratamiento que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible.

### III. Objetivo:

Proporcionar los lineamientos para generar bienestar al enfermo terminal y su familia, mediante un tratamiento adecuado del dolor y otros síntomas, así como el alivio y prevención del sufrimiento con el mayor respeto a su dignidad y autonomía; considerando el apoyo de la familia.

### IV. Universo:

Todas las personas que quienes se le ha diagnosticada un padecimiento avanzado, incurable, progresivo, que no responde a tratamientos específicos y que tiene una expectativa de vida reducida (generalmente menor a los 6 meses); y familiares de los pacientes que presenten esta condición

### V. Campo de Aplicación:

El cumplimiento de esta norma es de carácter obligatorio y será aplicada en todas las unidades públicas y privadas del sector salud del país que brinden atención al enfermo en estado terminal.

### VI. Normativas:

#### **A. Norma para la Organización de las Unidades de Cuidados Paliativos:**

##### Dimensión de la Calidad: Acceso a los servicios y oportunidad

**Norma:** Todo establecimiento de salud contará con al menos un personal de salud que atienda a personas que ameriten cuidados paliativos.

**Indicador:** % de establecimientos que cumplen con la unidad de cuidados paliativos.

**Umbral:** 100%

**Norma:** Todo los establecimiento de salud donde se atienden a pacientes con enfermedad(es) terminal(es) contará con un servicio de cuidados paliativos.

**Indicador:** % de establecimientos que cumplen con un servicio de cuidados paliativos.

**Umbral:** 100%

##### Dimensión de la Calidad: Competencia Técnica

**Norma:** Toda unidad de salud contará con al menos un personal capacitado para que atienda a los pacientes que requieran cuidados paliativos.

**Indicador:** % de unidades de salud que cuentan con al menos un personal de salud capacitado para atender a los pacientes que requieren cuidados paliativos.

**Umbral:** 100%

**Norma:** Todos los servicios de cuidados paliativos contarán con un equipo multidisciplinario capacitado y organizado para la atención de este grupo para que atienda a los enfermos en estado terminal según lo establecido en el protocolo.

**Indicador:** % de unidad de cuidados paliativos que cuenta con un equipo multidisciplinario.

**Umbral:** 100%

**Norma:** La evaluación del desempeño del personal de salud que atiende a los enfermos en la unidad de cuidados paliativos será mayor o igual al 90%

**Indicador:** % del personal de salud que cumple con una evaluación del desempeño mayor o igual al 90%.

**Umbral:** 90%

*Dimensión de la Calidad: Eficacia*

**Norma:** El personal de salud, garantizará que todos los enfermos terminales sean atendidos según protocolo aprobado por el órgano rector.

**Indicador:** % de enfermos que son atendidos de acuerdo a protocolo de manejo.

**Umbral:** 100%.

*Dimensión de la Calidad: Accesibilidad*

**Norma:** El personal de salud, garantizará que el 100% de su población que amerita cuidados paliativos de su territorio, tengan acceso a los servicios de salud y sean tratados de acuerdo a protocolo establecidos.

**Indicador:** % de pacientes que ameritan cuidados paliativos que reciben asistencia en los establecimientos de salud.

**Umbral:** 90-100%.

**B. Norma para el control de síntomas de los pacientes terminales:**

*Dimensión de la Calidad: Acceso a los servicios y oportunidad*

**Norma:** El personal de salud, procurará que el 100% de los pacientes en estado terminal de su territorio se encuentren libres de dolor u otro síntoma frecuente en esta etapa.

**Indicador:** % de pacientes en estado terminal que se encuentran libre de dolor u otro síntoma.

**Umbral:** 100%.

*Dimensión de la Calidad: Eficacia*

**Norma:** El personal de salud, garantizará que la atención de los usuarios en estado terminal se realice de forma efectiva, contando con todos los recursos terapéuticos para garantizar que cursen asintomático y con el mayor bienestar.

**Indicador:** % de usuarios que afirman cursar asintomático y con buen bienestar.

**Umbral:** 100%.

**Norma:** El personal de salud, durante el proceso de atención, para mantener buena calidad de vida y libre de síntomas al usuario, hará uso de las herramientas terapéuticas según protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Indicador:** % de personal que durante el proceso de atención utiliza el protocolo de atención establecido por el órgano rector.

**Umbral:** 100%.

Dimensión de la Calidad: Continuidad:

**Norma:** Las autoridades de salud, garantizarán que el personal realice visitas a domicilio de forma sistemática y preventiva con el objetivo de asegurar la continuidad en la atención de estos usuarios y brindarles una buena calidad de vida.

**Indicador:** % de usuario que refieren recibir visitas en su hogar por el personal del establecimiento de salud.

**Umbral:** 90-100%.

**Norma:** El personal de salud, garantizará que toda persona con enfermedad terminal sea atendida en una unidad de mayor resolución cuando el caso lo amerite con el objetivo de mantener libre de dolor y síntomas al usuario.

**Indicador:** % de persona con enfermedad terminal que son atendidos en una unidad de mayor resolución con el objetivo de mantener libre de dolor y síntomas al usuario.

**Umbral:** 90-100%.

Dimensión de la Calidad: Trato y relaciones interpersonales

**Norma:** Toda usuario (a) que asiste a su atención de cuidados paliativos expresará sentirse satisfecha con la atención recibida.

**Indicador:** % de usuarios satisfechos por la atención en cuidados paliativos recibida en las unidades de salud.

**Umbral:** 90 – 100 %.

**C. Norma para el cuidado de la boca**

Dimensión de la Calidad: Acceso a los servicios y oportunidad

**Norma:** El personal de salud, procurará que el 100% de los pacientes en estado terminal de su territorio se encuentren con buena salud oral.

**Indicador:** % de pacientes en estado terminal que se encuentran con adecuada salud oral.

**Umbral:** 100%.

Dimensión de la Calidad: Eficacia

**Norma:** El personal de salud, garantizará que la atención de los usuarios en estado terminal se realice de forma efectiva, contando con todos los recursos terapéuticos para garantizar que cursen con adecuada salud oral y con el mayor bienestar.

**Indicador:** % de usuarios que afirman cursar con adecuada salud oral y con buen bienestar.

**Umbral:** 100%.

*Dimensión de la Calidad: Continuidad*

**Norma:** El personal de salud, para mantener buena salud oral y libre de síntomas bucales al usuario, hará uso de las herramientas terapéuticas y recursos humanos especializados (especialista en odontología y máxilo facial).

**Indicador:** % de personal que durante el proceso de atención utiliza el protocolo de atención establecido por el órgano rector y se auxilia de especialistas para el manejo de su salud oral.

**Umbral:** 100%.

**D. Norma para el manejo de las urgencias de los cuidados paliativos**

*Dimensión de la Calidad: Acceso a los servicios y oportunidad*

**Norma:** El personal de salud, procurará que el 100% de los pacientes en estado terminal de su territorio recibirán atención médica.

**Indicador:** % de pacientes en estado terminal que reciban atención médica.

**Umbral:** 100%.

*Dimensión de la Calidad: Eficacia*

**Norma:** El personal de salud, garantizará que la atención de los usuarios en estado terminal se realice de forma efectiva, contando con todos los recursos terapéuticos para condiciones que requieran atención de emergencias

**Indicador:** % de usuarios o familiares que refieran adecuada su atención en urgencia para la atención de sus padecimientos.

**Umbral:** 100%.

*Dimensión de la Calidad: Continuidad*

**Norma:** El personal de salud, para mantener buena salud deberá continuar el manejo ambulatorio a los pacientes después de la atención de las emergencias médicas.

**Indicador:** % de personal que durante el proceso de atención refieran que continuaron su manejo ambulatorio después de la resolución de su emergencia médica.

**Umbral:** 100%.

*Dimensión de la Calidad: Accesibilidad*

**Norma:** El personal de salud, garantizará que el 100% de su población que amerita cuidados paliativos de su territorio, tengan acceso a su atención de sus urgencias médicas.

**Indicador:** % de pacientes o familiares de pacientes que refieren que recibieron atención de sus emergencias médicas

**Umbral:** 100%.

*Dimensión de la Calidad: Trato y relaciones interpersonales*

**Norma:** Toda usuario (a) que recibió atención por una emergencias médicas expresará sentirse satisfecha por dicha atención.

**Indicador:** % de usuarios satisfechos por la atención de la emergencia médica.

**Umbral:** 90 – 100 %.

**E. Norma para la comunicación e información**

*Dimensión de la Calidad: Acceso a los servicios y oportunidad*

**Norma:** El personal de salud, procurará que el 100% de los pacientes en estado terminal de su territorio sean informados sobre su condición de salud y los abordajes que le serán aplicados.

**Indicador:** % de pacientes en estado terminal que reporten que se les ha informado sobre su condición de salud y las medidas terapéuticas que se le realizaran para mantener una buena calidad de vida.

**Umbral:** 100%.

*Dimensión de la Calidad: Eficacia*

**Norma:** El personal de salud, garantizará una adecuada comunicación con los usuarios en estado terminal.

**Indicador:** % de usuarios que afirman que se les ha proporcionado la información necesaria en relación a su estado y tratamiento a realizar.

**Umbral:** 100%.

*Dimensión de la Calidad: Continuidad*

**Norma:** El personal de salud debe garantizar una comunicación continua al paciente o su familia.

**Indicador:** % de pacientes o familiares que refieren que han recibido información continua sobre la condición, evolución y pronóstico a corto plazo de su salud (o en su defecto a los familiares).

**Umbral:** 100%.

*Dimensión de la Calidad: Trato y relaciones interpersonales*

**Norma:** Toda información brindada al usuario (a) debe ser brindada con calidez y calidad.

**Indicador:** % de usuarios que manifiestan sentirse satisfechos con toda la información proporcionada por el equipo o persona tratante

**Umbral:** 90 – 100 %.

## **F. Norma para el manejo de la Familia**

### Dimensión de la Calidad: Acceso a los servicios y oportunidad

**Norma:** El personal de salud procurará que al menos el 80% de las familias de los pacientes que requieran cuidados paliativos reciban intervenciones psicosociales.

**Indicador:** % de familias con pacientes que requieren cuidados paliativos reciben intervenciones por parte del equipo de cuidados paliativos.

**Umbral:** 80-100%.

### Dimensión de la Calidad: Eficacia

**Norma:** El manejo de la familia se realizará de forma efectiva por parte de todo el equipo de cuidados paliativos para prevenir claudicación por parte de la familia.

**Indicador:** % de familias que reportan ausencia de claudicación familiar.

**Umbral:** 100%.

### Dimensión de la Calidad: Trato y relaciones interpersonales

**Norma:** Toda usuario (a) que asiste a su atención de cuidados paliativos expresará sentirse satisfecha con la atención recibida.

**Indicador:** % de usuarios satisfechos por la atención en cuidados paliativos recibida en las unidades de salud.

**Umbral:** 90 – 100 %.

## **G. Norma para la alimentación y nutrición**

### Dimensión de la Calidad: Acceso a los servicios y oportunidad

**Norma:** El representante del establecimiento de salud, procurará que el 100% de los pacientes en estado terminal de su territorio reciban atención en nutrición para mantener un buen estado nutricional de estos usuarios.

**Indicador:** % de pacientes en estado terminal que se encuentren bajo control y atención nutricional.

**Umbral:** 80-100%.

### Dimensión de la Calidad: Eficacia

**Norma:** El personal de salud, garantizará que la atención de los usuarios en estado terminal se encuentre en un buen estado nutricional.

**Indicador:** % de usuarios que se encuentran en buen estado nutricional.

**Umbral:** 100%.

### Dimensión de la Calidad: Trato y relaciones interpersonales

**Norma:** Toda usuario (a) que asiste a su control y seguimiento nutricional expresará sentirse satisfecha con la atención recibida.

**Indicador:** % de usuarios satisfechos por la atención en sus controles y seguimientos nutricionales.

**Umbral:** 90 – 100 %.

## **VII. BIBLIOGRAFÍA:**

1. Astudillo W y Mendinueta C. Principios Generales de los Cuidados Paliativos. En línea. Disponible en: [www.sovpal.org/archivos/1.-primera%20secci3n.pdf](http://www.sovpal.org/archivos/1.-primera%20secci3n.pdf). Consultado: 16/11/09.
2. Constitución Política de la República de Nicaragua. Artículo No. 59.
3. Ley General de Salud No. 423. La Gaceta, diario oficial. Nicaragua 2002.
4. World Health Organization. Cancer Control. Palliative Care. Switzerland 2004.
5. SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos. [En línea] Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>. Consultado: 20/11/09.
6. National Consensus Project. Clinical Practical Guidelines for Quality Palliative Care. Second Edition. 2009.

**PROCOLO PARA EL CUIDADOS DE LOS PALIATIVOS**

## **I. Introducción**

En Nicaragua estamos experimentando un aumento en las expectativas de vida, que se asocia con un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas. Así mismo los avances en el tratamiento del cáncer, ha generado un incremento en la supervivencia y calidad de vida de estos enfermos. Por otro lado el VIH-SIDA que se ha instaurado en nuestra sociedad demanda una respuesta sanitaria y a pesar de los avances importantes en la terapéutica para esta enfermedad muchas personas morirán a causa de ella. A todo lo anterior se le suman las personas que presentan problemas neurodegenerativos, quienes requerirán farmacoterapia para mejorar su calidad de vida en la fase final de la enfermedad.

35La atención de los enfermos en fase avanzada y terminal es un reto para la salud pública de nuestro país, las medidas para desarrollar estos cuidados requiere:

Implementar recursos específicos, mejorar los recursos ya existentes (en todos los niveles de atención), formación de recursos humanos en esta área; educación y participación comunitaria.

En todos los establecimientos de salud debe existir un grupo interdisciplinario cuyo objetivo sea la promoción de una buena calidad de la atención de los enfermos terminales y liderar la docencia al resto de los profesionales para la implementación de los Cuidados Paliativos.

## **II. Desarrollo del Protocolo**

Para la revisión de las recomendaciones presentadas se llevo a cabo el siguiente proceso:

- Guías con enfoque integral sobre la enfermedad, publicado y difundido a nivel internacional, con enfoque general para el manejo de los pacientes que requieren cuidados paliativos.
- Documentos desarrollados por grupos de profesionales, asociaciones de especialidades médicas, sociedades científicas, agencias a nivel internacional, instituciones que ofrezcan planes de atención en salud u otra organización de reconocida trayectoria internacional relacionadas con el temas, que son consideradas como referencias a nivel mundial, y en las cuales se han basados especialistas de varios países o regiones para adaptarlas a su entorno nacional o regional de conformidad con un rigor metodológico.

Una vez elaborado el documento borrador se procedió a una revisión por técnicos de las Direcciones de: Servicio de Salud, Planificación y Regulación Sanitaria, así como por clínicos nacionales expertos en el tema.

Fecha de Elaboración: Mayo, 2010

Fecha de próxima actualización: Mayo, 2013

## **III. Alcance y Objetivo**

El presente protocolo se refiere específica y únicamente a la organización de las unidades de cuidados paliativos, y el manejo de los síntomas y urgencias más comunes que se presentan en los pacientes terminales. Aquí se excluye patologías que pueden presentarse en estos pacientes. Su objetivo es proporcionar las recomendaciones pertinentes acerca del manejo eficaz, efectivo, eficiente de los problemas comunes que se presentan en los cuidados paliativos y que interrumpen el bienestar del paciente.

## **IV. Población Objeto del Protocolo**

**Población diana:** Profesionales de la salud que prestan servicios en unidades de tratamiento del cáncer, unidades de padecimientos crónicos progresivos e incurables (por ejemplo: VIH/SIDA, Insuficiencias orgánicas, enfermedades neurodegenerativas) y que atienden a pacientes en fase terminal.

**Tipo de usuario beneficiario del protocolo:** toda persona que ha sido diagnosticada con certeza de un padecimiento avanzado, incurable, progresivo,

que no responde a tratamientos específicos y que tiene una expectativa de vida reducida, por lo general, menor a los 6 meses.

Algunos padecimientos que cumplen (en mayor o menor medida) con las característica de ser avanzados, incurables, progresivos y que no responde a tratamiento específicos son: las enfermedades hemato-oncológicas, el SIDA, las enfermedades neurodegenerativas, las insuficiencia orgánica específicas (renal, cardiaca, hepática, etc.); todas ella pueden conllevar a etapas finales de la vida y requerir cuidados especiales.

## **V. Definición de Cuidados Paliativos:**

Cuidado integral de todo paciente y su familia que se encuentra frente a una enfermedad incurable, progresiva; cuya expectativa de vida es reducida.

## **VI. Organización de una Servicio de Cuidados Paliativos**

Todo establecimiento de salud donde se atienden pacientes que presentan enfermedades en etapa terminal debe disponer de un espacio para el servicio de cuidados paliativos, las dimensiones físicas y el mobiliario de las mismas se debe apegar a lo recomendado en el Manual de Habilitación del Ministerio de Salud.

En todo establecimiento de salud se debe disponer de un recurso humano capacitado en el manejo de estos pacientes y aunque no exista la Unidad de Cuidados Paliativos.

### **A. Recursos Humanos Involucrados en la Atención de Cuidados Paliativos:**

Idealmente se deberá contar con:

- Médico con entrenamiento en cuidados paliativos.
- Odontólogo.
- Personal de enfermería.
- Nutricionista.
- Psicólogo.
- Trabajador social.
- Rehabilitador.
- Voluntarios:
  - o Guía Espiritual.
  - o Organizaciones civiles y no gubernamentales.
  - o Líderes comunitarios.
  - o Otros.

Como mínimo se acepta:

- Médico.
- Personal de enfermería.
- Trabajador social.

**B. Bases de la terapéutica en pacientes terminales serán:**

1. Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
3. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo los objetivos terapéuticos.
4. Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer". Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.
5. Tomar en cuenta la importancia del "ambiente". Una "atmósfera" de respeto, bienestar, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas. La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales de la salud, la familia y la comunidad, así como de medidas organizativas que proporcionen la seguridad y promoción de la comodidad del enfermo.

**C. Instrumentos básicos para mejorar la calidad de vida y bienestar de nuestros pacientes antes de su muerte son:**

1. Control de síntomas: Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, disnea, etc.), en otros será preciso la promoción de la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.).
2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.
3. Cambios en la organización, que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.
4. Equipo interdisciplinario, ya que es muy difícil planear los cuidados paliativos sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.
5. Adoptar una actitud adecuada ante esta situación, a menudo límite para el propio enfermo, familia y equipo terapéutico.

## **VII. Evaluación del paciente que requiere cuidados paliativos**

Una forma para evaluar al paciente consiste en la evaluación de varios dominios, que explican la variabilidad de la carga y de preferencias al final de la vida. Pretende evaluar seis dominios: físicos, emotivos (y cognoscitivos, aspectos relacionados a la autonomía, la comunicación, apoyo social y económico y finalmente aspectos relacionados a la existencia.

## **VIII. Control de Síntomas**

Revisiones sistemáticas han evaluada la prevalencia de síntomas en paciente con cáncer terminal así como pacientes con enfermedades crónicas.

En una primera revisión (donde se incluyeron 44 estudios y 25,074 pacientes)<sup>1</sup> identificaron 37 síntomas evaluados al menos en cinco estudios.

Los cinco síntomas que con más frecuencia ocurren en más del 50% de los pacientes fueron:

- Fatiga.
- Dolor.
- Pérdida de la energía.
- Debilidad, y
- Pérdida del apetito.

Durante las dos últimas semanas de la vida fueron frecuentes:

- Pérdida significativa de peso.
- Dolor.
- Náusea, y
- Menos frecuente los síntomas urinarios.

### **Principios Generales para lograr un Control de Síntomas<sup>2,3</sup>:**

1. Evaluar antes de tratar.
  - a. Evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener la enfermedad y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto (Ej.: disnea por infiltración del parénquima, y/o derrame pleural y/o anemia, etc.).

---

<sup>1</sup> Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, et al. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2007; 34:94–104.

<sup>2</sup> SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos. [En línea] Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>. Consultado: 20/11/09

<sup>3</sup> Twycross Rg, Lack S. Therapeutics in terminal care. Londres: Churchill Livingstones; 1990 Wrede-Seaman L. Symptom Management algorithms for palliative care. *Am J Hosp Palliat Care.* 1999;16 (3):517-527

- b. Evaluar la intensidad, impacto físico, impacto emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.
2. Explicar las causas de estos síntomas:
  - a. Utilizar términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar.
  - b. Explicar, asimismo, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia.
3. Toda estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende, que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas.
4. Deberá fijarse plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.
5. Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados (esquema corporal del dolor, tablas de síntomas). La correcta monitorización nos ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento, y mejorar nuestro el trabajo para poder comparar nuestros resultados.
6. Actitudes y conductos adecuados por parte del equipo (escuchar, sonreír, promover la terapia ocupacional, utilizar el contacto físico, entre otros), todo ello contribuye no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además eleva el umbral de percepción del dolor por parte del Paciente.

La rigurosidad y minuciosidad de nuestra actuación tendrá una traducción clínica evidente en nuestros pacientes sobre su nivel de confort, siendo necesario conjuntar una gran experiencia clínica en el manejo de estos pacientes con un alto nivel de sentido común a la hora de tomar decisiones, evitando aquellas medidas de diagnóstico que no vayan a alterar nuestra estrategia de forma notable, así como no retrasando el tratamiento por el hecho de no disponerlas.

Es imprescindible que el equipo terapéutico completo elabore, asuma, practique y evalúe los objetivos terapéuticos en cada síntoma y en especial en el caso del dolor.

### **A. Dolor**

El dolor es una sensación no placentera y una experiencia emocional asociada con un daño actual o potencial a un tejido. El dolor es uno de los síntomas más importantes que puede afectar significativamente la calidad de vida de los

enfermos. Si es persistente es capaz de cambiar el estado de las transmisiones neuronales con activación de vías previamente silenciosas, hasta volverse el centro de su existencia e incluso, acelerar su muerte por la gran sobrecarga que representa al organismo.

Es el síntoma más común y debilitante en los pacientes. Se presenta hasta en el 96% de los pacientes con cáncer, hasta el 80% de los pacientes con SIDA, 77% de los pacientes con enfermedad cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica y en el 50% de los pacientes con enfermedad renal crónica.<sup>4</sup>

Por estos motivos es básico realizar una correcta evaluación que comprenda:

1. Tomar en serio la descripción que haga el enfermo para conocer su posible origen muscular, óseo, visceral, neuropático o mixto causado por el propio tumor, el tratamiento anticanceroso o la suma de otros trastornos. Sólo su reconocimiento adecuado permitirá un tratamiento más específico.
2. Determinar bien la intensidad del dolor (ver anexos).

### **Evaluación del Dolor<sup>5</sup>:**

El dolor debe evaluarse diariamente y de una forma simple utilizando diferentes escalas.

**En el caso de la población pediátrica<sup>6</sup>** el problema del dolor no se limita a la etapa terminal. Durante el curso de la enfermedad los niño (a)s pueden experimentar dolor relacionado con la enfermedad, procedimientos diagnósticos, el tratamiento, y discomfort emocional. La evaluación del dolor pediátrico requiere otro tipo de escalas, dado que en el 80% de los casos el lenguaje de lo(a)s niño(a)s no es verbal.

Para evaluar el dolor pediátrico se debe considerar:

- El dolor referido por el paciente es válido. Factores ambientales, conductuales, psicológicos, culturales pueden influenciar la intensidad del dolor.
- Para evaluar el dolor en lactantes y preescolares se utiliza la escala FLACC (acrónimo del inglés: F=face (cara), L=legs (piernas), A=actividad, C=cry (llanto), C=consolabilidad. Cada categoría en esta escala tiene un subpuntaje. La sumatoria de los subpuntajes determina el puntaje FLACC.
- Para los pacientes en edades de 5-13 años se utiliza la escala de las caritas.

---

<sup>4</sup> Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, et al. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 34:94–104.

<sup>5</sup> Carles de Márquez B. Valoración del Dolor por Cáncer. En Cuidados Paliativos: Guía para el Manejo Clínico. OPS, 2008. En línea.

<sup>6</sup> St. Jude Children's Research Hospital. Guideline for Pharmacological Pain Management. March 2005.

- En los pacientes mayores de 13 años se puede utilizar una escala numérica del 0-10 (0= ausencia de dolor; 10=máxima intensidad).

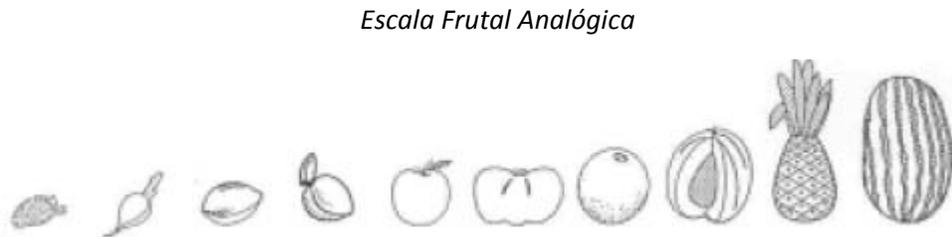
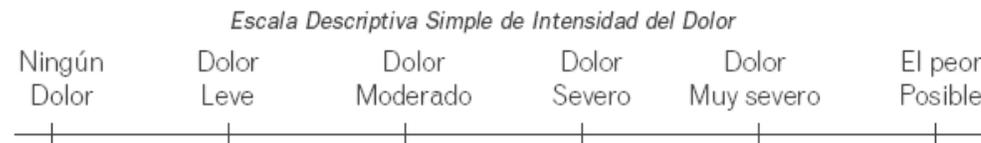
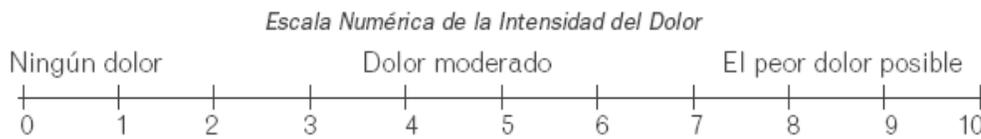
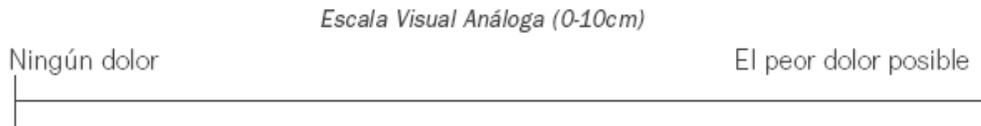
ESCALA FLACC			
Categoría	Puntaje		
	0	1	2
<b>Expresión Facial (FACE)</b>	Sin expresión particular, sonriente.	Muecas ocasionales, fruncir el seño, hipoactivo, desinteresado.	Mentón tembloroso, mandíbula rígida.
<b>Piernas (Legs)</b>	Posición normal o relajada.	Inquieto(a), tenso(a).	Pateando, piernas encojidas.
<b>Actividad</b>	En reposo, posición normal, se mueve sin dificultad.	Retorcerse, girarse de adelante hacia atrás, tenso(a).	Posición rígida, arqueada, movimientos bruscos.
<b>Llanto (Cry)</b>	Ausencia de llanto (alerta o dormido).	Gemidos o choriqueo ocasional.	Llanto continuo, gritos o gemidos frecuentes, muy quejumbroso.
<b>Consolabilidad</b>	Contento, relajado.	Se consuela con caricias, tacto constante, y abrazos. Requiere que le hablen para distraerlo(a).	Difícil de consolar o confortar.

Cada una de las 5 categorías (F) Face (expresión facial); (L) Legs (piernas); (A) Actividad; (C) Cry (llanto); (C) Consolabilidad tiene un puntaje de 0-2. La suma total resulta en un puntaje de 0 a 10.(0= sin dolor, 10 nivel máximo de dolor)

ESCALA DE LAS CARITAS					
					
0	2	4	6	8	10
<b>Contento sin dolor</b>	<b>Duele muy poco</b>	<b>Duele un poquito más</b>	<b>Dolor es más molesto</b>	<b>Duele mucho</b>	<b>El dolor es terrible</b>

Para cualquiera de las escalas mencionadas se requiere una intervención farmacológica cuando el dolor alcanza un puntaje mayor o igual a 5 puntos.

**En el caso de adultos las más utilizadas son:**



La literatura reporta un sin números de escalas para valorar el dolor, sin embargo un grupo de experto dio prioridad a las siguientes dimensiones del dolor que fueron identificada en una revisión sistemática: intensidad del dolor, patrón temporal, factores que mejoran (incluye tratamiento) y exacerban el dolor, localización e interferencia del dolor en la vida diaria.

La historia del dolor incluye<sup>7</sup>:

- Sitio del dolor.
- Intensidad/Severidad del dolor.
- Radiación.

<sup>7</sup> NHS. Control of Pain in Adult with Cancer. [On line]. Disponible in: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN106.pdf>. Consult: December 5th, 2009.

- Sincronización del dolor.
- Calidad del dolor.
- Factores que mejoran o agravan el dolor.
- Etiología del dolor: ocasionado por la enfermedad, por el tratamiento, asociado a complicaciones de la enfermedad (p.ej: Ulceras por presión) o no relacionados con ningunos de los anteriores.
- Tipo de dolor: nociceptivo, visceral, neuropático, síndrome complejo regional, mixto.
- Historia de la analgesia.
- Creencias del paciente sobre la analgesia, la efectividad del tratamiento y consecuencia de los mismos.
- Presencia de desordenes psicológicos significativos (p.ej: ansiedad o depresión).

El dolor puede ser difícil evaluarlo en la demencia. Así mismo existen condiciones que pueden modificar el umbral del dolor. (Tabla 1).

**Tabla 1. Condiciones que modifican el umbral del dolor**

<b>Bajan el umbral</b>	<b>Incrementan el umbral</b>
Disconfort	Mejoría de otros síntomas
Insomnio	Sueño
Fatiga	Reposo, en algunos casos la fisioterapia
Ansiedad	Comunicación/apoyo
Preocupación	La empatía con el personal que lo atiende
Enojo	Actividades
Tristeza	Buen humor
Depresión	Entender el significado del dolor
Introversión	La inclusión social
Abandono social	Capacidad para expresar sus emociones
Aislamiento	

**Tratamiento<sup>8</sup>:**

**Medidas no farmacológicas:**

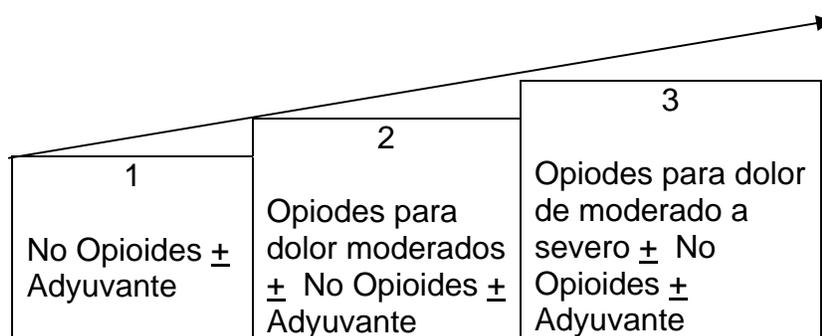
Como parte integral del dolor, existen medidas no farmacológicas que pueden complementar el tratamiento del paciente. Usualmente incluyen una combinación de terapia física y psicológica. Estas intervenciones deben estar a cargo del personal de psicología y rehabilitación entrenado para este fin (ver anexos).

**Medidas farmacológicas:**

Los principios para la analgesia son:

<sup>8</sup> Carles de Márquez B. Valoración del Dolor por Cáncer. En Cuidados Paliativos: Guía para el Manejo Clínico. OPS, 2008. En línea.

- Administrar el analgésico correcto a la dosis correcta y en el tiempo correcto.
- Administrar la ruta mas apropiada (cuando sea posible oral).
- Alcanzar las dosis máximas antes de cambiar a otro fármaco.
- Considerar siempre la co-analgésia.
- Considerar dosis de rescates para picos de dolor, calcular el 25% de la dosis del opioide de base. En caso de que el opioide sea morfina las dosis de rescate no debe realizarse con menos de una hora de tiempo entre ellas.
- Para todos los fármacos opiodes realizar titulaciones.
- Manejar los efectos adversos.
- Un facultativo es quien debe de tomar el papel de prescriptores de opiodes.



De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el manejo del dolor se basa en el sistema de tres escalones de acuerdo a la intensidad el dolor.

Cuando el dolor es leve se sugiere utilizar fármacos no opiodes combinados con adyuvantes según el caso, si el dolor persiste o es moderado hay que utilizar los fármacos de la escala dos; y si el dolor se mantiene o incrementa de intensidad recurrir a los fármacos del escalón tres.

Dosis de Fármacos Utilizado para el Manejo del Dolor en Cuidados Paliativos				
Fármacos No Opiodes				
Fármaco	Dosis pediátricas (< 60 kg)	Dosis máxima (kg/día)	Dosis en Adultos y niños >12 años	Dosis máxima (Día)
<b>Acetaminofen</b>	10-15 mg/kg dosis cada 4-6 hrs PO	90mg/kg en 24 horas	500-1000 mg dosis cada 4-6 hrs PO	4000 mg
<b>Naproxeno*</b>	5-7 mg/kg dosis dividido cada 8-12 hrs PO	Máximo 1g-1.2g en 24 hrs	250-500 mg dosis cada 12 hrs PO	1000 mg
<b>Ibuprofeno*</b>	5-10 mg/kg dosis cada 8-12 hrs PO	2.4g en 24 horas	400-600 mg dosis cada 6 hrs PO	2400 mg
<b>Diclofenac*</b>	0.5-1 mg/kg dosis cada 8-12 hrs PO	3mg/kg en 24 horas	50-75 mg dosis cada 8 hrs PO	300 mg
Fármacos Opiodes				
<b>Tramadol</b>	1 mg/kg dosis cada 8 hrs PO	Máximo 8 mg/kg o 400 mg al día	50 mg dosis cada 8 hrs PO	400 mg
<b>Codeína</b>	0.5-1 mg/kg/dosis cada 4-6 horas	60 mg	30 mg dosis cada 8 hrs	300 mg
<b>Oxicodona</b>	10 mg cada 12 hrs	No aplica	10 mg cada 12 hrs	No aplica

(liberación sostenida)	PO		PO	
<b>Fentanil</b>	1-2 mcg/kg IV para infusión continua en 24 horas.	No aplica	25 mcg/hora	No aplica
<b>Morfina</b>	0.1 mg/kg IV dosis con intervalos de cada 4 horas	No aplica	0.1 mg/kg IV dosis con intervalos de cada 4 horas	No aplica
	0.3 mg/kg dosis q 4 hrs PO. En liberación sostenida cada 12 horas.		0.3 mg/kg dosis q 4 hrs PO. En liberación sostenida cada 12 horas	
*No deben utilizarse en pacientes con trombocitopenia y alteraciones de la coagulación				

### Fármacos adyuvantes utilizados para el manejo del dolor en cuidados paliativos:

- a) Dolor óseo metastásico: radioterapia, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), bifosfonato (ácido zoledrónico y ácido ibandronico).
- b) Compresión medular: radioterapia y corticoides (dexametasona 10-25 mg y luego 2-10 mg cada 6 horas).
- c) Cefalea secundaria a hipertensión endocraneana y metástasis: alta dosis de corticoides (dexametasona 5-10 mg luego 1-4 mg cada 6 horas).
- d) Infiltración visceral y de tejido blando: dosis baja o moderadas de corticoides (dexametasona 5 a 10 mg luego 1-4 mg cada 6 horas), diuréticos si hay edema, AINEs.
- e) Espasmos vesicales/rectales: oxibutinina (0.2 mg/kg/dosis 2-4 veces/día, incrementar a 5 mg 4 veces/día para >5 años); clorpromacina para tenesmo rectal.
- f) Neuralgia pos-herpética: anticonvulsivantes tal como la carbamazepina y gabapentina, antidepresivos tricíclicos tal como la amitriptilina.
- g) Espasmo muscular: usualmente mejora tratando la causa y generalmente puede ser con intervenciones no farmacológicas. Sin embargo si el dolor espasmódico no mejora, utilizar un relajante muscular. Puede ser un agente sedante como la ciclobenzaprina en dosis inicial de 5 mg oral tres veces al día, si lo tolera se puede incrementar hasta 10 mg tres veces al día. Una alternativa puede ser el diazepam 0.12-0.8 mg/kg/día diario en dosis divididas cada 6 a 8 horas.
- h) La sobredosis del opiáceo: diluya una ampolla del naloxone de 0.4 mg en 10 mL de solución salina. Administre 0.5 mL (que equivale a 0.02 mg) cada 30 a 60 segundos hasta que se observe la mejoría de los síntomas. Prepárese para repetir este proceso (el período de algunos opiáceos es más largo que el del naloxone). Si el paciente no responde en un periodo de 10 minutos, considere otra razón del cambio en su estado neurológico.

## **B. Escala para evaluación de Síntomas:**

Así como existen instrumento para evaluar el dolor, se cuentan con herramientas para evaluar otros síntomas; entre ellos: la escala de la evaluación de síntomas (MSAS).

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Historia clínica # \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

Sin dolor	_____	Peor dolor imaginable
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sin cansancio	_____	Peor fatiga imaginable
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sin náusea	_____	Peor náusea imaginable
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sin depresión	_____	Peor depresión imaginable
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sin ansiedad	_____	Peor ansiedad imaginable
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sin mareo	_____	Peor mareo imaginable
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sin dificultad para respirar	_____	Peor dificultad para respirar imaginable
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Buen apetito	_____	Peor apetito imaginable
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Duerme bien	_____	Peor insomnio imaginable
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sensación de bienestar	_____	Peor malestar imaginable
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

## C. Gastrointestinal:

### 1. Nauseas y Vómitos:

Son síntomas frecuentes en los pacientes en estado terminal, una revisión sistemática donde se incluyeron 6 estudios demostró que la náusea ocurre en el 17% de pacientes con cáncer incurable y el vómito en el 13 % de ellos; los pacientes presentaban dicho síntomas de 1 a 2 veces por semana.<sup>9</sup>

Evaluación: la náusea es un síntoma y el paciente lo auto reporta (exceptuando en los casos de deterioro cognitivo), sin embargo el vomito es objetivo (por lo tanto constituye un síntomas) y puede medirse el volumen, la frecuencia y consistencia del vomito. Se puede utilizar la evolución clínica o una simple escala visual análoga o una escala numérica. (Ver Anexo 3).

**Tratamiento**<sup>10</sup>: La náusea y el vómito puede tratarse según la etiología del mismo y la causa de este.

**Tabla 4. Tratamiento de elección de las Nauseas y Vómito según Etiología<sup>11</sup>**

Etiología	Medicamento	Dosis y vía de administración en niños	Dosis y vía de administración en adultos y niños mayores de 12 años
Inducida por opioides	Haloperidol es el fármaco de primera línea en niños	12.5 - 50 mcg/ Kg PO HS* o BID (hasta 15mg/día)	1.5 mg HS ó 2.5-5 mg en 24 hrs
	Clorpromacina	No se utiliza	25 mg al día
	Metoclopramida	0.5 - 1 mg PO C/6-8 hrs. Máximo 10 mg	10-20 mg c/6 hrs o 30 a 80 mg en 24 hrs
	Agonistas 5-HT3 Ondasetron Granisetron	8mg ó 5 mg/m <sup>2</sup> IV o 12-24mg/día oral. 1 mg IV stat y luego 1 mg IV BID.	No utiliza
Quimioterapia y Radioterapia	Ondasetron	8mg ó 0.15 mg/Kg IV;	8 mg c/8 hrs PO o IV
	Granisetron	12-24mg/día PO.	1 mg stat y luego 1 mg BID
	Dexametazona	1 mg IV stat, 1 mg IV	4 mg c/hrs PO o IV

<sup>9</sup> Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, et al. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2007; 34:94-104.

<sup>10</sup> Hallenbeck J. Fast fact and concepts #5: causes of nausea and vomiting. 2005. Available at: [http://www.eperc.mcw.edu/fastFact/ff\\_005.htm](http://www.eperc.mcw.edu/fastFact/ff_005.htm). Accessed on: May 10, 2008.

<sup>11</sup> Watson M, Lucas C, Hoy A and Back I. Handbook of Palliative Care. Oxford University. Edition 2005

<b>Etiología</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Dosis y vía de administración en niños</b>	<b>Dosis y vía de administración en adultos y niños mayores de 12 años</b>
		BID 4-8 mg/dosis IV	
	Metoclopramida	0.5 mg/Kg PO ó IV c/6-8 hrs	10 mg c/8 hrs IV u oral
	Loracepam (Antisipatoria/ansiedad)	0.02-0.04 mg/kg cada 6h (Máxima 2mg/dosis)	No se utiliza
<b>Hipertensión Intracraneana</b>	Dexametazona	1-4 mg PO o IV BID	16 a 24 mg c/8 hrs IV
<b>Metabólico (Hipercalcemia)</b>	Haloperidol	1.5 mg PO HS o BID	2.5-5 mg c/12 hrs IV o PO
<b>Obstrucción intestinal</b>	Haloperidol	1.5mg PO HS o BID	2.5-5 mg c/12 hrs IV o PO
	Hioscina Butilbromide (Buscapina)	40-100mg c/24 hrs	40-100mg c/24 hrs
	Ondasetron	8-24 mg/día ó 0.15 mg/Kg IV/PO	8 mg c/8 hrs PO o IV
	Dexametazona	8-16 mg/día PO o IV (no utilizar por periodo mayor de tres días)	4 mg c/hrs PO o IV
<b>Retraso del Vaciamiento Gástrico</b>	Metoclopramida	10-20 mg c/6 hrs PO o IV	10 mg c/8 hrs PO o IV
	Domperidona	200 a 400 mcg c/8 hrs PO	5 mg c/8 hrs PO
<b>Irritación Gástrica</b>	Inhibidor de bomba de protones: Omeprazol	3 mg/Kg/día PO	20-40 mg día
	Ranitidina	>12 años 20-40 mg en dos dosis.	150 – 300 mg día en una sola dosis.
	Ondasetron	1mg/Kg/dosis TID u 8 mg PO o IV BID	8 mg c/8 hrs PO o IV
	Interrumpir AINES		

Para el tratamiento de la náusea y el vómito existen medidas no farmacológicas entre ellas:

- Evitar olores fuertes.
- Evitar la ingesta de comida grasosas y condimentadas.
- Proporcionar alimentos helados (por ejemplo: sorbetes, gelatinas, otros).
- Administrar pequeñas porciones de alimento y fraccionar el número de comidas.
- Que el alimento sea vistoso y estimule al paciente para alimentarse.
- Favorecer un ambiente familiar y cómodo para el paciente.

## 2. Constipación:

Es un síntoma común. Algunas causas de la misma son la inmovilidad, ingesta oral disminuida, medicamentos y algunas condiciones que acompañan al estado terminal que contribuyen a disminuir la motilidad intestinal (por ejemplo: grandes masas abdominales que aumentan la presión abdominal y dolor). Más del 95% de los pacientes que reciben opiodes presentan efectos adversos tal como la náusea, sedación y constipación.<sup>12</sup>

Debe iniciarse laxantes profiláctica en pacientes que están recibiendo opiodes. Debe preferirse los laxantes por vía oral a los rectales. Se recomienda utilizar combinación de laxantes estimulantes con ablandadores de heces o laxantes osmóticos si es necesario.

La prescripción de fibras no mejora el cuadro debido a que en la mayoría de los casos se encuentra deteriorada la ingesta de líquido. Los laxantes estimulantes y los ablandadores de las heces tal como el bisocodil y el senna son los más indicados para estos pacientes, pueden recibirlo de forma rutinaria siempre y cuando no presenten contraindicaciones. Algunos pacientes en particular con intestinos neurogenicos se benefician de enemas y supositorios.

<b>Medicamentos</b>	<b>Dosis y vía administración en niños</b>	<b>Dosis y vía de administración en mayores de 12 años y adultos</b>	<b>Reacciones Adversas</b>
Senn	Dosis: Niños de 2-6 años: 8.6 mg oral BID en forma de Te Niños de 6-11 años: 17.2 mg oral BID. Presentación: Tabletillas de 7.5mg.	Dosis: 17 a 30 mg ID o BID. Dosis máxima 50 mg. Presentación: Tabletillas de 7.5 mg Te sobres: dar en forma té de 1 a 2 veces al día. Modificar según respuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vómitos</li> <li>- Deshidratación</li> <li>- Desequilibrio hidro-electrolítico</li> <li>- No usar en obstrucción intestinal</li> <li>- Puede teñir de rojo la orina</li> </ul>
Lactulosac Duphalac Frasco	Dosis: 5 a 10 mL cada 12	Dosis: 10 mL cada 12 horas oral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cólicos</li> <li>- Distensión</li> </ul>

<sup>12</sup> Fallon M. ABC of Palliative Care: Constipation and Diarrhoea. BMJ 1997; 315:1293-1296.

<b>Tabla 5. Tratamiento Farmacológico de la Constipación</b>			
<b>Medicamentos</b>	<b>Dosis y vía administración en niños</b>	<b>Dosis y vía de administración en mayores de 12 años y adultos</b>	<b>Reacciones Adversas</b>
	horas oral. Presentación: Jarabe de 300 mg/5mL	Presentación: Jarabe de 300 mg/5mL	abdominal
Parafina Líquida	No se utiliza	15 - 30 mL oral una vez al día.	- Diarrea
Glicerina	Dosis: 1 supositorio pediátrico rectal. Usar en combinación con laxantes estimulantes Presentación: supositorios pediátricos	Dosis: 1 supositorio rectal. Usar en combinación con laxantes estimulantes. Iniciar con un supositorio, si no hay respuesta aplicar un segundo supositorio y de no tener respuesta aplicar un tercer supositorio. En caso que con este último no exista respuesta entonces aplicar enema evacuante. Presentación: supositorios de adulto.	- Ninguno
Bisacodilo	Dosis: 5 mg ID oral (tabletas) o rectal (supositorios) Presentación: tabletas orales de 5 mg o supositorios de 5 mg	Dosis: 10 mg ID oral (tabletas) o rectal (supositorios) Presentación: tabletas orales de 10 mg o supositorios de 5 a 10 mg	- No usar en obstrucción intestinal - Puede teñir de rojo la orina - Escoriaciones en el perineo e irritación en la piel

### Medidas Generales:

- Interrogar al paciente o a los padres en casos de los niños sobre sus hábitos defecatorios ya que éstos varían de paciente a paciente.
- Explorar por datos que sugieran obstrucción intestinal (radiografía de abdomen), impactación fecal, desgarros o fisuras anales. En caso que se identifique obstrucción intestinal se deberá referir a un establecimiento de mayor resolución en salud y valorar de forma multidisciplinaria con todos los especialistas que se requieran.
- Identificar la causa subyacente y tratarla adecuadamente.
- Aumentar la ingesta de líquidos: agua, jugos de frutas, ya que en ocasiones el aporte de fibra puede estar contraindicado en paciente con sub-oclusión u obstrucción intestinal.
- Aumentar la movilidad del paciente de ser posible.
- Optimizar el acceso al baño.
- Estimular hábitos defecatorios regulares en especial después de las comidas.
- Se debe iniciar con medicamentos orales de primera elección y después pasar a las preparaciones rectales de ser necesario.
- En pacientes con que reciben opioides debe prevenirse el estreñimiento y mantenerlos por el tiempo que dure el tratamiento con opioides.

### 3. Diarrea:

Es un síntoma menos frecuente que el estreñimiento en el paciente terminal, exceptuando en los enfermos con HIV/SIDA (se ha descrito en un 10% de los pacientes en etapa terminal). La causa mas frecuente en los pacientes oncológicos es el uso de laxante. Se debe investigar la causa de diarrea antes de indicar un antidiarreico.

<b>Tabla 6. Causas más frecuente de diarrea en el pacientes en cuidados paliativos</b>
1. Uso laxante: generalmente se presenta 24 horas después de que se ha interrumpido el laxante. Debe revisarse la dosis.
2. Fármacos: antibióticos, anti-ácidos, AINEs, hierro.
3. Impactación fecal: perdida de material fecaloide a nivel distal de la masa o impactación fecal.
4. Radioterapia en abdomen y pelvis: generalmente se presenta en la 2da o 3ra semana de haber iniciado el tratamiento con radioterapia.
5. Mala-absorción: casos de gastrectomía, resecciones del ilion y carcinomas de la cabeza del páncreas.
6. Tumores del colón distal y recto por obstrucción parcial.

<b>Tabla 7. Tratamiento de la diarrea según causa</b>	
<b>Causas</b>	<b>Tratamiento</b>
Uso de laxante	Descontinuar el laxante o revisar dosis
Fármacos: Antibiótico	Descartar colitis pseudomembranosa por clostridium difficile e indicar metronidazol: Niños: 35mg/Kg/día en tres dosis Adultos: 400 mg BID por 7 a 14 días,
AINEs, hierro y anti-ácido:	Suspender el fármaco asociado
Impactación fecal	Desimpactación rectal o evacuación manual
Radioterapia	Ondrasetron, aspirina.
Mal-absorción	Enzimas pancreáticas.
Tumores	Desimpactación rectal En caso de cáncer rectal con tenemos administrar enemas de corticoesteroides.
Diarreas secretoras de causa inespecífica	Loperamida: - Niños menores de 12 años: 2 mg/cada 8 horas. - Niños mayores de 12 años y adulto: 4 mg/3-4 veces al día Codeína: - Niños menores de 12 años: 0.5-1 mg/kg/dosis cada 4-6 horas (dosis máxima hasta 60 mg) - Niños mayores de 12 años y adulto: 30 mg dosis cada 8 hrs (dosis máxima hasta 300 mg) Morfina si es necesario.

#### **4. Anorexia y Caquexia<sup>13</sup>:**

Es un síntoma presente en el 70% de los pacientes con enfermedad avanzada. Anorexia se define como la ausencia o pérdida del apetito; la caquexia resulta de una excesiva pérdida de peso, mayor del 5% del peso previo en los últimos 6 meses. Esta no solo se relacionó con la anorexia si no con excesivo catabolismo de la grasa y de la masa muscular.

<sup>13</sup> Yavuzsen T, Davis MP, Walsh D, LeGrand S, Lagman R. Systematic Review of the Treatment of Cancer-Associated Anorexia and Weight Loss. J Clin Oncol 2005; 23(33): 8500 - 8511.

Ambas condiciones se encuentran en muchos pacientes en enfermedad terminal. Las causas tratables de la anorexia y de la caquexia deben ser identificadas y tratarse.

Entre las causas reversibles de anorexia, ligadas al cáncer se pueden mencionar:

- Trastornos dispépticos: asociados con candidiasis oral, esofagitis por reflujo, dolor.
- Mucositis.
- Alteraciones del gusto.
- Náusea y vómito.
- Dolor.
- Estasis gástrica.
- Metabólica: hipercalcemia, hiperazoemia.
- Estreñimiento.
- Inducida por el tratamiento: quimioterapia y radioterapia.
- Depresión.
- Debilidad cognoscitiva.

El tratamiento de la anorexia y caquexia comprende medidas generales y farmacológicas. Para el abordaje de estos síntomas debe considerarse el pronóstico del paciente (de años a meses; meses a semanas, días en pacientes terminales). La anorexia en las últimas semanas de vida del paciente no debe tratarse.

Los fármacos utilizados para estimular el apetito son:

- Progesteronas: utilizados únicamente en adultos. Aumenta el apetito y el aporte calórico, sin embargo se han asociado a riesgo de problemas trombo-embólico, hiperglicemia, hipertensión, hipogonadismo y supresión de las glándulas suprarrenales.

Dentro de este grupo se recomienda el acetato del megestrol<sup>14</sup>, algunos estudios han demostrado que el acetato de megestrol incrementa el peso a expensa de la grasa y no a la masa del músculo del magro. La dosis inicial es de 160 mg oral día, aumentar cada dos semanas hasta que se consiga el efecto deseado, o hasta que los efectos secundarios limitan el ascenso de la dosis y en este caso debe suspender. Para uso de este fármaco debe evaluarse adecuadamente por costos elevados del mismo.

- Corticoesteroides: en niños son los de elección para el tratamiento de la anorexia, sin embargo, debido a los efectos secundarios como alteración de

---

<sup>14</sup> Effects of medroxyprogesterone acetate on appetite, weight, and quality of life in advanced-stage non-hormone-sensitive cancer: a placebo-controlled multicenter study. J Clin Oncol 1996;14:1077-84

la conducta e irritabilidad su efecto se limita a una o dos semanas. Se recomienda dexametaxona de 2 a 4 mg al día.

En adultos pueden proporcionar una mejoría temporal del apetito e ingesta de alimentos, este fármaco debe reservarse para pacientes en muy malas condiciones de salud y que el beneficio de utilizar el mismo supere al riesgo, en aquellas personas que además se utilice este medicamento con fines analgésicos y antieméticos.

- Otros agentes que han demostrado algunos efectos positivo sobre aumento del apetito y de peso incluyen:
  - o Mirtazapine en la depresión.
  - o Talidomida en cáncer y VIH-SIDA avanzados.
  - o Metoclopramida 10 mg cada 6 horas en casos de saciedad precoz. estasis gástrica por su efecto proquinético.

#### Medidas Generales:

- o Identificar las causas reversibles y tratarlas.
- o Manejar en conjunto con nutricionista.
- o Preparación adecuada de los alimentos: raciones pequeñas, fraccionadas 6-7 tomas de los alimentos que el paciente prefiera.
- o Debe procurarse un ambiente calmo, relajado no apurar la paciente.
- o De preferencia que el paciente tome sus alimentos con el resto de la familia (p.ej: en el comedor), cuando sea posible.
- o En los niños se puede cambiar las horas de la comida, el lugar, hacer la comida más divertida. Debe tomarse en cuanto el momento del día donde el niño tenga más apetito.
- o Tranquilizar al paciente sobre la normalidad de presentar sensación de saciedad precoz.
- o Mejorar la apariencia, consistencia y olor del alimento.
- o Reducir al mínimo las restricciones alimenticias.
- o Tomar en cuenta los aspectos sociales, culturales y religiosos.
- o Favorecer a la hidratación.
- o Considerar suplementos nutricionales.

#### **5. Cuidado de la Boca:**

Son múltiples las alteraciones de los problemas bucales en el paciente terminal, uno de los más frecuentes es la sequedad de la boca que se presenta hasta en el 70% de los pacientes. El objetivo del tratamiento se basa en: 1) control y prevención del dolor, 2) mantener la mucosa y labios húmedos, limpios, suaves e intactos para evitar la aparición de infecciones y promocionar el confort; y 3) eliminar las placas bacterianas y restos alimenticios para evitar la halitosis.

Debe realizarse un exhaustivo examen físico de la boca para detectar problemas que pueden pasar desapercibidos y ocasionar molestia, dificultad para la alimentación inclusive anorexia. Una adecuada higiene bucal es fundamental para la calidad de vida del paciente en terapia paliativa. Por lo tanto el personal médico y paramédico debe educar al paciente y la familia sobre los diferentes métodos y utensilios para garantizar o preservar la higiene bucal.

#### Recomendaciones Generales:

- Evaluar por odontólogo para que ayude a determinar y tratar adecuadamente el problema bucal.
- Utilizar cepillo infantil, suave tanto para los dientes como para la lengua. En caso de no poderse utilizar el anterior se puede limpiar la cavidad oral con torunda o el dedo índice protegido con guante o gasa. Es más inefectivo para eliminar la placa pero puede ser más cómodo y de ayuda para la humidificación y ante signos de sangrado.
- Después de las comidas se debe realizar higiene bucal (cepillado o enjuague normal).
- Mantener húmeda la cavidad oral con pequeños sorbos de agua.
- Para la higiene de después de las comidas, cepillado y enjuague normal. Pueden utilizarse con una frecuencia de cada 2-4 horas o bien una solución base de vaselina líquida, manzanilla y hielo; ha demostrado ser útil y eficaz en estados más terminales o agónicos, aunque la vaselina puede ser desagradable por su viscosidad.
- Para eliminar el sarro utilizar el peróxido de hidrógeno diluido (excepto en estomatitis), perborato sódico que no puede ser tragado, solución de bicarbonato sódico, muy efectivo pero de gusto desagradable (no puede ser utilizado en tratamientos anti fúngicos) o un pequeño fragmento de vitamina C.
- Enjuagues antisépticos: 10-20mL de solución colutorio, 4 mL de xilocaina al 2%, bicarbonato de sodio 20mL, agua destilada 50 mL y nistatina 20 mL. Estos enjuagues son beneficiosos en pacientes con mucositis y moniliasis oral.
- Ketoconazol oral en casos de candidiasis; aunque los síntomas desaparezcan a los 7 días es necesario continuar con el tratamiento durante 14 días.
- El uso de anestésicos locales sobre úlceras dolorosas antes de cada comida, como la xilocaína (lidocaína).
- Brindar cuidados especiales cuando se utiliza prótesis. Si el paciente presenta candidiasis, éstas últimas deberán sumergirse en solución de hipoclorito al 1% si no tiene metal o en solución de nistatina en caso contrario.
- Gargarismos de povidona yodada al 7,5% en los casos de halitosis por boca séptica y/o neoplasia oral.

## 6. Hipo:

Se produce como resultado de los espasmos diafragmáticos secundaria a la irritación del diafragma. Usualmente se asocia a hepatomegalia y distensión gástrica.

<b>Tabla 8. Causas de Hipo</b>	
<b>Irritación vagal:</b>	distensión gástrica, reflujo gastro-esofágico, tumores hepáticos, obstrucción intestinal y ascitis.
<b>Irrigación del nervio frénico:</b>	compromiso tumoral del diafragma, masa mediastinica, tumores intracraneales sobretodo los del tallo cerebral, infiltración meníngea por cáncer.
<b>Sistémicas:</b>	insuficiencia renal, uso de corticoesteroides e hiponatremia.

<b>Tabla 9. Tratamiento del Hipo según la Causa</b>	
Distensión gástrica	<p>Metoclopramida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños: 10 mg cada 6 horas.</li> <li>- Niños mayores de 12 años y adultos: 10 mg cada 6 horas.</li> </ul> <p>Domperidona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños: 200 a 400 mcg cada 8 horas</li> <li>- Adultos: 10 mg cada 6 horas oral</li> </ul> <p>Fraccionar la dieta en pequeñas porciones Uso de anti-flatulentos como hidróxido de aluminio a dosis de 5-10 mL cada 6 horas en niños y adultos.</p>
Relajación del musculo liso	<p>Nifedipina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños: 0.25-0.5mg/Kg dosis PRN</li> <li>- Adultos: 5 mg PRN o tres veces al día oral.</li> </ul>
Suprimir el reflejo del hipo	<p>Clorpromacina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños: no se utiliza.</li> <li>- Adultos: 25 mg PO diario.</li> </ul>
Suprimir la irritación a nivel central por tumores intracraneales	<p>Dexametazona (dosis altas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños: 1-4 mg BID PO.</li> <li>- Adultos: 16 mg día PO.</li> </ul> <p>Fenitoina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños: 1.5-2.5 mg/kg</li> <li>- Mayores de 12 años y menor de 18 años: 75-150 mg hora sueño</li> <li>- Adultos: 200-300 mg hora sueño.</li> </ul> <p>Carbamacepina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños: 5 mg/kg en la noche o 2.5 mg/kg BID ( max 10mg/Kg BID)</li> <li>- Mayores de 12 años y Adultos: 100 mg cada 8 horas e ir aumento según respuesta</li> </ul>

## **D. Neuro-psiquiátrico**

### **1. Ansiedad y Depresión:**

#### Medidas generales:

- Se le debe proporcionar al paciente sea niño(a) o adulto el ambiente adecuado y la oportunidad de expresar sus temores y preocupaciones.
- El uso de técnicas de relajación.
- La musicoterapia.
- Brindar consejería al paciente y su familia (en casos de pacientes pediátricos a los padres).

#### Medidas farmacológicas:

Se deben combinar los medicamentos con medidas no farmacológicas. La ansiedad puede ser resultado de la depresión por lo que en estos casos debe valorarse tratamiento antidepressivo.

Los niños pueden experimentar períodos breves de ansiedad o ataques de pánico, por lo que deben considerarse para el manejo benzodiacepina de vida media corta como el midazolam; para los ataques de pánico puede considerarse el uso de lorazepam y en casos de trastornos de mayor duración considerar el diazepam.

<b>Tabla 10. Dosis de Benzodiacepina en el manejo de la Ansiedad</b>		
<b>Fármaco</b>	<b>Dosis</b>	<b>Precauciones</b>
Midazolam	Niños y adultos: 100 mcgr/Kg por vía IV/SC 500mcgr/Kg PO (dosis máxima 10mg)	Cuidado en pacientes con falla renal (reducir dosis), hepática, insuficiencia cardíaca.
Lorazepam	25-50 mcgr/Kg dosis única.  En niños no se necesita exceder dosis de 0.5-1mg/día; Adultos máximo 4mg/día.	Cuidado en pacientes con falla renal, hepática, distress respiratorio.
Diazepam	1mes-12 años: 50-100mcgr/Kg BID-QID >12 años y adultos: 2.5-5mg BID-QID	Crea dependencia

El diagnóstico de la depresión en niños con enfermedad terminal puede ser difícil debido a las manifestaciones de la enfermedad de base, por lo que en la mayoría de los pacientes pueden pasar desapercibida y por lo tanto no se trata. Se debe tomar en cuenta la observación de los padres y responsables, y apoyarse con el psicólogo infantil.

La depresión en adulto al igual que en el niño requiere la evaluación por el psicólogo, en algunos casos además se utilizan las medidas farmacológicas.

La amitriptilina, aunque ya no se considera un fármaco de primera línea para el tratamiento de la depresión en niños puede constituir la elección en pacientes que presentan también alteraciones del sueño y dolor. La dosis indicada es de 0.5-1mg/Kg por la noche. Se recomienda hacer incrementos graduales de 25% de la dosis cada 2-3 días, con una dosis máxima de 2mg/kg/día.

## 2. Insomnio:

El insomnio puede ser el origen de alteraciones físicas y psíquicas además que su presencia empeora condiciones subyacentes. Las alteraciones del sueño son un problema común entre los pacientes con cáncer. Se calcula que cerca del 50% de los pacientes se encuentran afectados con este problema. En estos pacientes el proceso tumoral, el dolor, la hospitalización, los tratamientos, la ansiedad y la depresión aumentan el riesgo de padecer insomnio y trastornos del ciclo sueño-vigilia; sin embargo muchos facultativos brindamos apoyo en este sentido a los pacientes en estado terminal.

<b>Tabla 11. Dosis de Benzodiacepina en el manejo del insomnio</b>		
<b>Fármaco</b>	<b>Dosis</b>	<b>Precauciones</b>
Midazolam	Niños y adultos: 100 mcgr/Kg por vía IV/SC 500mcgr/Kg PO (dosis máxima 10mg)	Cuidado en pacientes con falla renal (reducir dosis), hepática, insuficiencia cardíaca.
Lorazepam	25-50 mcgr/Kg dosis única.  En niños no se necesita exceder dosis de 0.5-1mg/día; Adultos máximo 4mg/día.	Cuidado en pacientes con falla renal, hepática, distress respiratorio.
Diazepam	1mes-12 años: 50-100mcgr/Kg BID-QID >12 años y adultos: 2.5-5mg BID-QID	Crea dependencia

## 3. Delirium:

El delirium es un síndrome clínico, no una enfermedad. Su etiología usualmente es multifactorial e incluye lesiones a nivel del sistema nervioso central, fármacos, anormalidades de líquidos y electrolíticos, hipoxemia y otras anormalidades metabólicas. Es particularmente común en personas que tienen demencia.

La dependencia funcional, la polifarmacia, el deterioro sensorial y la existencia de problemas crónicos son factores que incrementan el riesgo a presentarlo.

El delirium se caracteriza por cambios agudos en el estado mental, con desorientación y se caracteriza por fluctuaciones en la atención.

Tipo de delirium:

Hiperactivo: frecuentemente el paciente presenta hiperactividad y agitación.

Hipoactivo: se caracteriza por letargo y suele ser mas grave que el hiperactivo.

Mixto: una combinación de los anteriores.

No hay pruebas específico para la evaluación del delirium, sin embargo en toda evaluación debe incluirse las medicaciones, especialmente los fármacos psicoactivas, evaluación física general, estado de la hidratación, la oxigenación; dolor y uso reciente del alcohol o de la droga.

Tratamiento: requiere la corrección de anormalidades subyacentes, pues el delirio puede ser reversible en el hasta 50% de casos en unidades paliativas del cuidado.

En pacientes de algunos ancianos el delirio puede ser un resultado del dolor mal manejado. Cuando los síntomas del comportamiento amenazan a la seguridad del paciente o de la capacidad de proporcionar terapia, las medicaciones psicotrópicas se pueden utilizar con precaución.

El haloperidol sigue siendo la primera droga de la opción. Dosis bajas se recomiendan en los ancianos. Hay poca evidencia que apoya el uso de otros agentes anti-psicóticos. Hay que recordar que la FDA informó sobre la asociación de arritmias y prolongaciones del QT con el uso de haloperidol.

Las benzodiazepinas no se recomiendan como monoterapia debido a: la sobre sedación y de perpetuación del delirium.

El delirium es un indicador de mal pronostico y es un predictor de mortalidad, hasta un 76% de los pacientes que la presentan fallecen en un año.

## **E. Pulmonares**

**Disnea:** se define como la sensación objetiva de falta de aires y es un síntoma común en pacientes con cáncer, enfermedad cardiaca, enfermedades pulmonares avanzadas y en VIH-SIDA.<sup>15</sup>

Ni el índice respiratorio, ni el nivel de oxigenación predicen la severidad de la disnea. No se dispone de una escala bien validada para medir la disnea.

El manejo de la disnea debe basarse en: la incomodidad del paciente, los resultados de la oximetría, las pruebas de función pulmonares, las radiografías de tórax y otras evaluaciones que nos orienten a la causa de la disnea.

---

<sup>15</sup> Booth S, Wade R, Johnson M, et al. The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine; Expert Working Group of the Scientific Committee of the Association of Palliative *Medicine Respir Med.* 2004;98:66–77.

El tratamiento se debe enfocar en mejorar la causa subyacente, cuando es posible y los síntomas de manejo.

El tratamiento no farmacológico incluye: oxígeno, opiáceos y los ansiolíticos. Estudios han demostrado las ventajas de los opiáceos para la disnea, el mecanismo del mismo se basa en la disminución de la respuesta ventilatoria a la hipoxia y a la hipercapnia; además que puede disminuir la ansiedad y sensación subjetiva de las respiraciones cortas. La morfina se considera el opiáceo de elección para la disnea en pacientes con el cáncer y se administran por vía oral, sublingual, subcutánea o intravenosa<sup>16</sup>, en dosis utilizadas para los otros síntomas y descrito previamente.

Las benzodiazepinas, tal como el lorazepam, son útiles cuando la ansiedad es un factor que contribuye significativamente. Sin embargo, los pacientes necesitan ser supervisados por la sedación al combinar las benzodiazepinas y los opiáceos. Los corticoesteroides inhalados pueden también ser beneficiosos para los pacientes que tienen un componente inflamatorio a su disnea (tal como asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o tener cáncer de pulmón.

## **F. Otros Síntomas:**

### **Síntomas Constitucionales:**

**Fatiga:** se define como el descenso de la vitalidad física y/o mental. El paciente puede referirlo como cansancio y necesidad de reposar entre 23 a 48 horas para la resolución del malestar. La fatiga puede ser consecuencia de la enfermedad primaria y del tratamiento que está utilizando.

#### Tratamiento:

Manejo de las causas subyacentes (p.ej: anemia o hipoxia)

Tratamiento farmacológico y no farmacológico dirigida al síntoma.

#### Tratamiento No farmacológico:

- Educación constante al paciente sobre el síntoma.
- Modificar las actividades de la vida diaria.
- Programar periodos de descanso durante el día.
- Priorizar a los pacientes sobre sus actividades.
- De realizar ejercicios deben ser: suaves y breves.

#### Tratamiento farmacológico:

---

<sup>16</sup> Jennings AL, Davies AN, Higgins JPT, Broadley K. Tratamiento paliativo con opiáceos para la disnea de la enfermedad terminal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 1*, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

- Corrigiendo la causa, por ejemplo en caso de anemia corregir anemia.
- Psicoestimulantes:
  - ✓ Metilfenidato a 10 mg diario PO, generalmente es el fármaco más utilizado para revertir la fatiga cuando no existe causa subyacente corregible que pueda ser comprobada. La administración de los mismos se debe realizar por la mañana.
- Corticoesteroides: deben ser reservado para los pacientes terminal que además de la fatiga presentan náusea y vómitos.

## **IX. Atención a la Familia**

El impacto de la enfermedad terminal sobre el ambiente familiar puede tomar distintos aspectos según los factores predominantes que pueden estar tanto en relación con la enfermedad misma (control de síntomas, información, no adecuación de objetivos enfermo-familia) como en relación con el entorno social y circunstancias de vida del enfermo:

- Personalidad y circunstancias personales del enfermo.
- Naturaleza y calidad de las relaciones familiares.
- Reacciones y estilos de convivencia del enfermo y familia en pérdidas anteriores.
- Estructura de la familia y su momento evolutivo.
- Nivel de soporte de la comunidad.
- Problemas concretos, calidad del habitación, etc. (disputas familiares, herencias).
- Es necesario valorar una serie de factores socioculturales que pueden afectar y condicionar la atención: situación económica de la familia que permita asumir los costos que se generan (material de curas o comodidad, medicación, miembros de la familia que dejan de trabajar), condiciones básicas de habitabilidad y comodidad de la vivienda (agua, higiene, etc.); la familia debe estar capacitada culturalmente para comprender y ejecutar las indicaciones sobre el tratamiento y cuidados (curas sencillas, cambios posturales, etc.).

Trabajo del equipo en la atención de la familia;

1. Valorar si la familia puede emocional y prácticamente atender de forma adecuada al enfermo en función de las condiciones descritas. Identificarse a la persona que llevará el peso de la atención para intensificar el soporte sobre ella y revisar las vivencias y el impacto que se vayan produciendo.
2. Planificar la integración plena de la familia, y lo haremos mediante: la educación, soporte práctico y emocional de la familia.
3. Ayuda en la rehabilitación y recomposición de la familia (prevención y tratamiento del duelo).

Este trabajo de valoración de la situación familiar debe ir haciéndose periódicamente ya que puede modificarse bruscamente en función de la aparición de crisis.

Información clara y precisa, que le permita participar en la medida de sus posibilidades son: alimentación, higiene, cuidados directos del enfermo, cambios posturales, curas específicas, hábitos de evacuación, administración de fármacos, pautas de actuación ante la aparición de posibles crisis: coma, crisis de pánico, agitación psicomotriz, agonía.

Orientaciones para la comunicación con el enfermo: actitud receptiva, importancia de la comunicación no verbal y respuestas. La asistencia del paciente en su domicilio genera una pesada carga para sus familiares, además de un estado de sufrimiento sobreañadido, por cuanto es más estrecha la participación en su angustia y sufrimiento.

Los sentimientos de impotencia y culpabilidad son frecuentes: de impotencia porque se sienten desarmados ante una enfermedad fatalmente mortal, de la que ignoran casi todo y, de culpabilidad porque afloran en ellos, tras el agotamiento, sentimientos de desear que la situación se resuelva cuanto antes, que son absolutamente normales.

Por ello debemos comprender las distintas dinámicas a nivel del grupo familiar, de forma de poder intervenir en la interrelación propia que este grupo plantea, en la búsqueda de mejorar la calidad de los vínculos que, por multiplicidad de factores pueda estar entorpeciendo u obstaculizando la evolución del tratamiento con el paciente terminal. Trabajar con la muerte en un paciente descompensado, con una familia desestructurada por la incertidumbre y el miedo, puede conducir a modalidades sumamente conflictivas y necesitadas de un abordaje específico.

Recomendaciones: es necesario generar múltiples alternativas organizativas, de recursos y de búsqueda de redes, vincular a los efectos de establecer niveles de soporte socio-económico, financiero, espiritual, emocional, y de apoyo a todo el entramado social que a partir de la enfermedad, se complejiza en torno a la persona del enfermo.

**X. Bibliografía:**

1. Dynamed team. Cancer pain. Last up to date: November 5<sup>th</sup>, 2009. Diposable in: [www.ebscohots.com](http://www.ebscohots.com). Consult date: November 20<sup>th</sup>, 2009.
2. Emanuel LL, Alpert HR, Emanuel EE. Concise screening questions for clinical assessments of terminal care: the needs near the end-of-life care screening tool. *J Palliative Medicine* 2001; 4(4): 465-74.
3. Goldstein N and Fischberg D. UptoDate in Palliative Medicine. *Ann Intern Med* 2008; 148: 135-140.
4. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Palliative care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2008 May. 58 p.
5. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados Paliativos: Guía para el Manejo Clínico. En línea. Disponible en: [www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.pdf). Consultado: 20 de noviembre de 2009.
6. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, et all. Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice. Guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Medicine* 2008; 148: 141-146.
7. SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos. [En línea] Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>. Consultado: 20/11/09.
8. National Consensus Project. Clinical Practical Guidelines for Quality Palliative Care. Second Edition. 2009.
9. López González JL, Valádez Martín JI, Navarro Epoxito F y cols. Criterios de Cuidados Paliativos en el Paciente Oncológico. *Medicine* 2005; 9(27): 1795-1798.

## ANEXOS

### Anexo 1. Técnicas no Farmacológicas para Control del Dolor

- **Relajación:** puede estar enfocada en respiración, relajación muscular, asistida por música o sonidos para ayudar a reducir o aliviar la ansiedad y la tensión muscular; hasta que el dolor disminuya. Puede ser usado para episodios de mejoría de dolor tal como cuando la habilidad para concentrar es un compromiso para el dolor agudo, un alto nivel de ansiedad o fatiga.
  - **Distracción:** puede incluir distracción interna tal como contar, cantar, rezar (orar) o distracción externa tal como televisión, hablar con la familia, escuchar leer a alguien, juegos de videos u otros
  - **Cognitive reframing** – teaches patient to monitor and evaluate negative thoughts and images and replace them with more positive ones through the use of positive self statements such as “I’ve had similar pain and it got better”.
  - **Imagery/Guided imagery** – teaches patient to concentrate on the image of a positive, pleasant, and pain incompatible experience or situation to produce physiologic changes and relaxation. Most effective if the patients includes all five senses in the imagery.
  - **Operant conditioning** – this method uses a systematic program or positive reward to monitor and modify both parent and child behaviors that are maintaining a disruptive or pain increasing response. Should be well-coordinated between all staff.
1. Patients may also be referred, as appropriate to Pastoral Care or Social Work for spiritual or support needs as well as questions relating to hope, fear of abandonment, and other similar concerns.
  2. Additional techniques, requiring documented skills and expertise include:
    - **Biofeedback** – use of light, temperature or auditory signals to provide immediate and direct feedback to the patient about the state of his body, thereby helping the child associate the relationship between emotion and physiological states. This is particularly useful in helping the child to distinguish between relaxed and tense body states.
    - **Modeling** – teaches patient to cope well with a stressful situation through observational or vicarious learning. Modeling is most effective when the model shows some distress and then demonstrates or explains how they coped with the procedure. Ideally, the child is then able to demonstrate these behaviors in similar situations.
    - **Hypnosis** – a method used to assist patient in entering a state of highly focused attention in which they feel very relaxed and respond to suggestions and ideas that are beneficial to them.
    - **Therapeutic play** – provides an outlet for emotional expression through such activities as art, music, or puppetry. Provides an opportunity to teach pain coping through mental and physical activity.

- **Medical play** – use of play to provide a sense of control and relieve anticipatory anxiety. Helps patients to learn about painful procedures, clarify misconceptions, facilitate systematic desensitization and rehearse coping techniques.

### **Physical Modalities**

The goal of pain management is not only relief from pain, but the maintenance of the normal quality of life. Physical modalities will not substitute for medication, but may decrease the need for pain-reducing drugs as well as restore the mobility and function needed for quality of life. Modalities should be introduced early to treat generalized weakness and deconditioning as well as aches and pains associated with periods of inactivity and immobility. The following modalities are currently available.

Commonly used modalities include:

- **Superficial heat** – applied through hydrocollator packs to induce vasodilatation and increase the elastic property of muscles. Used primarily for joint stiffness, muscle spasm and wound healing.
- **Cryotherapy** – applied through cryotherapy or ice packs to induce vasoconstriction. Used primarily for inflammation, edema, spasm, acute injury or procedural pain.
- **Massage** – to stimulate endorphin production, assist venous flow, encourage lymphatic flow, provide gentle stretch of tissues, or to release subcutaneous scar tissue adhesions.
- **Exercise** – may be active, passive or through continuous passive motion. Used to strengthen, mobilize, restore coordination and balance, enhance patient comfort or provide cardiopulmonary conditioning.

Additional interventions, requiring documented skills and expertise include:

- **Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)** – controlled, low-voltage electrical stimulation to large, myelinated peripheral nerve fibers via cutaneous electrodes. Helps relieve post-op incisional or neuropathic pains as well as pain associated with spasm.
- **Neuromuscular electrical stimulation (NMES)** – electrical current to elicit a muscle contraction used for post-op muscle re-education and facilitation.
- **High voltage, monophasic pulsed current** – though the exact mechanism of this modality is not well understood, the positive effects for edema control and enhanced wound-healing are well documented.
- **Orthotics** – used to immobilize, redistribute weight, support weak structures or provide a prolonged gentle stretch. May be indicated for pathologic fracture, ischemic bone pain, contracture, peripheral neuropathy, spasticity or postural asymmetry.
- **Compression** – applied through pump or garment. Must be intermittent or graduated to have desired effect. Effective for edema and neuropathic pain.