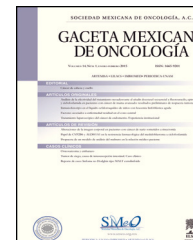




SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es/gamo



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Programa de medicina y cuidados paliativos



Celina Castañeda de la Lanza^{a,*}, Gabriel J. O'Shea Cuevas^a,
Javier Lozano Herrera^a, Guillermina Castañeda Peña^a y Celina Castañeda Martínez^b

^a Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México D.F., México

^b Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México

Recibido el 28 de abril de 2015; aceptado el 20 de mayo de 2015

Disponible en Internet el 11 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Sistema de Protección
Social en Salud;
Cuidados paliativos;
Cobertura;
Control de síntomas

KEYWORDS

Social
Health-Protection
System;
Palliative care;
Coverage;
Symptom control

Resumen La necesidad de responder en el sistema sanitario a los pacientes con enfermedades oncológicas y padecimientos no transmisibles, así como el envejecimiento de la población, han motivado el desarrollo de una intervención acorde con la CIE-10 para el control sintomático de estos tipos de pacientes.

La intervención 88 se designa para: «Atención por algunos signos, síntomas y otros factores que influyen en el estado de salud» y se pone a disposición el anexo 1 para realizar el tratamiento farmacológico.

El planteamiento desde este sistema permite lograr la cobertura con la oferta de intervención para la población afiliada que se encuentre en situación paliativa o terminal o que amerite control sintomático.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Medicine and palliative care program

Abstract The need for the healthcare system to respond to oncology patients, patients with non-transmittable diseases and aging population needs, has led to the development of an intervention according to the ICD-10 for symptom control in these patients.

Intervention 88 is assigned to: "Care for some signs, symptoms and other factors that influence health status", and it is available in appendix 1 for drug treatment.

* Autora para correspondencia: Gustavo E. Campa 54, 2 Piso, Col. Guadalupe Inn, México, D.F. C.P 01020.

Correo electrónico: cecasta@hotmail.com (C. Castañeda de la Lanza).

The approach of this system allows for coverage by offering intervention to the Social Health-Protection System population in a palliative or terminal situation or requiring symptom control. © 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El Sistema de Protección Social en Salud tiene como objetivo principal garantizar la cobertura universal de servicios de salud, con la firme intención de mejorar la protección financiera y la tutela de derechos para quienes no están cubiertos por la seguridad social¹.

En el contexto nacional existe una creciente necesidad de cuidados paliativos para pacientes con enfermedades oncológicas o no transmisibles, así como para la población en proceso de envejecimiento. Este tipo de medidas deben ser adoptadas de manera global en los planes de salud pública. Los cuidados paliativos deben estar orientados a la cobertura, equidad, calidad, orientación comunitaria y a la capacitación de las familias y cuidadores informales. Esto incluye la oferta de servicios, educación y formación, así como la disponibilidad de medicamentos².

Los cuidados paliativos ocupan una posición que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y de sus allegados (consanguíneos y relativos) cuando afrontan los problemas relacionados con una enfermedad potencialmente mortal y que demerita la función y el desempeño. El planteamiento de los cuidados paliativos se concreta en medidas de *promoción, prevención, fomento y cuidado* acorde a la situación vital (línea de vida), al control de los síntomas y al alivio del dolor mediante la detección precoz y la correcta evaluación de la terapia farmacológica, así como de las terapias complementarias, integrando aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Es por ello que, privilegiando el acceso efectivo a los servicios de salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud impulsa la intervención 88 denominada «Atención por algunos signos, síntomas y otros factores que influyen en el estado de salud», con el objeto de hacer llegar a los afiliados el control de síntomas y el tratamiento integral durante toda la evolución de la enfermedad.

Justificación

El Sistema de Protección Social en Salud tiene como objetivo hacer posible el acceso a los servicios de salud con un trato equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad a los afiliados al sistema, con un énfasis en los grupos vulnerables a través de acciones que fortalezcan la tutela de derechos y la protección financiera.

En este contexto, el país y el sistema de salud mexicano enfrentan el cambio epidemiológico y demográfico, puesto que el número de adultos mayores constituye el 9% de la población total y las enfermedades no transmisibles o

cronicodegenerativas tienen grandes repercusiones en la calidad de vida de las personas. Debido a estos factores y a las políticas públicas, ha surgido la necesidad de incorporar los cuidados paliativos a las medidas de protección social en materia de salud, con fundamento legal en los siguientes documentos que se señalan:

- 1) *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* Capítulo: México Incluyente. **Objetivo 2.1.** Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población. **Estrategia 2.2.2.** Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población. **Estrategia 2.2.3.** Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. **Objetivo 2.4.** Ampliar el acceso a la seguridad social.
- 2) *Ley General de salud*, art. 33, párrafo IV, 166 bis a 166 bis 21. Promulgado en el DOF el 1 de noviembre de 2013.- *Plan de Cuidados Paliativos*: El conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por el médico tratante, complementadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario, las cuales deben proporcionarse en función del padecimiento específico del enfermo, otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados a su padecimiento. Puede incluir la participación de familiares y personal voluntario.
- 3) *NOM-011-SSA3* del DOF del 9 de diciembre de 2014 que establece los criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos que les proporcionen bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o prolongación de la agonía.
- 4) *Acuerdo del Consejo General de Salubridad* DOF 26 de diciembre de 2014, acuerdo por el que el Consejo General de Salubridad declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la guía del manejo integral de cuidados paliativos.
- 5) Asamblea Mundial de la Salud. WHO 67.19, 24 de mayo de 2014, «Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida.»

Objetivo general: Universalizar la cobertura en materia de cuidados paliativos para la población afiliada al Seguro Popular.

Objetivos específicos:

- I. Establecer las acciones necesarias para la difusión y capacitación de la utilización de la intervención 88
- II. Establecer las acciones para la utilización racional del anexo 1 en el control sintomático
- III. Implementar los cursos de difusión y capacitación presenciales en las distintas entidades federativas
- IV. Implementar los cursos de difusión y capacitación en línea
- V. Establecer la comunicación con la Dirección de Salud Reproductiva, Equidad y Género para la implementación de los cuidados paliativos en el área de salud reproductiva
- VI. Establecer un programa de capacitación comunitaria para cuidados paliativos interculturales
- VII. Establecer la coordinación del grupo de Cuidados Paliativos Pediátricos para la ampliación de las guías de práctica clínica
- VIII. Mantener las reuniones de trabajo interinstitucionales en el área de cuidados paliativos
- IX. Participar en proyectos de investigación dentro del área (publicación de artículos)

Para el desarrollo y consecución de los objetivos contemplados en el plan de trabajo está integrada la vinculación con las diferentes áreas.

Actividades y metas:

- I. Contribución en el manual del gestor para la intervención 88
- II. Participación en las reuniones del sistema unificado de gestión tema: Intervención 88 *control de signos y síntomas* (cuidados paliativos.)
- III. Capacitación en las entidades federativas sobre la intervención y cuidados paliativos
- IV. Sitio en línea para la información de cuidados paliativos
- V. Capacitación en sociedades interculturales (enfoque comunitario)
- VI. Directorio de cuidados paliativos

Indicadores:

- I. Número de cursos y personal capacitado en la intervención
- II. Número de cursos en línea
- III. Número de equipos de salud reproductiva y el enfoque en cuidados paliativos
- IV. Número de sociedades interculturales donde se difunde y capacita en cuidados paliativos
- V. Número de entidades federativas capacitadas
- VI. Guías de práctica clínica 2015 (grupo de CPP)
- VII. Artículos publicados
- VIII. Participación en cursos, congresos, seminarios y foros de debate

Los cuidados paliativos son necesarios en el sistema de salud en los diferentes niveles de atención porque *alivian el sufrimiento, mejoran la calidad de vida, se ofrece y da cobertura y son métodos para aplicar sobre todo en el primer nivel de atención*³.

En consecuencia, la estrategia para la implementación contempla estos 3 elementos:

1. Difusión, capacitación y educación
2. Disponibilidad de opioides y adyuvantes (*uso del anexo 1*)¹⁾
3. Aplicación de los servicios en los diferentes niveles de atención

Estos cuidados paliativos deben establecer los siguientes principios:

Cobertura para llegar a los pacientes y familiares tributarios del programa.

Garantizar la equidad para que se proporcione la atención a pacientes en situación paliativa en los diferentes estadios de la enfermedad hasta llegar a la fase terminal o situación de agonía, independientemente del sexo, edad, estado civil, posición económica o tipo de enfermedad y situación laboral.

Tener dispuesta una red de atención, referencia y contrarreferencia para hacer posible que los casos más complejos sean atendidos por equipos de mayor multidisciplinariedad. Además, garantizar calidad en la prestación de los servicios en términos de eficacia y eficiencia.

Existen razones que nos llevan a posicionar los cuidados paliativos en el área de la salud pública, y entre estas se contemplan:

- La responsabilidad social con los enfermos terminales y en situación paliativa
- Elevados estándares de ética que dan cobertura a los pacientes terminales y/o en situación paliativa
- Una alternativa a los cuidados altamente intensivos y especializados, inaccesibles para algunas personas en situación terminal
- Autosustentabilidad financiera

El apoyo social, médico, de enfermería y de psicología puede ser brindado por la comunidad y en el seno de la misma⁴⁻⁷.

Funciones fundamentales de los equipos de cuidados paliativos

- a. Evaluación y tratamiento de los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales
- b. Ayuda a los pacientes en la identificación de los objetivos
- c. Ayuda a la familia en la identificación de objetivos y necesidades
- d. Poner a disposición documentos de voluntad anticipada
- e. Evaluación y tratamiento de las necesidades psicológicas y sociales
- f. Evaluación del sistema de apoyo del paciente
- g. Evaluación de la comunicación y del pronóstico estimado
- h. Evaluación de los problemas y planificación del alta de la unidad hospitalaria al domicilio

Aplicación de los servicios de cuidados paliativos

I. Primer nivel de atención

La estrategia de aplicación del modelo de cuidados paliativos en los servicios de salud deberá ser escalonada. El primer nivel de atención debe ser competitivo y ofrecer una asistencia domiciliar de calidad debido a los siguientes factores:

Los pacientes pasan la mayoría del tiempo en casa; así lo prefieren y, por lo tanto, ahí se debe situar su cuidado.

Porque disminuyen los ingresos hospitalarios

La asistencia domiciliaria es un apoyo fundamental para la familia que además ofrece capacitación y educación.

Equipos de apoyo básico

Este equipo deberá ser adecuado en cuanto al tamaño inicial y a la flexibilidad para el inicio del servicio, a fin de que sus acciones resulten eficaces y eficientes.

En los centros de salud, con los médicos generales o de servicio social y su personal de enfermería, en los casos en que se cuente con técnicos de atención primaria en salud, incluirlos en las actividades.

Estos equipos ofrecerán la asistencia en varias modalidades:

- Asistencia ambulatoria
- Visita domiciliaria
- Asesoría telefónica (donde exista el recurso)
- Consejería familiar
- Formación de redes de apoyo familiar y social
- Hacer eficiente la referencia y contrarreferencia al segundo o tercer nivel según sea el caso⁸.

II. Segundo nivel de atención

En este segmento se propone la implementación de *equipos multidisciplinarios* que funcionen dentro de las instituciones sin área física definida y puedan interactuar en todo el hospital y sus diferentes unidades de aplicación del cuidado paliativo.

Estos equipos básicos deben integrar a personal de las áreas médica, de trabajo social, psicología y enfermería.

Estos equipos actúan como equipo de consulta sin camas ni unidades específicas dentro del hospital.

Estos equipos llevan a cabo sus actividades dentro del hospital y deben ser eficaces y eficientes porque el grupo de pacientes oncológicos o con padecimientos no transmisibles o los pacientes geriátricos acuden al centro hospitalario.

- Sus actividades están dirigidas a la consulta externa
- Diseño de planes de cuidado previstos para el momento del alta de la unidad para el paciente y su familia
- Consejería familiar
- Asesoría telefónica
- Directorio de centros de salud en el primer nivel que brinden cuidados paliativos domiciliarios
- Hacer eficiente la referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención; al primero o al tercer nivel, según sea el caso de cada paciente⁹.

III. Tercer nivel de atención

Unidades especializadas acordes al nivel de atención y a la especialidad a la que estén dirigidas, tomando en consideración la variedad de pacientes así como las diferencias en cuanto a la estancia hospitalaria, edad, mortalidad y costos.

La estructura física de la unidad debe favorecer la privacidad y el bienestar de los pacientes y permitir la compañía de los familiares (favoreciendo el reposo nocturno, el acceso total y una pequeña cocina).

El número de camas depende de los aspectos económicos y de la estructura institucional.

La visita domiciliaria queda *excluida del tercer nivel de atención*

El modelo asistencial debe contemplar básicamente 2 aspectos:

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

Básicamente, las actividades son:

- Consulta ambulatoria
- Cuidados de día
- Hospitalización para control de síntomas difíciles y/o sedación terminal
- Asesoría telefónica
- Consejería familiar
- Hacer eficiente la referencia y contrarreferencia al primer y segundo nivel de atención, según lo amerite el paciente
- Diseño de planes de cuidado por situación vital al momento del alta del paciente

Centros de cuidados de día: Para control de síntomas que ameriten la permanencia del paciente por algunas horas dentro de la unidad hospitalaria.

Las áreas de oportunidad que se deben priorizar en el tercer nivel son:

Investigación clínica, estudios multicéntricos, creación de una base de datos para establecer una red de vinculación y desarrollo de una experiencia nacional que repercuta en una mejor asistencia a los pacientes¹⁰.

Conclusión

En el contexto de la prestación de asistencia es preciso integrar en el abordaje al paciente y su familia por parte de los trabajadores de la salud tomando en consideración como aspectos prioritarios el desarrollo^{11,12} de:

1. Comunicación eficiente
2. Acciones de promoción, prevención y fomento para pacientes y familiares
3. Control sintomático (incluye alivio del dolor)
4. Diseño de planes de cuidado por situación vital
5. Tratamiento de las complicaciones
6. Referencia oportuna en caso necesario
7. Asistencia psicosocial
8. Coordinación de la asistencia
9. Toma de decisiones
10. Asistencia a los pacientes en situación de agonía

Existen varios modelos de cuidados paliativos que deben ser desarrollados, pero un modelo competitivo es aquel que concentra sus esfuerzos en el área de la salud pública en un primer nivel de atención basando el cuidado en el entorno familiar y la comunidad. Este tipo de abordaje permite mejorar la viabilidad económica, puesto que ayuda a compensar los retos económicos al prestar la asistencia con una protección financiera. Asimismo, este tipo de medicina ofrece un control adecuado de la trayectoria de los

pacientes en los diferentes niveles de atención. Además, la integración por niveles de atención permite un cuidado exhaustivo e integrado, lo cual facilita que el paciente pueda ingresar al programa por varios puntos de acceso y cursar por todos los niveles de atención, de modo que dentro de este proceso se le proporcione la continuidad de la asistencia acorde a su situación vital.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Actualizado OCDE con base en Martínez Valle, Observatorio de Salud, Capítulo 16. 1996.
2. Stejrnswärd J, Colleau SM, Ventafridda V. The World Health Organization Cancer Pain and Palliative Care Program: Past, present and future. *J Pain Symptom Manage*. 1996;12:65–72.
3. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care, WHO Technical Reports, Series 804. Geneva: WHO; 1990.
4. Gomez-Batiste X, Fontanals de Nadal MD, Via JM, et al. Catalonia's five-year plan: Basic principles. *Eur J Palliative Care*. 1994;1:45–9.
5. Alliance WPC, World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf>.
6. Gomez Batiste X, Porta J, Tuca A, et al. Spain: The WHO demonstration project of palliative care implementation in Catalonia. Results at 10 years (1991-2001). *J Pain Symptom Manage*. 2002;24:239–42.
7. Stjernswärd J. Palliative care: The public health strategy. *J Public Health*. 2007;28:28–42.
8. Cheng WW, Willey J, Palmer JL, et al. Interval between palliative care referral and death among patients treated at a comprehensive cancer center. *J Palliative Med*. 2005;8:1025–32.
9. Axelsson B, Christensen SB. Evaluation of a hospital-based palliative support service with particular regard to financial outcome measures. *Palliative Med*. 1998;12:41–9.
10. Porta Sales J, Codorniz N, Gomez-Batiste X, et al. Patient appointment process, symptom control and prediction of follow up compliance in a palliative care outpatient clinic. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30:145–53.
11. Davis MP, Walsh D, LeGrand SB, Lagman R. End-of-life care: The death of palliative medicine? *J Palliat Med*. 2002;5:813–4.
12. Weissman DE. Consultation in palliative medicine. *Arch Inter Med*. 1997;157:733–7.