

# El ABC de los cuidados paliativos para el cirujano general

## *The ABCs of palliative care for surgery*

Sara Concepción Ortega Espino,\* Josefina Serrano Pérez†

**Palabras clave:**  
cuidados paliativos,  
síntomas,  
comunicación,  
espiritualidad, final  
de vida.

**Keywords:**  
*palliative care,  
symptoms,  
communication,  
spirituality, end of  
life.*

### RESUMEN

Existe una amplia gama de enfermedades que requieren atención de cuidados paliativos, tales como enfermedades neoplásicas, cerebrovasculares, del sistema nervioso central, entre otras enfermedades crónico-degenerativas. Con un enfoque en proveer alivio de los síntomas, dolor y estrés de una enfermedad severa, independientemente del diagnóstico o pronóstico, el objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de su familia o cuidadores primarios. El manejo básico de síntomas, la discusión del pronóstico, el abordaje de objetivos de tratamiento y decisiones al final de la vida, son elementos básicos de los cuidados paliativos que cualquier médico debería conocer, así como el momento en que debe realizar una consulta al equipo de cuidados paliativos.

### ABSTRACT

*There is a wide range of diseases that require palliative care attention, such as neoplastic, cerebrovascular, and central nervous system diseases, among other chronic-degenerative diseases. With a focus on providing relief from the symptoms, pain, and stress of severe illness, regardless of diagnosis or prognosis, the goal of palliative care is to improve the quality of life for both patients and their families or primary caregivers. The basic management of symptoms, the discussion of the prognosis, the approach to treatment objectives and decisions at the end of life, are basic elements of palliative care that any doctor should know, as well as the moment in which they should consult a palliative care team.*

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos (CP) están definidos como el cuidado activo e integral de pacientes que no responden a tratamientos curativos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.<sup>1</sup> Esta definición ha confinado el cuidado de los pacientes con necesidades paliativas, únicamente a aquellos en quienes no se pueden ofrecer opciones terapéuticas curativas o incluso en etapa terminal únicamente, dejando sin acompañamiento a todos aquellos pacientes en tratamiento activo, que viven su enfermedad no solo con síntomas físicos, sino también con un gran impacto psicosocial y espiritual.

Por tal motivo, el Centro de Cuidados Paliativos Avanzados (CCPA) define a los cuidados paliativos como “aquellos que están concentrados en proveer alivio de los síntomas, dolor y estrés de una enfermedad severa, independientemente del diagnóstico o pronóstico. El objetivo es mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de su familia o cuidadores primarios”.<sup>2</sup>

Existe una amplia gama de enfermedades que requieren atención de cuidados paliativos. De acuerdo con el segundo *Atlas Global de Cuidados Paliativos de la OMS* publicado en el año 2020, alrededor de 30% de la población mundial entre 20 y 70 años requiere cuidados paliativos, donde la población adulta mayor de 20 años padecen enfermedades crónicas, tales como VIH (22.2%), enfermedades neoplásicas

\* Especialista en Cuidados Paliativos, <https://orcid.org/0009-0000-6327-4701>

† Jefe del Centro de Innovación Educativa en Medicina y Simulación Clínica de La Salle, <https://orcid.org/0000-0002-0451-5285>

Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, México.

Recibido: 26/06/2023  
Aceptado: 31/07/2023



**Citar como:** Ortega ESC, Serrano PJ. El ABC de los cuidados paliativos para el cirujano general. *Cir Gen.* 2023; 45 (3): 191-194. <https://dx.doi.org/10.35366/112929>

(28.2%), enfermedad cerebrovascular (14.1%), demencia (12.2%), enfermedades pulmonares (5%), patología hepática (2.4%), entre otras.<sup>3</sup> Para poder cubrir estas necesidades se requiere un aumento importante de la fuerza de trabajo profesional capacitada en cuidados paliativos o al menos que tengan los conocimientos básicos de los mismos.

La consulta de cuidados paliativos es menos común en los pacientes quirúrgicos que en los casos con enfermedades crónicas, posponiendo este cuidado hasta que el paciente se encuentra en fase agónica; sin embargo, la asistencia paliativa alcanza su mayor grado de eficacia cuando se considera en una etapa temprana en el curso de la enfermedad, no sólo mejorando la calidad de vida de los enfermos, sino que además reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud, disminuyendo también la carga económica que estos pacientes representan para el sistema de salud.<sup>4,5</sup>

### **¿CUÁNDO CONSIDERAR EL APOYO DE UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS DENTRO DE UN ENTORNO HOSPITALARIO?**

El CCPA considera que existen situaciones clínicas que ameritan la consulta por un equipo de cuidados paliativos, entre las que se incluyen:<sup>5</sup>

1. Pronóstico de mortalidad en menos de 12 meses.
2. Admisiones hospitalarias frecuentes.
3. Uso de recursos de salud debido a síntomas físicos o psicológicos complejos.
4. Necesidad de cuidados complejos.
5. Disminución de la función.
6. Estancia dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) mayor a siete días.

En el área quirúrgica, el Grupo de Trabajo del Colegio Americano de Cirujanos sobre Cuidados Paliativos ha identificado condiciones específicas que ameritan la integración de especialistas en cuidados paliativos para el manejo de pacientes quirúrgicos, tales como:<sup>5</sup>

1. Petición de la familia o cuidador primario.

2. Desacuerdos en la toma de decisiones y directrices avanzadas.
3. Diagnóstico con supervivencia menor a seis meses.
4. Carcinomatosis o malignidad no resecable.
5. Presencia de directrices avanzadas de cuidado (en México, conocida como Ley de Voluntad Anticipada).
6. Escala de coma de Glasgow menor a 8 puntos por más de una semana en pacientes mayores de 55 años.
7. Falla orgánica múltiple.

### **MANEJO BÁSICO DE LOS SÍNTOMAS EN EL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS**

Si bien el dolor es uno de los síntomas principales presentes, no sólo en los pacientes oncológicos, sino también en aquellos con enfermedades avanzadas, no es el único síntoma que pueden experimentar los pacientes con algún diagnóstico severo.<sup>6</sup>

Los principales síntomas asociados, a la enfermedad o a los tratamientos, que son evaluados y tratados por los especialistas en cuidados paliativos son: náusea, fatiga, anorexia, constipación, disnea, aumento de secreciones, tristeza, ansiedad, entre otros.<sup>2</sup>

Para poder evaluar estos síntomas y su impacto en la vida diaria es conveniente, por cada síntoma que el enfermo exprese, solicitar que el paciente califique el síntoma en una escala del 1 al 10, siendo 10 la expresión más severa del mismo; además, es conveniente indagar cómo califica el síntoma en el momento de la valoración y cuánto considera como una puntuación tolerable.<sup>2</sup>

Esta evaluación permitirá priorizar los síntomas con mayor carga para el paciente y que necesitan un abordaje inmediato, así como elaborar un plan de cuidado para las consultas futuras.

### **MANEJO DEL DOLOR**

Más de la mitad de los pacientes con cáncer experimentan dolor, relacionado con el proceso neoplásico y con el tratamiento; por otro lado, casi 90% de los pacientes con enfermedad avanzada llegan a experimentar dolor en

cualquier punto de la enfermedad, por lo cual es imprescindible conocer el manejo básico del dolor.<sup>6</sup>

Se recomienda que, después de maximizar los analgésicos no opioides, el tratamiento del dolor crónico intenso incluya el uso de medicamentos opioides débiles.<sup>2</sup> Si no es posible conseguir un adecuado control del dolor, se debe consultar al especialista en cuidados paliativos, ya que son médicos entrenados en el manejo de distintos síndromes dolorosos y tienen experiencia con el manejo de opioides, adyuvantes y terapias no farmacológicas para el control del dolor.<sup>6</sup>

Además, debido a la complejidad de los aspectos psicosociales y espirituales que rodean al paciente con enfermedad severa, el especialista en cuidados paliativos es capaz de abordar el “dolor total”, término acuñado por Ciceley Saunders, fundadora de los cuidados paliativos modernos; dicho “dolor total” se define como el sufrimiento físico, social, psicológico y espiritual que experimenta un paciente.<sup>6</sup>

Por lo tanto, es esencial que el equipo quirúrgico trabaje en conjunto con los equipos de cuidados paliativos para mejorar las condiciones clínicas de los pacientes.

### **COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES**

Es sumamente importante entender cómo la enfermedad afecta la vida del paciente, tanto mental como psicológicamente, pues la comprensión de dichos aspectos promueve una mejor comunicación y relación médico-paciente.

El uso de un lenguaje natural para la comunicación de un diagnóstico severo, opciones terapéuticas, pronóstico, necesidad de acompañamiento paliativo, objetivos de cuidado y directrices avanzadas, permite un mejor procesamiento de la información y toma de decisiones consciente.<sup>7</sup>

A pesar de que se ha reconocido que la comunicación es una parte esencial del entrenamiento médico desde las aulas hasta las áreas clínicas, el abordaje de “malas noticias”, pronóstico y final de vida, siguen presentando un reto importante para los profesionales de la salud, tanto por las barreras personales como las presentes en su entorno clínico, por lo cual, será

difícil encontrar una forma única para mejorar la comunicación.<sup>8</sup>

En general, las habilidades de comunicación implican: contacto visual, uso de un lenguaje corporal apropiado, como una postura abierta, sentarse cerca del paciente, realizar una escucha activa, como asentir con la cabeza o hacer ruidos de afirmación o estímulo para indicar comprensión, reflejar empatía y mostrar compasión usando una actitud cálida, afectuosa y respetuosa.<sup>9</sup>

Para la toma de decisiones y directrices avanzadas de cuidado es esencial que los profesionales de la salud de nuestro país conozcan la Ley de Voluntad Anticipada, que en su artículo primero indica que “tiene por objeto establecer las normas para regular el otorgamiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, para que exprese su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona”.<sup>10</sup>

La Ley de Voluntad Anticipada abarca cinco directrices principales, las cuales son: reanimación cardiopulmonar, respiración mecánica, apoyo nutricional especializado, recibir medicamentos para el dolor y otros síntomas físicos, y sedación paliativa. Esta ley es válida en la Ciudad de México, Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Yucatán y Tlaxcala. A través de la Ley de Voluntad Anticipada se protege la autonomía del paciente y proporciona una guía de cuidado para su equipo médico tratante.<sup>10</sup>

### **ESFERA ESPIRITUAL**

La espiritualidad es un concepto multidimensional que comprende el significado de la vida y la trascendencia, el cual está estrechamente relacionado con la historia de vida del paciente, la satisfacción personal de lo acontecido en la vida del paciente y las creencias en un poder superior o Dios.<sup>11</sup> Abordar y entender la esfera espiritual del paciente con una enfermedad grave, ayuda al paciente a lidiar con el sufrimiento y la mortalidad.

Los puntos clave que pueden evaluarse durante la consulta por su médico tratante son la fe, el sentido de pertenencia y comunidad se puede realizar a través de las siguientes preguntas:<sup>2</sup>

1. ¿Practica alguna religión?
2. ¿Cuáles son los componentes de su vida que le dan sentido a la misma?
3. ¿Sus creencias son importantes en la toma de decisiones para su salud?
4. ¿Pertenece a alguna comunidad religiosa o espiritual?

Lo síntomas espirituales están estrechamente relacionados con expresiones psicósomáticas en la enfermedad terminal, tales como el dolor crónico, por lo que ofrecer una asistencia espiritual mejora la calidad de vida, serenidad y el proceso de muerte.<sup>11</sup>

## CONCLUSIONES

Los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud y deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona, prestando especial atención a las necesidades y preferencias del individuo. Tomando en cuenta que es menos probable que los pacientes quirúrgicos hospitalizados o ambulatorios sean enviados al servicio de cuidados paliativos para el manejo de síntomas y abordaje de decisiones al final de la vida, y que la cantidad de especialistas en cuidados paliativos no cubre la demanda de las necesidades paliativas de la población, es imprescindible que los equipos quirúrgicos conozcan los principios básicos de los cuidados paliativos, así como las áreas en las que pueden recibir apoyo para mejorar la atención del paciente.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. (2015). [Consulted May 2023].

Available in: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

2. Ghosh A, Dzung E, Cheng MJ. Interaction of palliative care and primary care. *Clin Geriatr Med*. 2015; 31: 207-218. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.01.001>
3. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. *Global Atlas of Palliative Care 2nd ed.* London, UK. 2020.
4. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage*. 2013; 45: 1094-1106. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011>
5. Ballou JH, Brasel KJ. Palliative care and geriatric surgery. *Clin Geriatr Med*. 2019; 35: 35-44. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.004>
6. Strand JJ, Kamdar MM, Carey EC. Top 10 things palliative care clinicians wished everyone knew about palliative care. *Mayo Clinic Proc*. 2013; 88: 859-865. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.05.020>
7. Kopecky KE, Florissi IS, Greer JB, Johnston FM. Palliative care interventions for surgical patients: a narrative review. *Ann Palliat Med*. 2022; 11: 3530-3541. Available in: <https://doi.org/10.21037/apm-22-770>
8. Brighton LJ, Bristowe K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgrad Med J*. 2016; 92: 466-470. doi: 10.1136/postgradmedj-2015-133368
9. Clayton JM, Hancock KM, Butow PN, et al. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Med J Aust*. 2007; 186: S77-S105. Available in: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01100.x>
10. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. (2012). Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. [Consultado mayo 2023]. Available in: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.aldf.gob.mx/archivo-edfcbf4442b58c1cf761114a6a224fb1.pdf>
11. Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF, Batista PS, Batista JB, Oliveira AM. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69: 591-601. doi: 10.1590/0034-7167.2016690324i

### Correspondencia:

Sara Concepción Ortega Espino

E-mail: [dra.sarae@gmail.com](mailto:dra.sarae@gmail.com)