

Programa Nacional de Adiestramiento y Atención en Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en Oncología

Dr. José Alberto Flores-Cantisani*

* Coordinador del Programa Nacional de Adiestramiento y Atención en Clínica Del Dolor y Cuidados Paliativos en Oncología. Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAЕ) N° 25 Monterrey N.L.

Los sistemas de salud en México, independientemente de la institución, contemplan dos clases de ejercicio en la Medicina; uno es el sistema de *Medicina Preventiva*, donde a la población en general se le instruye por medios masivos de comunicación o los propios de la institución, de múltiples y variados métodos de prevención y control de las enfermedades más comunes. Se lleva a cabo un catastro de las enfermedades más frecuentes, como la obesidad, la diabetes mellitus, la hipertensión, la osteoporosis, drogadicción, y otras muchas, y también se promueve la modificación de hábitos potencialmente nocivos, mejorando los conocimientos de auto-cuidado, y fomentando los programas de detección oportuna, lo cual evita en gran medida que la población enferme. La *Medicina Preventiva* es una de las principales causas del incremento de sobrevida en la población.

El otro sistema de Medicina que se practica en el país, sobre todo a nivel institucional es el de la *Medicina Curativa*, que las más de las veces pretende lograr restablecer la salud del individuo, y reintegrarlo a una vida productiva y autosuficiente. En este tipo de Medicina se utilizan todos los medios disponibles para lograrlo y es donde la atención médica se divide en tres niveles de atención. **El Primer Nivel**, donde por medio de la Consulta Externa, el médico es la pieza fundamental de la salud familiar, es el que lleva programas de prevención y de diagnóstico oportuno de las enfermedades agudas y crónicas más frecuentes, que pueden ser controladas en forma domiciliaria. Es en este nivel donde los pacientes que ya cuentan con un diagnóstico, se controlan por medio de visitas mensuales, o trimestrales. En este nivel, también se reconocen casos de enfermedades que pueden ser más serias, y suelen ser turnados a unidades de **Segundo Nivel** de atención. En el IMSS, el segundo nivel se

atiende en los Hospitales Generales de Zona (HGZ), donde se encuentran habitualmente las especialidades troncales, a saber: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General. Algunos de los HGZ cuentan con otras especialidades, como Traumatología y Ortopedia, Oftalmología, Neurología, Gastroenterología, etc. Cuentan con áreas físicas, como Quirófanos, Salas de Obstetricia, Cuidados Intermedios, Rayos X, etc. La ubicación y la conformación de estos Hospitales es en cierta medida estratégica, para poder solventar la atención en una forma territorialmente aceptable. En estos Hospitales se encuentran pacientes que han sido referidos de un primer nivel, y habitualmente son entidades que operan las 24 horas.

La *Medicina curativa*, incluye también el **Tercer Nivel** de atención, que dispone para su operatividad, de grandes hospitales con un mayor número de camas para internamiento. Estos hospitales cuentan con múltiples especialidades, para el control de grandes núcleos de pacientes con enfermedades afines tales como Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAЕ), con especialidades tales como: Cardiología y Cardiocirugía, Oncología, Hematología, Infectología, Reumatología, Gastroenterología, Oftalmología, Neurocirugía, etc. Es en este modelo de Hospitales, donde se otorga la atención altamente especializada a pacientes con enfermedades agudas o crónicas que deben ser sometidas a juicios diagnósticos y decisiones terapéuticas de alto riesgo y muy especializadas. Se atienden un sinnúmero de padecimientos crónicos, tales como cáncer, insuficiencia renal, enfermedades infectocontagiosas como VIH-SIDA, pacientes transplantados, etc.

Es necesario mencionar el enorme costo operativo para controlar a este gran volumen de pacientes por las UMAES; es una labor titánica ya que los costos para obtener los re-

cursos que se requieren, tanto humanos como económicos son muy altos, ya que los medicamentos, materiales, equipo de curación y recursos diagnósticos son de alto consumo, y cada día son necesarios mayores esfuerzos para lograr un control y administración adecuada de los mismos, por el incremento en el número de pacientes que ingresan a estos programas de atención.

Es importante recordar que el **Tercer Nivel** de atención todavía contempla la «curación» a corto, mediano o largo plazo del paciente, o llegar al máximo en el control de las enfermedades y el alivio de los síntomas, y son muy meritorios los esfuerzos que se hacen para este fin, pero habría que hacerse la pregunta: ¿Qué hacemos con los pacientes que irremediablemente sobrepasan los esfuerzos que se llevan cabo con medidas curativas, y que ya han llegado a su límite orgánico y funcional? Nos referimos a los insuficientes orgánicos no trasplantables, enfermos de VIH-SIDA, que en forma irremediable continúan con complicaciones que limitan su existencia y los marginan socialmente, a los enfermos geriátricos, que desarrollan síndromes demenciales, y sobre todo los enfermos de Cáncer, cuyas variedades y presentaciones son múltiples, observándose cada vez a edades más tempranas. Las complicaciones que conllevan estas enfermedades conducen al enfermo y a la familia, a padecer un sufrimiento crónico y a veces extremo, por todos los intentos de conseguir una «Curación que nunca va a llegar, y en el arduo camino de esos intentos se generan verdaderas catástrofes, físicas, emocionales, familiares sociales y económicas que laceran profundamente al enfermo, a la familia, al personal que los atiende y a la institución que los contiene.

Este modelo de *Curación o Medicina Curativa* contempla el utilizar recursos varios, incluyendo el ingreso hospitalario que implica herramientas de diagnóstico o tratamiento muy costosos, y en ocasiones inútiles en aras de *curar* al paciente, sabiendo que muchas veces, estos recursos no van a satisfacer en ningún momento las necesidades de bienestar que reclaman los enfermos.

La calidad de vida tiene muchas connotaciones y diferentes significados a lo largo de la vida de una persona, y es un concepto personal, donde influyen factores de salud y confort, así como económicos, intelectuales, emocionales, etc. En los enfermos crónicos y muy afectados por la enfermedad, la calidad de vida depende en muchas ocasiones del no percibir dolor o síntomas que lo tengan en discomfort constante, o que limiten su autosuficiencia. Es menester pues y tarea primordial del personal de salud, el procurar a los enfermos en estas circunstancias, una mejor calidad de vida, cubriendo sus requerimientos básicos de bienestar, y enseñándolos a sobrellevar el padecimiento con dignidad y aplomo, cubriendo las necesidades de asistencia médica y de enfermería, brindando el apoyo psicológico adecuado, y permitiendo el soporte espiritual nece-

sario, también, detectando problemática social susceptible de modificación.

La respuesta a este gran número de necesidades corresponde a otro modelo de atención médica, que se llama **Medicina Paliativa o Cuidados Paliativos**, este modelo es practicado ya en múltiples países alrededor del mundo, sobre todo en aquéllos que cuentan con un alto volumen de personas de la tercera edad, como los europeos, y en culturas que tienen un alto sentido social de los enfermos crónicos. Estas entidades han establecido, que las enfermedades que NO se curan o que son crónicas, deben ser paliadas con el solo objetivo de mejorar la calidad de vida de estos enfermos, con dos características prioritarias, *atención individualizada y bajos costos*. Esto lo han logrado reestructurando la organización médica, evitando acciones que son inútiles o están fuera de tiempo, otorgando más una atención personalizada y efectiva, reorganizando los recursos y ejecutando acciones específicas.

En la UMAE del IMSS Monterrey N.L. se propuso el PROGRAMA NACIONAL DE ADIESTRAMIENTO Y ATENCIÓN EN CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA, el cual fue aceptado y se inauguró formalmente el 1 de Marzo del 2003. Cuenta hoy en día con:

Recursos humanos:

1. Personal de inicio: Dos Médicos Algólogos-Paliativista y dos enfermeras Oncológicas-Paliativistas, un Médico Especialista en Adiestramiento en Servicio
2. Apoyo Psicológico (Un Psicólogo)
3. Personal de Trabajo Social
4. Apoyo espiritual (Opcional)
5. Voluntariado

Recursos físicos:

1. Un consultorio: Unidad de Cuidados Paliativos, anexo a Oncología.
2. Camas de hospital, las propias de Oncología.
3. Equipos y material de bombas infusoras, soluciones y equipo de curación, etc.
4. Fármacos opiáceos (Morfina, Fentanilo, Buprenorfina, Nalbufina, Hidromorfona, etc.)
5. Resguardo de agentes opiáceos en farmacia.
6. Una Sala de Intervencionismo, dotada con equipo de fluoroscopia.
7. Catéteres, equipos espinales y bombas de infusión mecánicas y digitales.
8. Agujas espinales, epidurales etc.

Las acciones que se llevan a cabo, son la selección de casos que cumplan con los criterios de inclusión, en su caso,

se someten a evaluación y tratamiento y son incluidos en el programa. El seguimiento es otorgado permanentemente por el personal de la Unidad de Cuidados Paliativos.

Programa de Capacitación. Se contemplan los siguientes modelos de adiestramiento:

Contamos con 6 programas de capacitación del personal involucrado en el manejo integral, a saber:

1. Programa de Capacitación para Médicos Familiares.
2. Programa de Capacitación para Médicos Especialistas, Oncólogos, Cirujanos Generales. Médicos Internistas, Hematólogos y Anestesiólogos-Algólogos.
3. Programa de Capacitación para Enfermeras Especialistas y Auxiliares de Enfermería.
4. Programa de Capacitación a Lic. en Psicología
5. Programa de Capacitación para Trabajadoras Sociales y Voluntariado.
6. Programa de Atención Familiar.

Los programas de capacitación para los Médicos y Enfermeras son de 6 meses, con rotación por los diferentes servicios y consultas de Oncología, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos con una evaluación previa y al final de su capacitación. La fecha de inicio es el mes de Marzo de cada año y su término será 180 días después, para dar inicio a un nuevo ciclo de capacitación. El resto de los programas tienen una duración variable según las necesidades de los servicios. La Capacitación en Servicio se lleva a cabo a partir del año 2003 y es ininterrumpido desde su inicio; sus metas son la promoción del personal al término de sus acciones académicas y de práctica, asignándoseles entonces las áreas de operatividad en Cuidados Paliativos, iniciándose así las redes de distribución de los servicios del Primero y Segundo Niveles, así como los programas de EQUIPOS DE SOPORTE A DOMICILIO (ESAD).

En el período se identifican los puntos estratégicos del **Primer Nivel** para el inicio de las acciones en los primeros 4 meses del plan, y se pone en marcha en los segundos 4 meses siguientes ya con los equipos adiestrados, y sucesivamente se integran en un Sistema Paliativo del área metropolitana de Monterrey y áreas de influencia. Posteriormente se integra al personal de otras delegaciones y así extender esta disciplina por todo el territorio de la Región y del País.

De la misma forma se establecerán las normas de resguardo, distribución y envío de los materiales y fármacos que se otorgan a los pacientes en su Clínica de adscripción y el control de los ESAD.

Esperando tener un desarrollo óptimo, pensamos que en los próximos años podremos dar cobertura a toda la región

norte y posiblemente ofrecer el programa y recursos académicos al resto de las delegaciones del país.

Atención a la población derechohabiente

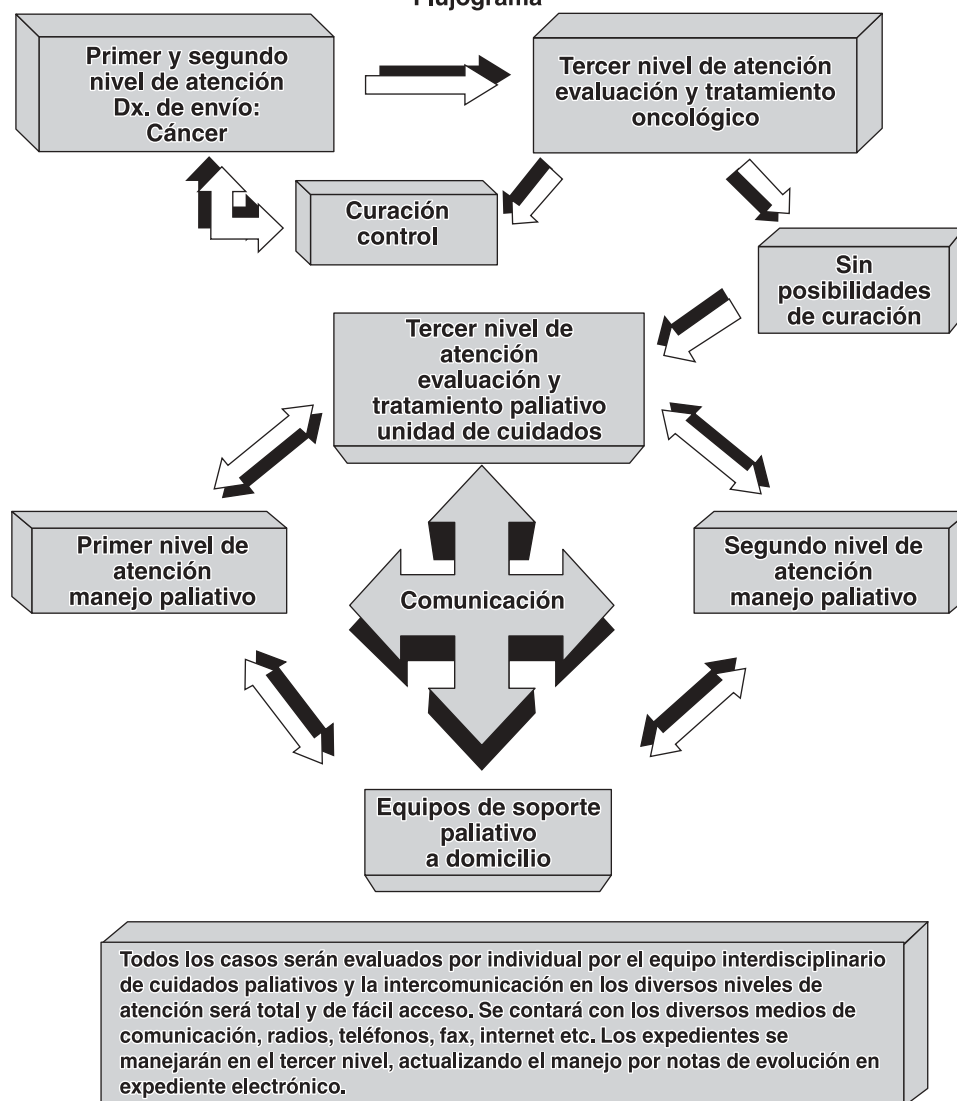
1. El paciente de primera vez en la consulta de Oncología es evaluado y tratado según el criterio del Médico Oncólogo a cargo, o por el equipo de Oncología.
2. Se ofertan los medios oncológicos existentes dentro de las posibilidades reales y actuales del departamento de Oncología a cargo.
3. Los pacientes son enviados a interconsultas a los distintos servicios o departamentos de apoyo que el caso requiera, ya sea para su evaluación integral o manejo, tanto en hospitalización como en Consulta Externa.
4. A criterio del Oncólogo, el paciente es enviado como interconsulta al Departamento de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor.
5. En el Departamento de Cuidados Paliativos y Dolor, el paciente es valorado de nuevo en forma integral por el equipo de profesionales del mismo, y se incluye en el protocolo de manejo paliativo; se le informará a la familia, cuidadores informales y el paciente (opcional), sobre el propósito del manejo paliativo integral. Se les hace llegar una hoja de consentimiento informado que deberán autorizar el enfermo y/o la familia, y se llevarán a cabo las medidas contempladas en el programa.
6. Se lleva un récord especial en cada uno de los casos para que sea un documento de fácil acceso a la información por el equipo integral de Cuidados Paliativos.

A continuación se presenta un flujograma de la labor de los Cuidados Paliativos:

Comentario final. Como podemos ver, el ejercicio de los Cuidados Paliativos es el de interaccionar en los tres niveles de atención, e involucrar al personal de forma integral. Los Cuidados Paliativos dignifican la existencia humana, dan confianza y confort, nos ubica en considerarnos «entes» mortales y ello nos lleva a apreciar más la vida misma, además el ser atendido en el domicilio nos hace revalorar el sentido humano de la Medicina y nos acerca a nuestros valores extraviados. Son la antítesis de la eutanasia y son la respuesta a las necesidades más básicas, de amor, respeto, comprensión y atención de los enfermos. Los modelos más adelantados en los diversos países donde ya se encuentran desarrollados los Centros de Medicina Paliativa, nos hacen ver que “Llegamos tarde a la cita” pero por fin hemos llegado. Es por ello que LOS CUIDADOS PALIATIVOS son la respuesta, y fortalecen y protegen los destinos finales del ser humano. Consideremos pues que el desarrollo de esta disciplina es una PRIORIDAD NACIONAL que hemos de satisfacer. El compromiso está hecho.

Esquema de operatividad en cuidados paliativos:

Flujograma



REFERENCIAS

- Gómez-Batiste AX, Roca CJ, Pladevall CC, Gorchs FN, Guinovart GC. Atención Domiciliaria. Monografías Clínicas en Atención Primaria. DOYMA, Barcelona, RM López y N Maymo (Editores), 1991:131-149.
- Gómez-Sancho M, et al. Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal. ASTA Médica. 1992.
- Gómez-Sancho M, Ojeda MM, García-Rodríguez D, Navarro MMA. Organización de los Cuidados del enfermo de cáncer terminal en Las Palmas-Norte. Farmacoterapia. 1992; IX(4): 203-210.
- Sanz OJ. Principios y Práctica de los Cuidados Paliativos (Editorial). Medicina Clínica (Barcelona), 1989;92:143-145.
- Sanz OJ. La comunicación en Medicina Paliativa (Editorial). Medicina Clínica (Barcelona), 1992;98:416-418.
- Sanz OJ. La Enfermedad terminal en el cáncer. En: Medicina General y Cáncer. Manual Clínico. DOYMA. Barcelona. J Estapé e I Burgos (Directores), 1991:173-190.
- Gómez-Batiste X, Borrás JM, Fontanals MD, Stjernsward J, Trias X. Palliative Care in Catalonia 1990-95. Palliative Medicine 1992;6:321-327.
- Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1990.
- Twycross RG, Lack SA. Therapeutics in Terminal Cancer (2 Ed.) Churchill-Livingstone, Edinburgo, 1990.
- Saunders C. Cuidados de la Enfermedad Maligna Terminal. Salvat. Barcelona 1988.