

MARCO NORMATIVO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO

La presente compilación tiene como finalidad hacer un resumen del contenido más importante de los documentos normativos aplicables en México en relación con los cuidados paliativos.

Se ha cuidado la literalidad de los documentos, por lo que toda la información que aparece en *cursiva* es plasmada a la letra.

Los documentos examinados son los siguientes:

- LEY GENERAL DE SALUD. TITULO OCTAVO BIS. DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A LOS ENFERMOS EN SITUACION TERMINAL
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. CAPITULO VIII BIS. DISPOSICIONES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-011-SSA3-2014, CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN SITUACIÓN TERMINAL A TRAVÉS DE CUIDADOS PALIATIVOS
- ACUERDO POR EL QUE SE 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 EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO
- ACUERDO QUE MODIFICA EL ANEXO ÚNICO DEL DIVERSO POR EL QUE EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL 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, PUBLICADO EL 26 DE DICIEMBRE DE 2014

- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ADULTOS. GUÍA DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES. ACTUALIZACIÓN 2017

LEY GENERAL DE SALUD

Según la Ley General de Salud, los cuidados paliativos tienen por objeto:

I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;

II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;

III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;

IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;

V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y

VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

El Artículo 166 Bis 1 hace referencia a los conceptos que se manejan en el capítulo de Cuidados Paliativos de la siguiente manera:

I. Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;

II. Cuidados básicos. La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;

III. Cuidados Paliativos. Es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;

IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;

V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;

VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;

VII. Medios ordinarios. Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, para él una carga grave o desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener;

VIII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y

IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.

Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

I. Recibir atención médica integral;

II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;

III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;

IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;

V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;

VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;

VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;

VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;

IX. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;

X. Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación;

XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y

XII. Los demás que las leyes señalen.

La Ley General de Salud señala a la letra, en materia de cuidados paliativos, las siguientes directrices generales:

Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

El paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente, dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.

Los familiares del enfermo en situación terminal tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo.

Los pacientes en situación terminal que esté recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar recibir nuevamente el tratamiento curativo, ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente.

Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones serán asumidas por los padres o el tutor y a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez.

En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.

Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aún cuando con ello se pierda estado de alerta o se acorte la vida del paciente, siempre y cuando se suministren dichos fármacos paliativos con el objeto de aliviar el dolor del paciente.

Podrán hacer uso de analgésicos del grupo de los opioides. En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo.

En ningún caso se suministrarán tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente.

Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del enfermo en situación terminal, el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica ni medios extraordinarios.

Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementaran medios extraordinarios al enfermo en situación terminal, sin su consentimiento.

El personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los enfermos en situación terminal, será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables. El personal médico que, por decisión propia, deje de proporcionar cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento del enfermo en situación terminal, o en caso que esté impedido para expresar su voluntad, el de su familia o

persona de confianza, será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables.

Queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal. En tal caso se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables

Del mismo modo, la Ley General de Salud establece las siguientes obligaciones para las Instituciones del Sistema Nacional de Salud:

I. Ofrecerán el servicio para la atención debida a los enfermos en situación terminal;

II. Proporcionarán los servicios de orientación, asesoría y seguimiento al enfermo en situación terminal y o sus familiares o persona de confianza en el caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular;

III. De igual manera, en el caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular, la Secretaría pondrá en operación una línea telefónica de acceso gratuito para que se le oriente, asesore y dé seguimiento al enfermo en situación terminal o a sus familiares o persona de su confianza;

IV. Proporcionarán los cuidados paliativos correspondientes al tipo y grado de enfermedad, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad terminal hasta el último momento;

V. Fomentarán la creación de áreas especializadas que presten atención a los enfermos en situación terminal; y

VI. Garantizarán la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos para la salud, en materia de cuidados paliativos y atención a enfermos en situación terminal.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Según el reglamento de la Ley General de salud en Materia de Prestación de Servicios de atención Médica, los objetivos de los cuidados paliativos son:

I.- Proporcionar bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte;

II.- Prevenir posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono u obstinación terapéutica, así como la aplicación de medios extraordinarios, respetando en todo momento la dignidad de la persona;

III.- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas severos asociados a las enfermedades en estado terminal;

IV.- Establecer los protocolos de tratamiento que se proporcionen a los enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, a fin de que no se interfiera con el proceso natural de la muerte;

V.- Proporcionar al enfermo en situación terminal, los apoyos físicos, psicológicos, sociales y espirituales que se requieran, a fin de brindarle la mejor calidad de vida posible, y

VI.- Dar apoyo a la familia o a la persona de su confianza para ayudarla a sobrellevar la enfermedad del paciente y, en su caso, el duelo.

Este Reglamento también nos proporciona una serie de conceptos que se aplicarán en su ámbito, a saber:

I.- DOLOR: *Es la experiencia sensorial de sufrimiento físico y emocional, de intensidad variable, que puede presentarse acompañada de daño real o potencial de tejido del paciente;*

II.- EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO: *Personal profesional, técnico y auxiliar de diversas disciplinas del área de la salud, que intervienen en la atención médica integral del enfermo en situación terminal;*

III.- MEDICO TRATANTE: *El profesional de la salud responsable de la atención y seguimiento del plan de cuidados paliativos;*

IV.- TRATAMIENTO CURATIVO: *Todas las medidas sustentadas en la evidencia científica y principios éticos encaminadas a ofrecer posibilidades de curación de una enfermedad, y*

VI.- 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.*

El Reglamento señala a la letra, en materia de cuidados paliativos, las siguientes directrices generales:

El paciente tiene derecho a que se le informe de manera oportuna, comprensible y suficiente acerca de que el tratamiento curativo ya no está ofreciendo resultados positivos tanto para su pronóstico como para su calidad de vida, informándole y,

en caso de que este así lo autorice, al tutor, representante legal, a la familia o persona de su confianza, el diagnóstico de una enfermedad en estado terminal, así como las opciones de cuidados paliativos disponibles. En caso de dudas, el paciente puede solicitar información adicional y explicaciones, mismas que deberán serle proporcionadas en la forma antes descrita. Asimismo, puede solicitar una segunda opinión.

Además de los derechos que establece la Ley General de Salud, los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes:

I.- Recibir atención ambulatoria y hospitalaria;

II.- A que se le proporcionen servicios de orientación y asesoramiento a él, a su familia o persona de su confianza, así como seguimiento respecto de su estado de salud;

III.- A que se respete su voluntad expresada en el documento de directrices anticipadas.

Cuando por el avance de la medicina surgieran tratamientos curativos nuevos o en fase de experimentación que pudieran aplicarse al enfermo en situación terminal, se le informará de ese hecho, a efecto de que pueda ratificar por escrito su voluntad de no recibir cuidados paliativos o de revocarla por escrito para someterse a dichos tratamientos.

Si el estado de salud del enfermo en situación terminal le impide estar consciente o en pleno uso de sus facultades mentales, la decisión a que se refiere el párrafo anterior podrá tomarla su familiar, tutor, representante legal o persona de su confianza.

A los menores de edad se les proporcionará la información completa y veraz que por su edad, madurez y circunstancias especiales, requieran acerca de su enfermedad en situación terminal y los cuidados paliativos correspondientes.

A partir de que se diagnostique con certeza la situación terminal de la enfermedad por el médico tratante, se proporcionarán los cuidados paliativos, con base en el plan de cuidados paliativos establecido por dicho médico. No se podrá proporcionar estos cuidados si no se cuenta con dicho plan.

Las instituciones del Sistema Nacional de Salud promoverán que la capacitación y actualización de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en materia de cuidados paliativos se realice por lo menos una vez al año.

Las instituciones del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el grado de complejidad, capacidad resolutive, disponibilidad de recursos financieros, organización y funcionamiento, contarán con la infraestructura, personal idóneo y recursos materiales y tecnológicos adecuados para la atención médica de cuidados paliativos.

Las instituciones y establecimientos de atención médica que proporcionen cuidados paliativos deberán contar con el abasto suficiente de fármacos e insumos para el manejo del dolor del enfermo en situación terminal.

Los médicos tratantes en cuidados paliativos en las instituciones y establecimientos de segundo y tercer nivel y equivalentes del sector social y privado, tendrán las siguientes obligaciones:

I.- Proporcionar información al enfermo en situación terminal, sobre los resultados esperados y posibles consecuencias de la enfermedad o el tratamiento, respetando en todo momento su dignidad;

II.- Prescribir el plan de cuidados paliativos, atendiendo a las características y necesidades específicas de cada enfermo en situación terminal;

III.- Cumplir con las directrices anticipadas;

IV.- Participar en la elaboración y aplicación de planes y protocolos de tratamiento de cuidados paliativos, así como en la evaluación de la eficacia de los mismos;

V.- Brindar apoyo psicológico a los familiares o la persona de su confianza para afrontar la enfermedad del paciente y, en su caso, sobrellevar el duelo;

VI.- Capacitar, auxiliar y supervisar al paciente para fomentar el autocuidado de su salud, así como a su familia o responsable de su cuidado, preservando la dignidad de la persona enferma y favoreciendo su autoestima y autonomía;

VII.- Prescribir los fármacos que requiera la condición del enfermo en situación terminal sujeto al plan y protocolo de tratamiento de cuidados paliativos.

Es responsabilidad del médico tratante y del equipo multidisciplinario identificar, valorar y atender en forma oportuna, el dolor y síntomas asociados que el usuario refiera, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad de los mismos, indicar el tratamiento adecuado a cada síntoma según las mejores evidencias médicas, con apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, sin incurrir en ningún momento en acciones o conductas consideradas como obstinación terapéutica ni que tengan como finalidad terminar con la vida del paciente.

El plan de cuidados paliativos deberá considerar aquellas acciones que se deban llevar a cabo en el domicilio del enfermo en situación terminal, por parte de los familiares, cuidadores o personal voluntario, tomando en cuenta los siguientes criterios:

I.- Deberán ser indicados por el médico tratante, de acuerdo con las características específicas y condición del usuario. Este hecho deberá ser registrado en el expediente clínico del enfermo en situación terminal;

II.- Se deberá involucrar al equipo multidisciplinario de la institución o establecimiento de atención médica que proporciona los cuidados paliativos;

III.- El equipo multidisciplinario brindará la capacitación que corresponda en los distintos ámbitos de competencia profesional, a los familiares, cuidadores o personal voluntario, que tendrá a su cargo la atención y cuidados básicos domiciliarios del enfermo en situación terminal;

IV.- El equipo multidisciplinario supervisará el cumplimiento de las acciones y cuidados básicos domiciliarios indicados por el médico tratante, dentro del plan de cuidados paliativos. Los hallazgos deberán ser reportados al médico tratante y registrados en el expediente clínico del enfermo en situación terminal.

Para el caso de que los cuidados paliativos se lleven a cabo en el domicilio del enfermo en situación terminal y se requiera asistencia telefónica, la Secretaría deberá:

I.- Ser expedita, atenta, respetuosa y suficiente para satisfacer las necesidades de información de la persona que llama; y

II.- Documentar y anexar el reporte de la llamada al expediente clínico del enfermo en situación terminal.

El equipo multidisciplinario estará integrado, al menos, por:

I.- Médico tratante;

II.- Enfermera;

III.- Fisioterapeuta;

IV.- Trabajador Social o su equivalente;

V.- Psicólogo;

VI.- Algólogo o Anestesiólogo;

VII.- Nutriólogo, y

VIII.- Los demás profesionales, técnicos y auxiliares que requiera cada caso en particular.

Los comités de bioética de las instituciones de salud, tratándose de cuidados paliativos, deberán:

I.- Avalar el plan de cuidados paliativos, a solicitud del médico tratante, en aquellos casos que sean difíciles o complicados por la naturaleza de la enfermedad en situación terminal o las circunstancias en que esta se desarrolle, cuidando que durante el análisis del plan se proporcionen los medicamentos necesarios para mitigar el dolor, salvo que estos pongan en riesgo su vida; y

II.- Proponer políticas y protocolos para el buen funcionamiento del equipo tratante multidisciplinario en cuidados paliativos.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-011-SSA3-2014, CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN SITUACIÓN TERMINAL A TRAVÉS DE CUIDADOS PALIATIVOS

En primer lugar, la Norma nos proporciona las siguientes definiciones:

I. Calidad de vida: *a las condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas, que permiten al paciente en situación terminal actuar de acuerdo a sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales.*

II. Claudicación familiar: *a los desajustes en la adaptación de la familia a la condición del enfermo, originados por la aparición de nuevos síntomas o la reaparición de algunos de ellos, que provocan angustia, depresión y que llevan al abandono del cuidado del enfermo en situación terminal.*

III. Cuidados Paliativos: *al cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;*

IV. Enfermo en situación terminal: *a la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;*

V. Obstinación terapéutica: *a la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.*

VI. Plan de cuidados paliativos: *al conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por el médico tratante, complementadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario, las cuales deben*

proporcionarse al enfermo en situación terminal, en función de su padecimiento específico, otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados al mismo.

La NOM 011 señala, a la letra, las siguientes directrices generales:

Toda persona que padezca una enfermedad evolutiva e incurable en situación terminal, tendrá a su favor la presunción de que requiere de cuidados paliativos.

El enfermo en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a solicitar la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y el inicio del tratamiento paliativo.

Los cuidados paliativos se deberán proporcionar con absoluto respeto, trato digno y profesional a los enfermos en situación terminal, evitando en todo momento incurrir en acciones extraordinarias o desproporcionadas.

Los profesionales y técnicos de las diversas disciplinas de la salud, que presten servicios médicos, en su modalidad de cuidados paliativos, deberán tener los conocimientos académicos necesarios y la capacitación técnica, acordes con el ámbito de su competencia.

El médico tratante, deberá recomendar al enfermo en situación terminal y a su familia, tutor o representante legal, la participación de profesionales o técnicos en otras disciplinas que puedan coadyuvar en la prestación de los cuidados paliativos al paciente.

El médico tratante, será el responsable de indicar o prescribir un plan de cuidados paliativos, el cual deberá ser explicado en forma comprensible y suficiente al paciente, familiar, tutor o representante legal.

Es responsabilidad del médico tratante, valorar y atender en forma oportuna, el dolor y síntomas asociados que el enfermo en situación terminal refiera, sin

importar las distintas localizaciones o grados de intensidad de los mismos, sin incurrir en ningún momento o circunstancia, en acciones o conductas consideradas como obstinación terapéutica, ni en acciones que tengan como finalidad terminar con la vida del enfermo.

El médico tratante, procurará que el enfermo en situación terminal, reciba los cuidados paliativos con un enfoque inter y multidisciplinario, podrán participar otras personas como los cuidadores designados, para apoyar la instrumentación de acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y que coadyuven en la aplicación del plan de cuidados paliativos.

Durante la explicación del plan de cuidados paliativos, el médico tratante deberá informar al enfermo en situación terminal, en su caso, familiar, tutor o representante legal, el beneficio deseable con la aplicación de los cuidados paliativos sobre la condición del paciente, así como del manejo de los signos y síntomas.

El médico tratante deberá promover, que el paciente reciba los cuidados paliativos en su domicilio, con excepción de aquellos casos en que, por las condiciones del enfermo en situación terminal, se requieran atención y cuidados hospitalarios.

El médico tratante deberá evitar incurrir en acciones y conductas que sean consideradas como obstinación terapéutica.

Para poder iniciar con el plan de cuidados paliativos indicado o prescrito por el médico tratante, se deberá recabar la carta de consentimiento informado.

Antes de establecer el plan de cuidados paliativos, el médico tratante deberá obtener el consentimiento informado del paciente y en el caso de menores e incapaces, del familiar, tutor o representante legal, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, así como tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- *Credo o religión y costumbres particulares del enfermo en situación terminal;*
- *Información acerca de las personas que se ocupan u ocuparán de su cuidado;*
- *Información socio-económica del enfermo en situación terminal;*
- *Características de la vivienda del enfermo en situación terminal;*
- *Roles familiares, dinámica y tipo de comunicación al interior de la familia y*
- *Otras consideraciones de carácter personal que complementen la información necesaria para el diseño del plan de cuidados paliativos y por lo tanto, garantizar la mejor atención del paciente.*

En el documento que contenga el consentimiento informado se deberá destacar y enfatizar el compromiso expreso del personal de salud de que no se causará mayor sufrimiento al paciente, lo cual le será debidamente explicado o en su caso, a su familiar, tutor o representante legal. Todas las acciones de cuidados paliativos que realice el personal de salud deberán ser registradas, incorporadas y documentadas por éste en el expediente clínico del enfermo en situación terminal.

Los establecimientos para la atención médica que proporcionen cuidados paliativos de carácter ambulatorio u hospitalario, deberán contar con los recursos humanos y materiales suficientes y adecuados para el control del dolor y los síntomas asociados que generen un deterioro en la calidad de vida del enfermo en situación terminal.

Los responsables de los establecimientos o áreas en los que se presten servicios de cuidados paliativos, deberán elaborar y desarrollar cuando menos un programa anual de capacitación y actualización del personal profesional y técnico de la salud, así como del voluntariado, que coadyuven en la atención de los enfermos en situación terminal, sobre los criterios para la aplicación de cuidados paliativos,

reforzando especialmente los aspectos relacionados con los derechos y el trato digno del enfermo y de sus familiares.

El domicilio del enfermo en situación terminal, debe ser considerado como el sitio más adecuado para la prestación de los servicios de cuidados paliativos. El médico tratante del establecimiento, área o servicio, deberá aplicar protocolos de tratamiento para brindar cuidados paliativos generales y específicos, en su caso, determinar aquellos que puedan ser aplicados por los familiares en su domicilio, para el manejo del dolor y los principales síntomas que aquejan a los enfermos, los cuales deberán contener las indicaciones básicas para detectar situaciones que ameriten que el enfermo en situación terminal, sea trasladado al servicio de urgencias de un establecimiento de atención médica.

Con la finalidad de evitar desplazamientos innecesarios del enfermo en situación terminal a los establecimientos para la atención médica hospitalaria, éste o en su caso, sus familiares, tutor o representante legal, tendrán derecho a recibir información e instrucciones precisas por escrito, así como capacitación respecto de:

I. Los cuidados generales y propios de la condición del enfermo en situación terminal, signos y síntomas que conforme a la enfermedad, es probable que se presenten;

II. Los fármacos y esquemas terapéuticos a administrar y;

III. Los números telefónicos para recibir apoyo y asesoría ante una crisis.

Los criterios que los prestadores de servicios de atención médica deben observar para el internamiento de enfermos en situación terminal que van a recibir cuidados paliativos, son los siguientes:

I. Que exista una complicación reversible que amerite hospitalización para su tratamiento;

II. Que se trate de pacientes con enfermedades progresivas con dolor o síntomas físicos o psicológicos severos, que no sean controlables con las medidas establecidas para los cuidados ambulatorios o en el domicilio del enfermo;

III. Que sea necesaria la prevención o tratamiento de crisis de claudicación familiar, que pudiera poner en riesgo la eficacia de los cuidados paliativos;

IV. Que el régimen terapéutico se haya tornado complejo y la familia no pueda suministrar la medicación o las acciones terapéuticas en forma adecuada y/o,

V. Que se tengan que practicar estudios de diagnóstico especiales o tratamiento de cuidados paliativos especializados.

Los establecimientos de atención médica para el internamiento de pacientes, en los que se presten servicios de cuidados paliativos, deberán contar con áreas o servicios para la evaluación y atención médica especializada en procedimientos intervencionistas para el control del dolor y síntomas asociados, así como servicios de urgencias equipados y preparados para la atención del paciente que requiera de este tipo de servicios,

En el caso de que un enfermo en situación terminal presente una urgencia médica y exista incapacidad para expresar su consentimiento, en ausencia de un familiar, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un tratamiento o un procedimiento quirúrgico, será tomada por el médico tratante, el especialista que corresponda o en su caso, por el Comité de Bioética del establecimiento hospitalario.

Los médicos que presten servicios de urgencias, deberán tener acceso permanente al expediente clínico del paciente que recibe atención en su domicilio, con la finalidad de llevar a cabo el seguimiento del caso y las anotaciones pertinentes en el mismo.

En el servicio de urgencias, se deberá interrogar al enfermo en situación terminal, familiar o representante legal a fin de que proporcione, si fuera el caso, los datos de los profesionales de la salud que requieran ser interconsultados o cuya intervención en la atención del enfermo en estado de crisis pudiera resultar pertinente, en virtud de que la complejidad del caso, rebase la capacidad resolutive de los prestadores de servicios de atención médica que en ese momento se encuentran en el establecimiento.

**ACUERDO POR EL QUE SE 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 EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO**

Este Acuerdo presenta las siguientes definiciones:

I. Cuidados básicos en Pediatría: la atención de necesidades vitales, higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable con enfoque en el paciente pediátrico.

II. Cuidados Paliativos en Pediatría: Los cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, incluyendo también el apoyo a la familia. Comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento de la propia enfermedad.

III. Cuidados Paliativos Neonatales: Los cuidados activos y totales del recién nacido con diagnóstico de enfermedad amenazante y/o limitante para la vida y para su familia desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida.

IV. Cuidados Paliativos Perinatales: El cuidado paliativo que aplica desde el momento de diagnóstico o desde el segundotrimestre de gestación, según sea el caso, hasta el primer mes de vida extrauterina ante enfermedades que limitan o amenazan la vida del binomio madre-hijo, e inician durante la gestación y continúan durante la etapa neonatal.

V. Enfermedades amenazantes para la vida: son aquéllas en las que existe un tratamiento curativo posible que puede fallar.

VI. Enfermedades limitantes para la vida: son aquéllas condiciones sin esperanza razonable de curación.

VII. Neonato o recién nacido: menor de menos de 28 días post alumbramiento, se hace la acepción por aplicar esquemas terapéuticos distintos.

Los lineamientos generales que plantea este Acuerdo son, a la letra, los siguientes:

En esta población existen dos condiciones principales subsidiarias de atención paliativa: enfermedad limitante y enfermedad amenazante para la vida.

La "Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families" clasifica en 4 grupos principales las enfermedades limitantes y amenazantes para la vida, esta clasificación ha sido adoptada por consenso internacional:

Grupo 1. Niños con enfermedad que amenaza la vida y en los que el tratamiento curativo es posible, pero puede fracasar y para los cuales el acceso a los cuidados paliativos puede ser necesario al mismo tiempo que las opciones terapéuticas curativas y/o si el tratamiento fracasa: Insuficiencias orgánicas susceptibles de trasplante, neoplasias, cardiopatías avanzadas con posibilidad de tratamiento quirúrgico, entre otros padecimientos.

Grupo 2. Niños en situaciones en que la muerte prematura es inevitable, pero que pueden pasar largos periodos de tratamiento intensivo dirigido a prolongar la vida y tener la posibilidad de participar en actividades normales: Fibrosis quística, VIH, síndrome de intestino corto, entre otros padecimientos.

Grupo 3. Niños con progresión de su enfermedad, sin opciones de tratamiento curativo en los cuales el control es exclusivamente paliativo y

puede prolongarse incluso durante varios años: Enfermedad de Batten, distrofias musculares, trastornos metabólicos progresivos, osteogénesis imperfecta, entre otros padecimientos.

Grupo 4. Niños en condiciones de discapacidad severa no progresiva, con complejas necesidades de salud que frecuentemente producen complicaciones y aumentan la probabilidad de una muerte prematura: Parálisis cerebral infantil, discapacidades producidas por lesión medular o cerebral, entre otros padecimientos.

Consideraciones bioéticas en los Cuidados Paliativos en Pediatría

El eje rector de la toma de decisiones en pediatría se centra en el mayor bienestar del menor. En esta situación, la integración de un diagnóstico clínico y de un pronóstico son indispensables, sin embargo, el reto para el personal de salud es poder ofrecer al paciente pediátrico y su familia, equilibrio entre las diferentes opciones terapéuticas posibles a lo largo de la evolución de la enfermedad, el impacto en calidad de vida del paciente y las preferencias del menor y su familia.

El equipo de salud en cuidados paliativos pediátricos requiere una sólida formación bioética que facilite la evaluación por caso y la ponderación de riesgos en la toma de decisiones con apoyo de los comités hospitalarios de bioética para análisis de situaciones de alta complejidad.

Los principios de cuidados paliativos establecen un abordaje integral centrado en el menor y su familia, que promueva la continuidad de atención con respeto a su dignidad y autonomía progresiva.

Autonomía

El respeto a la autonomía del paciente pediátrico requiere que se comprenda su situación, la intención de las intervenciones y la implicación de la toma de decisiones en su calidad de vida; así como asegurar su capacidad para expresar sus ideas y voluntades.

El comunicar la verdad al paciente y a su familia es responsabilidad del médico tratante, con corresponsabilidad de los padres, tutores o representantes legales en el caso de menores de edad, considerándolo sujeto de igualdad sustantiva bajo el principio de autonomía progresiva.

El manejo de la información del menor se debe apegar a la veracidad en términos accesibles a su edad, grado de madurez, comprensión y condición médica, en forma consensuada con su familia privilegiando la confianza, el bienestar y confort, fomentando su inclusión en la toma de decisiones.

Se recomienda solicitar siempre el asentimiento del menor ante un procedimiento médico-quirúrgico y en el caso del adolescente su consentimiento bajo el principio de tutela progresiva de derechos. El menor tiene derecho a elegir en función del desarrollo de sus capacidades por lo que se reconoce un proceso de adquisición de autonomía vinculada con sus derechos.

Justicia

Disponer lo necesario para que niñas, niños y adolescentes vulnerables reciban la atención apropiada a su condición, que los rehabilite, mejore su calidad de vida, facilite su interacción e inclusión social y permita un ejercicio igualitario de sus derechos;

atendiendo al derecho de prioridad, al interés superior de la niñez, la igualdad sustantiva y la no discriminación, además del respeto a su derecho de intimidad.

Los recursos asistenciales en el paciente pediátrico deben ser aplicados de manera racional brindando atención adecuada a cada caso y circunstancia, aplicando la mayor precisión técnico-científica y el mejor trato interpersonal.

Los medios a implementar, ofrecerán al menor el mejor tratamiento disponible, privilegiando el control de síntomas para mejorar sus condiciones de vida y calidad de muerte, evitar la implementación de medidas fútiles y la obstinación terapéutica.

No maleficencia

Evitar sufrimiento innecesario al paciente pediátrico, debido a trato indigno o uso desproporcionado de medicamentos y/o procedimientos. Esto no implica el desahuciar o limitar esfuerzos terapéuticos cuando la viabilidad de mejora en condiciones de vida continúa latente.

Beneficencia

El criterio clínico basado en la educación y formación del médico debe encaminarse hacia el bienestar del menor y su familia, con el objetivo de ponderar situaciones en las que el beneficio siempre sea mayor en relación al riesgo o al costo de las medidas empleadas en la atención a los pacientes pediátricos.

Proporcionalidad terapéutica

Privilegiar la opinión del paciente y familia acerca de cada opción terapéutica, no empleando medidas fútiles y anteponiendo la calidad de vida y dignidad del menor.

Prevención

Priorizar la implementación de medidas necesarias en la prevención de complicaciones o limitar la recurrencia de la sintomatología. El menor, si así lo desea, así como los cuidadores principales, deben ser informados sobre las causas de éstos y su manejo en la terapéutica.

No abandono

A pesar de que este principio pudiera resultar redundante, existen situaciones en que las familias por cansancio o desapego limitan la atención de los menores o incluso llegan al abandono, por ello es necesario establecer y velar por que el paciente cuente con una red de apoyo sólida o, en su defecto, se le encamine a lugares donde pueda ser provisto de estos cuidados. Incluye también la obligación

ética, moral y legal del sistema de salud, de mantener la continuidad de atención y proporcionar el apoyo necesario aun en ámbito comunitario y/o domiciliario.

Modelo de atención pediátrico

Para fines de atención paliativa en pediatría se consideran los requisitos siguientes:

- Diagnóstico de enfermedad amenazante o limitante para la vida

El diagnóstico de enfermedad amenazante o limitante para la vida se deberá establecer en el expediente clínico por el médico tratante y confirmar, si es posible, por otro médico capacitado en pediatría y/o cuidados paliativos.

Se informará en forma clara y oportuna al paciente, si así lo desea y a su familia, el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y expectativa de cada caso, así como la posibilidad de una segunda opinión en una unidad de mayor nivel cuando la referencia sea posible.

Al establecerse este diagnóstico, se adecuarán los objetivos del tratamiento a la situación del paciente en forma consensuada con el paciente-familia y los diferentes equipos de salud que intervengan en su tratamiento, con el fin de establecer un plan de cuidado acorde a las necesidades del paciente, trayectoria del padecimiento y recursos asistenciales disponibles, promoviendo el respeto a su dignidad y autonomía.

La comunicación con el niño y su familia es esencial para establecer los objetivos y promover la continuidad de su atención.

-Intervención del equipo de cuidados paliativos

En caso de contar con equipo de cuidados paliativos en la unidad médica en la que se brinde la atención correspondiente, se facilitará la valoración multidisciplinaria desde el diagnóstico, con la finalidad de brindar la mayor oportunidad de bienestar al paciente y su familia.

La atención centrada en las necesidades del paciente y su familia se integrará en el plan de cuidado y ésta podrá establecerse a nivel hospitalario, ambulatorio o domiciliario.

Para garantizar la continuidad en la atención del paciente pediátrico y la comunicación entre los diferentes equipos con el binomio paciente-familia, las instituciones de salud deberán facilitar la referencia y contrarreferencia oportuna, expediente clínico y plan de atención compartido, además de soporte, a través de líneas telefónicas y/o telemedicina.

-Plan de atención paliativa

El médico tratante debe formular un plan de cuidado que establezca el conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas para el adecuado control de los síntomas, atención y cuidado del paciente con enfermedad amenazante y/o limitante para la vida, complementado por el equipo multidisciplinario de referencia.

Este plan personalizado y adecuado a las necesidades del paciente y familia deberá incluir además de la terapéutica (farmacológica y no farmacológica), todas las esferas de atención física, psicológica, social y espiritual según establece la OMS.

Las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud promoverán el cumplimiento de los planes y programas de cuidados paliativos, así como su adaptación a la evolución de las necesidades del menor y su familia.

El plan de atención paliativa deberá incluir: 1) la Capacitación y corresponsabilidad de la familia en el cuidado intra y extra hospitalario; 2) Considerar los niveles de atención, los cuales deberán contar con equipos multidisciplinarios capacitados en cuidados paliativos pediátricos; 3) Tomar en cuenta los niveles de intervención para el difícil manejo y con fines de docencia, capacitación y/o investigación.

Se deberá impulsar que dentro de los programas de formación en nivel pregrado y postgrado de las diferentes áreas de ciencias de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades limitantes y amenazantes para la vida.

Los equipos en cuidados paliativos pediátricos deberán contar con programas de educación continua y capacitación para el mejor desempeño de sus funciones.

Las instituciones de salud promoverán el desarrollo de las capacidades de los equipos de salud en materia de cuidados paliativos.

El profesional de la salud debe contar con el conocimiento y habilidades técnicas necesarias, además de calidad interpersonal para brindar atención al menor y su familia. Los pacientes pediátricos subsidiarios de atención paliativa, se consideran en condición máxima de vulnerabilidad, lo que hace obligatoria la mayor calidad técnica e interpersonal del personal de salud a cargo de su atención. Es obligación de las instituciones de salud proporcionar los recursos necesarios para prestar esta atención.

ACUERDO QUE MODIFICA EL ANEXO ÚNICO DEL DIVERSO POR EL QUE EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL 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, PUBLICADO EL 26 DE DICIEMBRE DE 201

Mediante dicho Acuerdo, el Consejo de Salubridad General ha querido captar, en un solo cuerpo normativo, las directrices señaladas en todos los documentos descritos con anterioridad, para una aplicación adecuada de los cuidados paliativos en nuestro país.

El referido Acuerdo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de agosto de 2018, contiene el siguiente índice:

CAPÍTULO 1. CONTEXTO Y GENERALIDADES DEL MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.

1. Introducción

1.1. Generalidades de los Cuidados Paliativos en pediatría.

1.2. Generalidades sobre dolor.

1.3. Fases de la evolución de la enfermedad progresiva.

1.4. Criterios de terminalidad.

· Enfermedad oncológica

· Enfermedad no oncológica.

· Enfermedad cardíaca.

· Enfermedad pulmonar.

- *Demencia.*
 - *Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida.*
 - *Enfermedad renal.*
 - *Esclerosis lateral amiotrófica.*
 - *Enfermedad hepática.*
 - *Enfermedad de Parkinson.*
 - *Poliúlcerados con inmovilismos irreversibles.*
- 1.5. *Criterios de terminalidad en pacientes pediátricos.*
- 1.6. *Futilidad Terapéutica.*
- 1.7. *Principio de doble efecto.*
- 1.8. *Espiritualidad al final de la vida*
- 1.9. *Necesidades espirituales*

CAPÍTULO 2. ELEMENTOS MÍNIMOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS.

2.1 Objetivos específicos del Modelo de Atención Paliativa.

2.2 Requisitos para la implementación del Modelo de Atención Paliativa.

2.3 Organización de los equipos en Cuidados Paliativos por nivel de atención.

2.4 Funciones de los equipos de Cuidados Paliativos.

2.5 Referencia y contra referencia.

2.6 Cuidado del equipo de Cuidados Paliativos.

2.7 Indicadores y estándares en Cuidados Paliativos.

CAPÍTULO 3. MANEJO DE SÍNTOMAS.

3.1 Generalidades.

3.2 Debilidad- Astenia-Fatiga.

3.3 Dolor.

3.3.1 Dolor no relacionado a cáncer.

3.3.2 Dolor relacionado a cáncer.

3.3.3 Dolor no oncológico.

3.3.4 Dolor oncológico.

3.3.5 Evaluación del dolor.

3.3.6 Manejo para el dolor.

3.3.7 Como prescribir un opioide.

3.3.8 Manejo de los efectos secundarios.

3.3.9 Tolerancia y dependencia física.

3.4 Anorexia- Caquexia-Astenia.

3.5 Náusea y vómito.

3.6 Cuidados de la boca.

3.7 Estreñimiento / Constipación.

3.8 Ansiedad.

3.9 Depresión.

3.10 Disnea.

3.10.1 Delirium o estado confusional agudo.

3.10.2 Prurito

3.10.3 Respiración estertorosa

3.11 Sedación al final de la vida.

3.12 Urgencias en medicina paliativa

3.12.1 Sofocación o disnea terminal.

3.12.2 Status epilepticus.

CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.

4.1 Aspectos Generales.

4.2 Aspectos bioéticos a considerar.

4.2.1 Veracidad.

4.2.2 Respeto de la autonomía.

4.2.3 Beneficencia.

4.2.4 No maleficencia.

4.2.5 Proporcionalidad Terapéutica.

4.2.6 Doble efecto.

4.2.7 No abandono.

4.2.8 Cuidado especial de quienes participan como sujetos de investigación.

4.2.9 Acceso a Cuidados Paliativos.

4.3 Participación de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB).

CAPÍTULO 5. ASPECTOS REGULATORIOS.

5.1 Marco normativo

5.2 El Consejo de Salubridad General y la COFEPRIS

5.3 El consumo de opioides en México

5.4 El Cuadro básico del Consejo de Salubridad General, para control del dolor.

5.5 El Recetario de Estupefacientes.

5.6 Facultades y Obligaciones de los Médicos y Personal Sanitario.

5.7 Cuidados Paliativos y Seguro Popular.

CAPÍTULO 6. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

6.1 Aspectos Generales.

6.2 Avaluos educativos.

6.3 Cuidados Paliativos en el pregrado.

6.4 Cuidados Paliativos de posgrado.

6.5 Niveles de educación en Cuidados Paliativos.

6.5.1 Nivel de formación básica en Cuidados Paliativos.

6.5.2 Nivel de formación media en Cuidados Paliativos.

6.5.3 Nivel de formación avanzado en Cuidados Paliativos.

Dicho Acuerdo, de 105 páginas de extensión y que contiene múltiples cuadros sinópticos, gráficas y referencias, puede ser consultado en la siguiente dirección de Internet:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5534718&fecha=14/08/2018&print=true

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ADULTOS. GUÍA DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES. ACTUALIZACIÓN 2017

La Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

La Guía de Práctica Clínica cuidados paliativos en pacientes adultos forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

Su finalidad es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible y se pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Identificar los instrumentos y/o escalas más efectivos que evalúan los síntomas y estado funcional en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos.*

- *Identificar las vías de administración de medicamentos más eficaces para pacientes oncológicos y no oncológicos.*
- *Establecer los analgésicos más eficaces para el tratamiento de dolor en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos que requieren cuidados paliativos.*
- *Determinar las estrategias preventivas y de tratamiento que se deben realizar como parte de cuidados paliativos para los síntomas respiratorios en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos.*
- *Reconocer la importancia del soporte nutricional en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos en cuidados paliativos para el control de la astenia, adinamia, anorexia, caquexia y deshidratación.*
- *Establecer las acciones de cuidados paliativos para el control de los síntomas digestivos de pacientes adultos oncológicos y no oncológicos.*
- *Determinar las intervenciones que se deben realizar como parte de cuidados paliativos para síntomas neuropsiquiátricos de pacientes adultos oncológicos y no oncológicos.*
- *Establecer los cuidados de prevención y tratamiento paliativo a realizar en la piel y mucosas para pacientes adultos oncológicos y no oncológicos.*
- *Identificar las acciones que deben realizarse en atención paliativa para la prevención y tratamiento de síntomas urinarios en pacientes adultos oncológicos y no oncológicos.*
- *Establecer las intervenciones que se deben realizar como parte del plan de los cuidados paliativos con enfoque físico, psicosocial, emocional y espiritual a los pacientes adultos oncológicos y no oncológicos y sus familiares.*

- *Identificar la importancia de la rehabilitación paliativa para retrasar o disminuir la pérdida de funcionalidad en pacientes adultos oncológico y no oncológicos.*
- Establecer los criterios de atención al final de la vida y la pertinencia de sedación paliativa en el paciente adulto oncológico y no oncológico en fase agónica.

La Guía puede ser consultada en la siguiente página de Internet:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/440GER.pdf>