



Artículo de revisión

Cuidados paliativos, ¿cuándo referir?

Palliative care, when to refer?

Erandy Estela Ramírez-Arellano*

* Jefa Unidad de Cuidados Paliativos. Centro Oncológico. Hospital Central Militar. México.

RESUMEN

Los cuidados paliativos son, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales. Son reconocidos en el contexto del derecho humano a la salud; sin embargo, los criterios de referencia y los métodos de evaluación adecuados para la misma no están establecidos de manera clara ni se aplican de manera sistemática. Existen distintas herramientas útiles que orientan al médico en su día a día para identificar apropiadamente a los pacientes que necesitan el abordaje.

Palabras clave: Cuidados paliativos, criterios de referencia, escala de Karnofsky, ECOG, CAM, ESAS, NECPAL, IDC-PAL.

ABSTRACT

Palliative care is, according to the World Health Organization, the approach that improves the quality of life of patients and their families who face the problems associated with life-threatening diseases, through the prevention and alleviation of suffering, through the early identification and impeccable evaluation and treatment of pain and other physical, psychological and spiritual problems. They are recognized in the context of the human right to health, however, the reference criteria and the appropriate evaluation methods for it are not clearly established or applied systematically. There are several useful tools that guide the doctor in his day to day to properly identify patients who need the approach.

Keywords: Palliative care, reference criteria, Karnofsky Scale, ECOG, CAM, ESAS, NECPAL, IDC-PAL.

Introducción

Los cuidados paliativos como subespecialidad médica son relativamente recientes, su desarrollo y aceptación como parte de los equipos médicos en todos los niveles de atención y en particular en el tercer nivel de atención ha avanzado a pasos agigantados; sin embargo, no existe un consenso claro sobre el momento en el cuál referir, y las características que el paciente o su entorno necesitan reunir para la adecuada referencia. En este trabajo se desarrolla de manera somera las diversas evaluaciones y criterios útiles para la identificación adecuada de las necesidades de manejo paliativo, como parte del abordaje integral de un paciente con una enfermedad avanzada, progresiva a incurable.

Origen y definición de los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos nunca han sido ajenos a la humanidad; a lo largo de la historia, se tiene registro de personas dedicadas a la ayuda hacia los necesitados, los gravemente enfermos y los moribundos, historias tales como la de Fabiola, discípula de San Jerónimo, que en el año 400 d.C. creó el primer hospital destinado a los peregrinos que llegaban al puerto de Ostia o Madame Jeanne Garnier, fundadora del primer hospicio (término utilizado específicamente para enfermos terminales a partir de 1842) de las Damas del Calvario en el París de 1874.¹

Varias han sido las posturas sociales hacia la muerte; la «muerte doméstica» o «buena muerte», en

la que el moribundo tiene la oportunidad de despedirse de su familia y amigos; la «muerte de uno mismo» en la que predomina el individualismo y la preocupación por la salvación por medio de obras materiales y/o espirituales; la preocupación de la «muerte del otro», que se manifiesta en la expresión pública del duelo; y finalmente la «muerte prohibida» en la que el tema se considera tabú, alejándola de la vida cotidiana, arrinconándola como un fenómeno oculto, extraño y vergonzoso, postura predominante desde finales de la Primera Guerra Mundial.²

Cicely Saunders, líder de la medicina paliativa contemporánea, observa que la tendencia actual de esconder al moribundo la verdad de su pronóstico y condición, de reemplazar la casa por el hospital como lugar de muerte y de no permitir un despliegue emocional en público después de una pérdida, son todos fenómenos que dan cuenta del cómo, como sociedad, no hemos encontrado o hemos perdido la manera de hacer frente y de asumir nuestra mortalidad y la del resto.³ Ella fue la fundadora del movimiento *Hospice*, impulsado en 1967 en el St. Christopher's Hospice, en Londres, Inglaterra, desde entonces, ha ganado adeptos a lo largo del mundo, siendo reconocidos en 1980 por la Organización Mundial de la Salud, que promovió el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Una década y media después, la PAHO (Organización Panamericana de la Salud) también los incorporó oficialmente a sus programas asistenciales.⁴

En 1987, Gran Bretaña fue el primer país en el mundo en crear la subespecialidad en Medicina Paliativa, lo que fue seguido por el reconocimiento de otros países, hasta que en septiembre de 2006, la *American Board of Medical Subspecialties* otorga a la medicina paliativa el estatus de subespecialidad.⁵

La última definición de los Cuidados Paliativos que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS) data del año 2007, en la que los define como el:

«Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y sus familias, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales».⁶

Los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud. Se recomienda que deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados

en la persona, prestando especial atención a las necesidades y preferencias del individuo. En México, son obligatorios como parte del Acuerdo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la Federación en diciembre de 2014,⁷ modificándose el anexo único el pasado agosto de este año,⁸ sin embargo, a pesar de que han ganado terreno desde su reciente origen en la historia moderna, en el día a día es difícil para los clínicos, sobre todo en hospitales generales, saber a ciencia cierta cuándo referir a los pacientes; si bien, los pacientes se benefician del abordaje desde el diagnóstico de una enfermedad progresiva e incurable (que no se limita a las enfermedades oncológicas, sino que abarca también a las enfermedades crónico-degenerativas), es importante vincular los cuidados paliativos en todas las etapas de la enfermedad para garantizar una buena atención hasta el final de la vida, promoviendo la autonomía del paciente, facilitándole el acceso a la información y a la elección sobre sus tratamientos (*Figura 1*).

Este trabajo está enfocado en esclarecer el método de referencia a un equipo especializado, dejando de lado el primer y segundo nivel de atención, que son tema de múltiples publicaciones al respecto, ya que al ser parte de un abordaje integral, existen discusiones sobre cuándo es pertinente ofrecerlos, ya que intervienen factores como la precisión en el diagnóstico, el uso adecuado de los recursos hospitalarios (procedimientos quirúrgicos, valoraciones por especialistas, estudios de imagen y laboratorio, y un largo etcétera), aspectos bioéticos, entre otros. Lo que se aborda en este trabajo son las consideraciones a tomar en cuenta por los médicos de otras especialidades no familiarizados ampliamente con los cuidados paliativos, para referir adecuadamente a los pacientes que así lo requieran en un hospital general de tercer nivel de atención, tal como es el Hospital Central Militar, en el que la unidad de cuidados paliativos a cargo de un especialista exclusivo del tema es de reciente creación.

Detección de pacientes a referir

Dentro de los aspectos (físicos, psicológicos, del equipo médico) a tomar en cuenta en la evaluación inicial de un paciente, en el que se desee solicitar una valoración por el equipo de cuidados paliativos, no debemos olvidar aspectos básicos que se realizan aplicando diferentes escalas, la comúnmente inicial es la que valora la esfera de la funcionalidad y actividad física, ya que ésta, junto con la independencia funcional, son prioridades importantes para los pacientes con

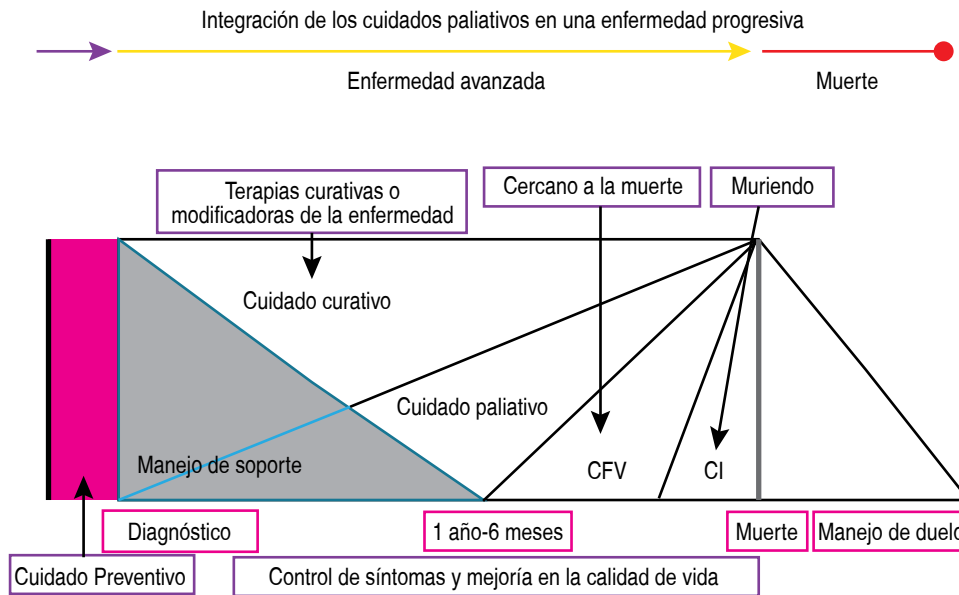


Figura 1:

Tomado del Acuerdo sobre la obligatoriedad de los Cuidados Paliativos, DOF. México, agosto 2018.
CFV = Cuidado al final de la vida, CI = Cuidado integral.

Modificado por: Swetz KM, Mansel JK. Ethical issues and palliative care in the cardiovascular intensive care unit. *Cardiol Clin.* 2013; 31: 657-668.

enfermedades avanzadas en su lucha de mantener una vida lo más cercana a lo normal.⁹

Algunas de las más comunes y las utilizadas en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Central Militar son:

- Índice de Karnofsky

Esta herramienta es una medida de la habilidad del paciente para realizar sus actividades normales, su grado de dependencia o su necesidad de ayuda. Se empleó por primera vez en 1948 para valorar el estado funcional de pacientes oncológicos tratados con quimioterapia.¹⁰ Desde entonces ha sido empleado como en estudios clínicos mostrando buena correlación con otras medidas funcionales y de bienestar.¹¹ Consta de 11 categorías, con las puntuaciones divididas en deciles que van de 100 (asintomático, función normal) a 0 (fallecimiento). Cada categoría combina información sobre la capacidad de desempeñar una función, la capacidad de trabajar, la gravedad de los síntomas y la necesidad de cuidados. Es fiable y válida para la evaluación del funcionamiento físico en el cáncer¹² (Apéndice 1).

- Escala de estado funcional del *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG)

En 1960 se desarrolló un instrumento de medida alternativo para los pacientes con cáncer y sirve para evaluar el grado en que la enfermedad afecta

las actividades de la vida diaria. Es empleada ampliamente en Cuidados Paliativos para comparar el estado funcional después del tratamiento, seleccionar pacientes candidatos a ensayos clínicos y predecir supervivencia. Consta de seis categorías que miden la capacidad de funcionar (en el trabajo y en casa), y la capacidad de autocuidado, centrándose en la actividad. Las puntuaciones totales oscilan de 0 (totalmente activo) a 5 (paciente fallecido). Proporciona una evaluación global de la función. También cuenta con una referencia al nivel de deambulación.¹³ Se han comparado las equivalencias en la valoración adecuada del estatus funcional de ambas escalas, ya que ambas han demostrado buena correlación con la supervivencia del paciente y son ampliamente utilizadas para comparar la funcionalidad antes y después del tratamiento; sin embargo, dado el alto margen de error existente al utilizar una sola escala, es común la utilización conjunta, hasta que exista algún estudio multicéntrico en el que se traslape una escala sobre la otra, a fin de elegir una sola, sobre todo en estatus funcionales bajos¹⁴ (Apéndice 2).

- Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS)

Desarrollada en 1991 por Bruera¹⁵ como una herramienta clínica para documentar la carga sintomática de los pacientes con cáncer avanzado, ha sido validada y traducida a más de 20 idiomas, incluyendo el español y revisada en múltiples ocasiones. Es una medida

ampliamente empleada en Cuidados Paliativos para la valoración de síntomas en los pacientes con cáncer avanzado, siendo una herramienta de preferencia en esta población; aunque es una herramienta extremadamente útil y rápida de realizar, no se efectúa de manera sistemática por parte de los médicos no familiarizados con el tema, es una escala unidimensional, las múltiples versiones hacen difícil la comparación o la combinación de resultados, algunos ítems son subjetivos (por ejemplo el bienestar), y existen pocos estudios de validación en pacientes con enfermedades no oncológicas; sin embargo, es una herramienta adecuadamente validada para aplicar como uno de los estándares de referencia a equipos especializados de cuidados paliativos, no sólo en el aspecto físico, sino también en el emocional,¹⁶ consiste en 10 ítems calificados de 0 al 10 de acuerdo a su severidad, que se aplican en el momento en que el paciente es interrogado (*Apéndice 3*).

- Escala diagnóstica del *delirium*. *Confusion Assessment Method* (CAM)

El *delirium* es un trastorno neuropsiquiátrico común y grave, que afecta hasta 50% de los pacientes hospitalizados mayores de 65 años en algún momento durante su ingreso en el hospital, no estando exentos los pacientes con enfermedades avanzadas de presentarlo. El DSM-VI (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders VI*) lo define como una alteración de la atención (por ejemplo capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la consciencia (orientación reducida al entorno) de origen multifactorial, de inicio abrupto y curso fluctuante.¹⁷ La escala diagnóstica del *delirium* es un instrumento diagnóstico para su identificación rápida e incluye cuatro preguntas, de las cuales, las dos primeras son necesarias para el diagnóstico y por lo menos una de las dos últimas¹⁸ (*Apéndice 4*).

Como ya se ha mencionado, el abordaje de Cuidados Paliativos en un Tercer Nivel de atención, por parte de un equipo especializado, requiere de una adecuada referencia y la aplicación de múltiples instrumentos de evaluación que finalmente orientan sobre la necesidad del abordaje por el especialista en la materia; la *National Comprehensive Cancer Network* indica que el abordaje por un especialista en cuidados paliativos, es pertinente cuando existe uno o más de los criterios que se muestran en las *tablas 1 a 3*, en cada uno de los participantes del cuidado del paciente.¹⁹

Existen también otros instrumentos que abordan el momento de referencia al Servicio de Cuidados

Paliativos, tales como el instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios sociales y de salud (NECPAL),²⁰ creado por el Departamento de Salud de Cataluña, quienes basados en las necesidades paliativas, evalúan 10 rubros de selección, comenzando con la «pregunta sorpresa», la cual se plantea al equipo médico tratante: «Le sorprendería que su paciente falleciera en los próximos 12 meses», si la respuesta a esta primera pregunta es negativa con una respuesta positiva del resto de los rubros, el paciente es candidato al abordaje. Los criterios restantes, de acuerdo a la última versión de 2016,²¹ se agrupan en las siguientes categorías:

1. Demanda o necesidad sobre la atención médica, la primera realizada por familiares, la segunda detectada por el equipo de salud.
2. Indicadores generales de severidad y progresión: declive funcional, nutricional o cognitivo en los últimos seis meses, que sean persistentes, progresivos y no relacionados entre sí. (por ejemplo: disminución de puntaje en escala funcional –Karnofsky, Barthel–, pérdida de peso < 10 kg, disminución en la calificación del test minimal de al menos 5 puntos).
3. Dependencia severa de acuerdo a escalas funcionales específicas (por ejemplo Karnofsky).
4. Síndromes geriátricos recurrentes o persistentes.
5. Síntomas persistentes y/o refractarios al tratamiento (dolor, disnea, *delirium*, náusea, etcétera).
6. Aspectos psicosociales (por ejemplo vulnerabilidad social, distrés del paciente/familia/cuidador).
7. Multimorbilidad (por ejemplo enfermedades avanzadas coexistentes).
8. Uso recurrente de recursos médicos y/u hospitalarios (visitas frecuentes a urgencias en el último mes).
9. Indicadores específicos (cáncer avanzado, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, demencia, enfermedades neurodegenerativas, etcétera).

Es muy importante recalcar que la aplicación de situaciones en que sea necesario el abordaje paliativo no contraindica ni limita medidas de tratamiento específico de la enfermedad si éstas están indicadas o pueden mejorar el estado y/o la calidad de vida de los pacientes. No sirve para determinar el pronóstico ni la supervivencia, ni para rechazar medidas terapéuticas curativas. Se realiza a personas con enfermedades crónicas avanzadas como:

Tabla 1: Características del paciente.

- Paciente con diagnóstico amenazante para la vida
- Opciones limitadas de tratamiento antineoplásico, debido a
 - Acceso limitado al tratamiento antineoplásico
 - Enfermedad avanzada
 - Comorbilidades Múltiples y/o severas
 - Declive funcional rápido o pobre estatus funcional
- Necesidad de establecimiento de objetivos de tratamiento
- Negativa a comunicar directrices anticipadas
- Alto riesgo de pobre control de dolor a pesar del tratamiento convencional, ej:
 - Dolor neuropático
 - Dolor irruptivo o incidental
 - Dolor severo asociado a angustia/sufrimiento psicosocial y/o familiar
 - Escalamiento rápido de dosis de opioide
 - Alergias medicamentosas múltiples o historia de efectos adversos múltiples relacionados al dolor o al tratamiento sintomático
- Preocupación acerca de abuso de drogas o alcohol
- Sobrecarga elevada de síntomas no relacionados con el dolor, especialmente aquellos refractarios al tratamiento convencional
- Sufrimiento o angustia elevados
- Visitas frecuentes al departamento de urgencias
- Necesidad de cuidado en una unidad de terapia intensiva (especialmente si involucra falla multiorgánica o soporte mecánico prolongado)
- Barreras en la comunicación
 - Lenguaje
 - Alfabetismo
 - Discapacidad
- Solicitud del paciente de adelantar la muerte

Tabla 2: Circunstancias complejas de paciente, familia y/o cuidador (es).

- Alto riesgo de duelo complicado
- Red de apoyo inadecuado
- Relaciones interpersonales de dependencia intensa
- Limitaciones financieras
- Acceso limitado a la atención médica
- Desacuerdos familiares
- Crisis espiritual o existencial
- Pérdidas previas no resueltas o múltiples
- Preocupación del paciente sobre el bienestar de su familia y/o cuidador(es)
 - Niños y/o otros familiares que requieran cuidados y vivan en el mismo entorno

- Enfermedades oncológicas.
- Enfermedad pulmonar crónica.
- Enfermedad cardíaca crónica.
- Enfermedad neurológica crónica (secuelas de evento cerebrovascular (EVC), esclerosis lateral amiotrófica (ELA), esclerosis múltiple (EM), enfermedad Parkinson, enfermedad de motoneurona, etcétera)
- Enfermedad hepática crónica grave.
- Enfermedad renal crónica grave.
- Paciente con demencia.
- Paciente geriátrico que, a pesar de no padecer ninguna de las enfermedades antes citadas, está en situación de fragilidad particularmente avanzada.
- Paciente que, a pesar de no ser geriátrico ni sufrir ninguna de las enfermedades antes citadas, padece alguna otra enfermedad crónica, particularmente grave y avanzada.
- Paciente que, sin estar incluido en los grupos anteriores, últimamente ha precisado ser ingresado

Tabla 3: Características del equipo médico.

- Coordinación compleja de múltiples equipos sobre el tratamiento o los objetivos terapéuticos
- Fatiga de compasión
- Sufrimiento y/o angustia moral
- Burnout

o atendido domiciliariamente con más intensidad de la esperada.

En el 2014, el Sistema Sanitario de Andalucía (SSA), como parte del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos (PAI CP), incorpora el concepto de complejidad, para establecer la intervención de los diferentes recursos de cuidados paliativos, publicando el instrumento diagnóstico de complejidad en cuidados paliativos (IDC-PAL),²²

que divide en tres los recursos sanitarios: convencionales, avanzados y de atención urgente; en las que se ubican profesionales con formación básica y avanzada en cuidados paliativos respectivamente y que pertenecen a instalaciones sanitarias de complejidad creciente conforme los recursos materiales y hospitalarios se incrementan, llegando a unidades de urgencias, hospitalización y atención continua (24 horas, siete días a la semana, 365 días al año), lo correspondiente a los niveles de atención médica mexicanos; acorde a lo estipulado, también en el Consenso de Obligatoriedad de los Cuidados Paliativos, publicado en el Diario Oficial de la Federación desde 2014, donde se especifica el equipo y los recursos de las unidades de cuidados paliativos en cada nivel de atención, ya que en las instalaciones de primer nivel, el abordaje puede ser realizado por un médico general que cuente únicamente con la formación básica en cuidados paliativos, lo que hace más notoria la necesidad de incorporar la materia al currículo de las escuelas de medicina.

Este instrumento se divide en cinco categorías (relacionadas con el paciente, la familia, profesionales de salud, intervenciones terapéuticas u otras no clasificables), y cuatro niveles de complejidad, ausente, mínima, media y alta, debe de ser aplicado sólo por profesionales de la salud, sin participación del paciente y orienta sobre el tipo de equipo idóneo para la intervención; siendo sólo los casos de alta complejidad los que requieren el abordaje por equipos especializados.

Conclusión

La detección de un paciente paliativo es compleja, variada y necesita de enfoques múltiples, el mero diagnóstico de enfermedad avanzada no es suficiente si no se toman en cuenta todos los aspectos que conforman al paciente. La finalidad de los cuidados paliativos no es curar la enfermedad, sino aliviar los síntomas que causa y mejorar de forma general la calidad de la vida de los pacientes y sus familias. Pueden ayudar a los enfermos a vivir lo más confortablemente y son una necesidad humanitaria urgente para las personas aquejadas de cáncer o de otras enfermedades crónicas mortales, se necesitan sobre todo en los lugares donde hay una gran proporción de pacientes cuya enfermedad se encuentra en fase avanzada y tienen pocas probabilidades de curación, por lo que es necesaria su adecuada identificación para optimizar los recursos hospitalarios, tanto humanos como materiales.

Todos los instrumentos y escalas presentados toman en cuenta los aspectos clínicos, sociales, psicológicos y emocionales de los pacientes y su entorno, ofreciendo una amplia gama de criterios de selección para referir adecuadamente al paciente a un equipo especializado en un tercer nivel de atención médica; sin embargo, las interrogantes que pueden surgir al pensar en enviar a cuidados paliativos son: ¿en verdad los profesionales de la salud están familiarizados con abordajes médicos que se enfocan no en curar, sino en acompañar y confortar?, ¿debe de inculcarse la ideología de los cuidados paliativos desde la formación básica o esperar hasta los postgrados médicos?, ¿cuál es el límite ético entre el encarnizamiento terapéutico y el enfoque meramente de confort?, ¿estamos listos, como equipo de salud a enfrentarnos a nuestra propia mortalidad al ayudar a otros en la última etapa de su vida?, la respuesta a estas preguntas está fuera del alcance de este trabajo, dejando la puerta abierta a futuras investigaciones.

REFERENCIAS

1. Allende S, Verastegui E. El ABC de la medicina paliativa. Editorial Médica Panamericana. 2ª ed. México. 2014.
2. Gala León FJ, Lupiani M, Raja R, Guillén C, González JM, Villaverde M, Sánchez A. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuad Med Forense. 2002; 30: 39-50.
3. Saunders C, Foreword. En: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. Oxford textbook of palliative medicine. 3rd. ed. Oxford University Press, New York, USA. 2004.
4. De Lima L, Bruera E. The Pan American Health Organization: its structure and role in the development of a palliative care program for Latin America and the Caribbean. Journal of Pain and Symptom Management. 2000; 20 (6): 440-448.
5. Doyle D. Palliative medicine: the first 18 years of a new subspecialty of General Medicine. En J R Coll Physicians Edinb. 2005; 35: 199-205.
6. Organización Mundial de la Salud. Consulta de la World Wide Web: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
7. Diario Oficial de la Federación. Consulta de la World Wide Web: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377407&fecha=26/12/2014.
8. Diario Oficial de la Federación. Consulta de la World Wide Web: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5534718&fecha=14/08/2018.
9. Olderwoll L et al. The effect of a physical exercise program in palliative care: a phase II study. J Pain Symptom Manage. 2006; 31 (5): 421-430.
10. Chevillat A. Rehabilitation of patient with advanced cancer. Cancer. 2001; 92 (Suppl 4): 1039-1048.
11. Chasen M, Bhargava R. Gastrointestinal symptoms, electrogastrography, inflammatory markers, and PG-SGA in patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2012; 20 (6): 1283-1290.

12. Mor V, Laliberte L, Morris JN et al. The Karnofsky performance status scale: An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer* 1984; 53: 2002-2027.
13. Zubrod CG, Schneiderman M, Frei E et al. Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: Comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramide. *Chron Dis.* 1960; 11: 7-33.
14. Verger E, Salamero M, Conill C. Can Karnofsky performance status be transformed to the eastern cooperative oncology group scoring scale and vice versa? *Euro Cancer.* 1992; 28A (819): 1328-1330.
15. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care.* 1991; 7: 6-9.
16. Hui D, Bruera E. The Edmonton symptom assessment system 25 years later: past, present, and future developments. *J Pain and Symptom Management.* 2017; 53 (3): 630-643.
17. Gómez Peñalver J, García-Camba E. Revisión del diagnóstico y actualización en el manejo del delirium. *Psicosom Psiquiatr.* 2017; 2 (1): 42-52.
18. Wei L, Fearing M, Sternberg E, Sharon K. The confusion assessment method (CAM): a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56 (5): 823-830.
19. National Cancer Comprehensive Network. Consulta de la World Wide Web: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx.
20. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO, Observatorio "QUALY" - Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos, Instituto Catalán de Oncología, 2011.
21. Instrumento NECPAL-CCOMS-ICO® Versión 3.0 2016. Instituto Catalán de Oncología, 2016.
22. Martín-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz-Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cia-Ramos R. IDC-PAL [Recurso electrónico]: instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos: documento de apoyo al PAI cuidados paliativos. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014.

Conflicto de intereses: La autora declara que no tiene conflicto de intereses.

Dirección para correspondencia:

Myr. M.C. Erandy Estela Ramírez-Arellano
Hospital Central Militar
Boulevard Adolfo López Mateos S/N,
Col. Lomas de Sotelo,
Alcaldía Miguel Hidalgo, 11200, CDMX.
Tel: 21221100, ext. 3440
E-mail: draerandy_era@hotmail.com

Apéndice 1: Índice de Karnofsky.

Actividades	Puntuación
Normal, sin quejas, faltan indicios de enfermedad	100
Llevar a cabo una actividad normal con signos o síntomas leves	90
Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas morbosos	80
Capaz de cuidarse, incapaz de actividad normal o trabajo activo	70
Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades	60
Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente	50
Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales	40
Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo	30
Gravemente enfermo. Tratamiento activo necesario	20
Moribundo, irreversible	10
Muerto	0

- Actividad completa, puede cumplir con todos sus quehaceres como antes de la enfermedad.
- 100 Normal, sin quejas, faltan indicios de enfermedad.
- 90 Capaz de llevar a cabo actividades normales, pero con signos o síntomas leves. Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio y capaz de trabajos ligeros o sedentarios.
- 80 Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas mórbidos.
- 70 Capaz de cuidarse pero incapaz de llevar a cabo actividades normales o trabajo activo. Ambulatorio y capaz de cuidarse pero no de realizar cualquier trabajo. Encamado menos del 50% del día.
- 60 Requiere atención ocasional, sin embargo puede cuidarse de sí mismo.
- 50 Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Sólo puede cuidarse en parte. Encamado durante más del 50% del día.
- 40 Inválido, necesita cuidados y atenciones especiales.
- 30 Inválido grave, hospitalización y tratamiento de soporte activo. Totalmente inválido e incapaz de cuidarse. Encamado por completo.
- 20 Muy enfermo, necesita hospitalización y tratamiento activo.
- 10 Moribundo.
- 0 Muerto.

Apéndice 2: Escala de estado funcional del *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG).

ECOG 0	El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria
ECOG 1	El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno
ECOG 2	El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo
ECOG 3	El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse
ECOG 4	El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación
ECOG 5	Fallecido

Apéndice 3: Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton. Versión revisada en español (ESASr).

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se puede imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se puede imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duerdo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo pero que se pueda imaginar
Nada Otro problema (por ej. sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

Apéndice 4: Escala diagnóstica del delirium. *Confusion Assessment Method (CAM)*.

1. Comienzo agudo y curso fluctuante ¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente?	Sí/no (si es NO, no seguir el test)
2. Alteración de la atención ¿El paciente se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación?	Sí/no (si es no, no seguir el test)
3. Pensamiento desorganizado ¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean?	Sí/no
4. Alteración del nivel de conciencia ¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente? (Nota: nivel de conciencia: vigilante, letárgico, estuporoso)	Sí/no