

**LINEAMIENTOS DE  
LOS CUIDADOS  
PALIATIVOS  
PEDIÁTRICOS**

 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>
		<b>Página</b> Página 2 de 60

### INDICE

- 1.-DIRECTORIO
- 2.- MISIÓN, VISIÓN Y VALORES
- 3.-MARCO REGULATORIO
- 4.-OBJETIVOS
- 5.- INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS
- 6.-MODELO DE ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN EL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO
- 7.- INSTRUMENTOS BÁSICOS
- 8.- FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS
- 9.-IDENTIFICAR AL PACIENTE CANDIDATO A RECIBIR CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS
- 10.- PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO PARA BRINDAR CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS
- 11.-ADMISIÓN HOSPITALARIA A URGENCIAS
- 12.- CONSULTA EXTERNA
- 13.- SOLICITUD DE MEDICAMENTO CONTROLADO
- 14.- SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b>		<b>CIMH-DM-OR-11-CPP</b>
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		Página Página 3 de 60

### DIRECTORIO

DR. ARMANDO RAMÍREZ LOZA  
DIRECTOR DEL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

DRA. LUCILA MARTÍNEZ MEDINA  
DIRECTOR DEL ÁREA MÉDICA

C.P. ARMANDO GALLARDO TERÁN  
DIRECTOR DEL ÁREA ADMINISTRATIVA

LIC. LILYZ HERNÁNDEZ GÓMEZ PALOMINO  
DIRECTOR DEL ÁREA JURÍDICA

DR. CARLOS M. GAITÁN MERCADO  
DIRECTOR DEL ÁREA DE OPERACIONES

DR. IGNACIO SOTO JUÁREZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

DR. SAMUEL DUEÑAS CAMPOS  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

DR. VÍCTOR A. MONROY COLÍN  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

DR. JOSÉ JUAN RAMÍREZ JAIME  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA

MTRA. MA. DEL ROSARIO RODRÍGUEZ LIMÓN  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

DR. ISRAEL SALOMÓN GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

DRA. WENDY D. DOMÍNGUEZ VIVEROS  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

DRA. ZOILA CRUZ RIVERA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y AUDITORIA MÉDICA

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>
		<b>Página</b> Página 4 de 60

### MISIÓN DEL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Servir a la sociedad del Estado de Aguascalientes, en particular a la población más desprotegida, mediante atención médica especializada, con responsabilidad y sentido humano, así como formar profesionales en el área de la salud, a través de la asistencia, enseñanza e investigación.

### VISIÓN DEL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Ser una institución de vanguardia y excelencia en la atención a la salud, la investigación, la formación de profesionales y el más profundo compromiso en los pacientes.

### VALORES:

Compasión.      Honestidad.      Integridad.  
 Fraternidad.      Compromiso.      Lealtad.  
 Respeto.

### III. MARCO JURÍDICO

 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia	
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos	
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>	<b>Página</b> Página 5 de 60

#### DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Publicada en el DOF el 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada en el DOF el 08 de mayo de 2020
- Constitución Política del Estado de Aguascalientes. Publicada en el POEA el 23 de septiembre de 1917. Última reforma publicada en el POEA el 18 de mayo de 2020.

#### LEYES:

##### FEDERALES:

- Ley General de Salud, publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984. última actualización publicada en el DOF el 24 de enero de 2020..
- Ley Federal del Trabajo, publicada en el DOF el 1 de abril de 1970, última reforma publicada en el DOF el 02 de julio de 2019.
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, publicada en el DOF el 13 de agosto de 2020.

##### ESTATALES:

- Ley de Salud del Estado de Aguascalientes. Publicada en el POEA el 6 de junio de 1999. Última reforma publicada en el POEA el 14 de septiembre de 2020.
- Ley del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes. Publicada en el POEA el 13 de junio de 2011, Última reforma 30 de junio de 2017.
- Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Aguascalientes, publicada en el POEA el 01 de agosto de 2017, última reforma publicada en el POEA el 17 de septiembre de 2018.
- Ley que crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el Estado de Aguascalientes, última actualización publicada en el POEA 1 enero 2012.
- Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Aguascalientes, Decreto número 194 última reforma en el POEA el 8 de junio de 2015.
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Aguascalientes y sus Municipios, Decreto número 118, última reforma publicada en el POEA el 27 de noviembre de 2017.

#### REGLAMENTOS:

##### FEDERALES:

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el DOF el 14 de mayo de 1986, última actualización publicada en el DOF el 17 de julio de 2018.
- Reglamento de la Ley general de salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, publicado en el DOF el 20 de febrero de 1985, última reforma publicada en el DOF el 26 de marzo de 2014.

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHIHUI-DM-OR-11-CPP</b>
		<b>Página</b> Página 6 de 60

#### ESTATALES:

- Reglamento Interior del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, aprobado por la Junta de Gobierno el 27 de mayo de 2019 y publicado en edición extraordinaria el 5 de junio de 2019 en el Periódico Oficial del Estado de Aguascalientes (POEA).

#### ESTATUTOS:

Código de Ética del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes. POE 16 de diciembre de 2019.  
Código de Conducta del Instituto de salud del Estado de Aguascalientes. POE 08 febrero 2021

#### NORMAS OFICIALES MEXICANAS:

- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012. Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Publicada en el DOF el 4 de enero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2017: Para la organización, funcionamiento de los servicios de radioterapia. DOF 20 feb 2018
- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2016. Para la práctica de hemodiálisis. DOF 8 julio 2016.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. del expediente clínico. DOF 15 octubre 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011. Para la práctica de anestesiología. DOF 23 marzo 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. DOF 27 marzo 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012. Para la atención integral a personas con discapacidad. DOF 14 septiembre 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM -016-SSA3-2012 Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. DOF 08 enero 2013
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. DOF 19 febrero 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF 2 septiembre 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012. Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. DOF 18 septiembre 2012.
- Norma oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. DOF 17 septiembre 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012. Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria. DOF 7 agosto 2012.

 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPT</b>
		<b>Página</b> Página 7 de 60

- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013. Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. DOF 4 septiembre 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009: Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistemática. DOF 26 marzo 2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999: Para la atención a la salud del niño.
- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, para la prevención y control de los defectos al nacimiento. DOF 24 junio de 2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. DOF 28 septiembre 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. DOF 9 junio 2011.
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2015. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. DOF 28 abril 2015.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. DOF 7 febrero 2003
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012: Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. DOF 23 octubre 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012 Instalación y Operación de la farmacovigilancia. DOF 07 enero 2013
- Norma Oficial Mexicana NOM 037-SSA3-2016 Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica DOF 21 febrero 2017.
- Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002 Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X. DOF 15 septiembre 2006.
- Norma Oficial mexicana NOM-012-STPS-2012 Condiciones de seguridad y salud en los centros de trabajo donde se manejen fuentes de radiación ionizante. DOF 31 octubre 2012

#### **OTRAS DISPOSICIONES:**

Las disposiciones legales aplicables al caso del que se trate.

## **INTRODUCCIÓN**

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	Fecha de emisión: Diciembre 2020	Área Responsable: Departamento de Oncología y Radioterapia
	Fecha de Revisión: Octubre 2021	Tipo de Documento: Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CHIMH-DM-OR-11-CPP Página Página 8 de 60

La sociedad no está preparada para el fallecimiento de los niños, sin embargo, la muerte prematura en la adolescencia e infancia es una realidad, siendo cada vez más común la necesidad de asistencia especializada ante una enfermedad incurable y de menores con características de alta fragilidad y vulnerabilidad. En la actualidad existe un aumento del número de pacientes pediátricos cuyas enfermedades requieren una respuesta adecuada por parte de la medicina moderna.

Los cuidados paliativos pediátricos requieren una atención especial. Disponer de un equipo multidisciplinar formado en la atención pediátrica. No pensar nunca en el niño y adolescente como un adulto en miniatura sino como lo que son con independencia de su enfermedad y contexto. En escenarios complejos e impredecibles los Cuidados Paliativos Pediátricos deben ser pensados como una primera opción que puede incrementar la calidad de vida y el bienestar psico-emocional de niños, adolescentes y familiares. También los bebés prematuros deben gozar de una buena atención paliativa integrándose dentro del equipo a la Unidad de Neonatología. Es importante recordar que los Cuidados Paliativos Pediátricos pueden durar largo tiempo por el avance de los tratamientos y dispositivos tecnológicos. Esto, debe sensibilizar aún más al equipo de cuidados paliativos en relación al cuidado, seguimiento y atención continuada de los miembros del núcleo familiar (padres, madres, pero también hermanos y hermanas).

Se debe considerar como la máxima prioridad en los Cuidados Paliativos Pediátricos el control de los síntomas, muy especialmente el alivio del dolor, la literatura confirma importantes deficiencias en el suministro y eficacia del tratamiento, lo que repercute negativamente en su calidad de vida. Así, alrededor del 90% de ellos experimentan sufrimiento generalizado; más de 70% sufre dolor, que es controlado en menos de 30% de los casos; y cerca de un 20% padece disnea o dificultad respiratoria

El mayor rasgo distintivo de las necesidades del paciente pediátrico en relación al adulto, es que están en continua evolución, al coincidir con el desarrollo físico y psico-emocional del arco temporal que transcurre desde el nacimiento hasta la juventud. Bajo este prisma, todo aquello que afecte negativamente el cuidado paliativo, bien por no prestación a tiempo de estos cuidados, bien por dispensarse inadecuadamente, incidirá en el buen desarrollo y madurez deseados pudiéndose alterar el crecimiento personal y el rol del paciente como pleno miembro de la sociedad en la vertiente biográfica, educativa, cultural, espiritual y social.

Uno de los aspectos de mayor importancia es el alivio del dolor, aspecto que continúa siendo subestimado en el caso de los niños. Esta premisa fundamental del quehacer médico debe realizarse con todos los recursos que se tengan a la mano, incluyendo fármacos, psicoterapia y radioterapia. Para atender el dolor no deben existir horarios rígidos y en caso de difícil control debe recurrirse a la Clínica del Dolor; debemos recordar que el alivio del dolor es un derecho fundamental del niño enfermo y su tratamiento es una prioridad: que de ninguna manera deben sufrir en forma innecesaria. Es de gran importancia interactuar estrechamente con los padres para evitar la sobreprotección y ocultamiento de la información.

La definición de la Organización Mundial de la Salud de los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) es el cuidado activo total del cuerpo, mente y espíritu de los niños con enfermedades que ponen en peligro a su vida o limitan su existencia y dar apoyo a su familia. Comienza cuando la enfermedad se diagnóstica y continuará, sin tener en cuenta si el niño recibe o no tratamiento específico de la enfermedad. El cuidado paliativo eficaz requiere un abordaje amplio multidisciplinar que incluye a la familia y la utilización de los recursos comunitarios disponibles; se puede implementar con éxito, incluso si los recursos son limitados

Los bebés, niños, adolescentes y jóvenes son pacientes muy especiales y más aún en lo que respecta al proceso paliativo y de final de vida. Es tan específico y especializado su enfoque y abordaje que precisa, por sí mismo, una hoja de ruta, un cuidado diferente. Desde esta perspectiva,

 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>
		<b>Página</b> Página 9 de 60

la atención paliativa pediátrica debería siempre respetar los derechos contemplados en la Carta de Trieste "Carta de los Derechos del Niño en el Final de Vida" (2014) porque, toda atención paliativa pediátrica, es un canto a la vida que se traduce en prolongar al máximo la calidad y el bienestar de los pacientes y su entorno, y por ende, su felicidad.

Los motivos que hacen que los cuidados paliativos pediátricos tengan características especiales son los siguientes:

- Ante la proximidad de la muerte del niño, tanto la familia como el profesional sanitario no están preparados, llevando al fallecimiento del niño en el entorno hospitalario.
- La incertidumbre que se produce al considerar cuanto tiempo de vida le queda al niño enfermo, puede impedir y obstaculizar la implementación e integración de los cuidados paliativos.
- La formación de los profesionales en la atención integral del niño en el final de su vida sigue siendo deficiente, además, son escasas las leyes que defiendan y protejan a los sanitarios en la toma de decisiones para la asistencia del niño enfermo y su entorno
- La realidad a la que se enfrenta la sociedad en la actualidad, es la de que los niños mueren, sin embargo, sigue existiendo la creencia popular de que la medicina puede curar cualquier enfermedad. Esta consideración lleva muchas veces a que la familia rechace una transición hacia intervenciones cuyo objetivo sea mejorar la calidad de vida y no la curación.

### **OBJETIVOS GENERALES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

1. Atención integral individualizada y continuada, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Si bien son los síntomas físicos los que más demandas de cuidados tienen, no se debe olvidar mantener un enfoque holístico del paciente que abarque las distintas vertientes del mismo.

2. El niño enfermo y la familia son la unidad a tratar. Dar especial soporte a los padres y hermanos, estos últimos suelen ser los grandes olvidados. Es preciso reconocer al individuo no solo de forma individual y aislada, sino ampliando esta faceta al ámbito familiar y social, en el que se desarrolla plenamente como ser humano.

3. La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Especialmente en el caso de niños mayores y adolescentes, donde debe ser tenida muy en cuenta sus opiniones y deseos.

4. La actitud terapéutica debe ser rehabilitadora y activa. Debe facilitarse, todo lo posible la permanencia en el domicilio, evitando la hospitalización de los pacientes. Así mismo, debe favorecerse el mantenimiento de las actividades diarias (especialmente las más placenteras) que viniera realizando hasta la fecha, adaptándose a las limitaciones de cada paciente en cada momento.

5. Importancia del "ambiente". Una "atmósfera" de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas. No sólo considerando el ambiente como lugar físico sino incluyendo en el mismo la relación entre el paciente y familia con el equipo sanitario. La relación médico-paciente, basada en la confianza mutua y la cercanía, facilita enormemente la resolución de problemas especialmente en las fases finales de la vida.

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>
		<b>Página</b> Página 10 de 60

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

- **Acceso a servicios especializados con personal cualificado:** deben ser capaces de satisfacer las necesidades del niño y su familia a lo largo de la enfermedad y el duelo si fuera necesario.
- **Atención holística y centrada en la familia:** orientados a mejorar la calidad de vida del niño y su familia.
- **Evaluación y manejo de los síntomas:** evitar el sufrimiento innecesario.
- **Comunicación e información:** una comunicación clara y abierta entre los profesionales, el niño y su familia debe ser un requisito indispensable, ayudando a tomar las mejores decisiones en cuanto a opciones de tratamiento se refiere.
- **Una estrategia interdisciplinar.**
- **Cuidados de respiro:** los padres de niños enfermos necesitan de tiempo para atender sus propias necesidades. Personal cualificado será el responsable de proporcionar cuidados a los niños enfermos y así permitir a sus familias un descanso necesario.
- **Apoyo a los cuidadores:** los profesionales deben estar protegidos y apoyados para evitar el desgaste profesional.
- **Educación y formación de los profesionales sanitarios.**
- **Concienciación pública:** en general la población desconoce los cuidados paliativos y los beneficios que los mismos pueden aportar a la sociedad.
- **Monitorización e indicadores:** identificar los indicadores de calidad, la eficacia y eficiencia deben ser una parte integral

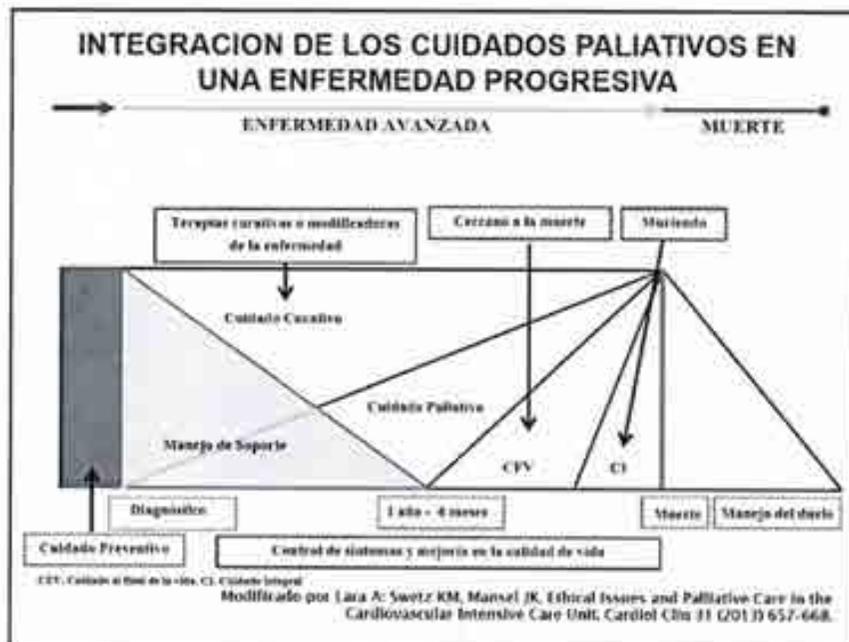
### CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

- Los cuidados paliativos pediátricos requieren una atención especial.
- Disponer de un equipo multidisciplinar formado en la atención pediátrica. <sup>11</sup>
- Al ser bastante frecuente la afectación de enfermedades raras, el pediatra de Atención Primaria debe estar en permanente contacto con el médico especialista que trata la enfermedad principal del niño y adolescente, con el fin de gestionarla con éxito. <sup>12</sup>
- No pensar nunca en el niño y adolescente como un adulto en miniatura sino como lo que son con independencia de su enfermedad y contexto. En escenarios complejos e impredecibles los CPP deben ser pensados como una primera opción que puede incrementar la calidad de vida y el bienestar psico-emocional de niños, adolescentes y familiares. También los bebés prematuros deben gozar de una buena atención paliativa integrándose dentro del equipo a la Unidad de Neonatología. <sup>13</sup>
- Finalmente, es importante recordar que los CPP pueden durar largo tiempo por el avance de los tratamientos y dispositivos tecnológicos. Esto, debe sensibilizar aún más al pediatra en

 <b>CENTENARIO HOSPITAL</b> <b>MIGUEL HIDALGO</b>	Fecha de emisión: Diciembre 2020	Área Responsable: Departamento de Oncología y Radioterapia
	Fecha de Revisión: Octubre 2021	Tipo de Documento: Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CHMH-DM-OR-11-CPP Página Página 11 de 60

relación al cuidado, seguimiento y atención continuada de los miembros del núcleo familiar (padres, madres, pero también hermanos y hermanas).

### INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS



Se distinguen diferentes aspectos que debemos considerar en la atención a los pacientes pediátricos:

- Se prestan en una amplia variedad de enfermedades cuya duración es impredecible, siendo muchas de ellas catalogadas como raras y de carácter familiar.
- Existen una variabilidad amplia en las edades de los pacientes puesto que la atención comienza en la fase prenatal con el diagnóstico de enfermedades limitantes o letales, continuando en el periodo neonatal hasta adultos jóvenes que requieren atención pediátrica.
- Los tratamientos farmacológicos están desarrollados, autorizados y formulados para los pacientes adultos, siendo más complicada su prescripción en la población pediátrica.
- El número de casos en pediatría es mucho menor que en pacientes adultos.
- El hecho de que los niños estén en desarrollo físico, emocional y cognitivo afecta a cada uno de los aspectos de sus cuidados.
- Tanto la familia como el niño son una única unidad de atención, siendo los padres los máximos responsables en la toma de decisiones y los cuidadores principales de sus hijos.
- Conlleva una implicación emocional de todo el entorno del niño debido a lo difícil que resulta aceptar el fracaso del tratamiento y la proximidad de la muerte.
- Existe una aflicción y duelo grave y prolongado en tiempo, siendo muy complicado.
- A veces existen conflictos entre la ética, la legislación y la conducta profesional ya que debido a que siendo los padres referentes legales a menudo no se respetan ni

 <b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>
		<b>Página</b> Página 12 de 60

consideran los derechos legales y deseos del niño a la hora de elegir. Se produce una ruptura social del niño y su familia a lo largo de su enfermedad

#### **MODELO DE ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS PARA CHMH**

	<b>TERCER NIVEL DE ATENCIÓN</b>
<b>TIPO DE POBLACIÓN</b>	1. Se atiende a pacientes y familiares que enfrentan una enfermedad limitante para la vida, para control de síntomas de alta complejidad. 2. Se brinda atención a pacientes con síntomas refractarios, procedimientos médicos de alta especialidad.

 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CHMH-DM-OR-11-CPP
		Página Página 13 de 60

	<p>3. Se atiende a pacientes que presentan alguna situación de urgencias paliativas.</p>
<b>RECURSOS HUMANOS ESPECÍFICOS</b>	<p>1. Contamos con personal adscrito exclusivo para atención en hospitalización y consulta externa, con fines de asistencia, docencia e investigación, de cuidados paliativos.</p> <p>2. se cuenta con equipo completo: médico, enfermera, psicólogo, nutriólogo, trabajador social, y terapeuta físico, con formación en Cuidados y Medicina Paliativa, para brindar apoyo al segundo y primer nivel de atención.</p> <p>3.-Servicios interconsultantes, con oncomédico, oncoquirúrgico, radionco, urgencias y pediatría.</p>
<b>COMITÉ DE BIOÉTICA</b>	<p>Medico Oncólogo Pediatra Radio Oncología Pediatra Medico Paliativista Algologo Psicóloga Nutrióloga Terapeuta física. Tanatóloga Sesiones se llevan a cabo todos los viernes de 9 a 11 am</p>
<b>INFRAESTRUCTURA E INSUMOS</b>	<p>-Se cuenta con consultorio de consulta externa para atención específica paliativa. -Cuatro consultorios para atención psicosocial. Se dispone de espacio específico para atención multidisciplinaria y de malas noticias. Dentro de la consulta psicológica se brinda acompañamiento en el duelo por enfermedad, duelo anticipado, duelo ante desenlace. - Dos camas para manejo de control de dolor y síntomas -Cinco camas en urgencias. - Se cuenta con el apoyo de la Unidad Móvil de Cuidados Paliativos, para seguimiento y control de pacientes que por sus condiciones no pueden trasladarse a la unidad hospitalaria. Sala de juntas</p>

### **INSTRUMENTOS BÁSICOS**

La calidad de vida y confort de nuestros pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los Cuidados Paliativos, cuyos instrumentos básicos son:



**CENTENARIO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO**

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

**LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

CHMII-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 14 de 60

- Control de síntomas: Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, disnea, etc.), en otros será preciso promocionar la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.).
- El equipo interdisciplinar deberá tener en cuenta las siguientes consideraciones:
  - Tener una visión integral de la enfermedad y del propio enfermo-familia.
  - Conocer y aceptar los criterios de admisión del paciente pediátrico en la unidad de Cuidados Paliativos.
  - Tener coherencia y persistencia en la metodología de trabajo.
  - Coordinación y cooperación entre los miembros.
  - Tener objetivos comunes y compartidos. Estrategia de intervención única.
  - Mensajes coherentes por parte de todos los miembros del equipo hacia la unidad paciente-familia.
  - Aceptación mutua.
  - Grupo confiable y dispuesto a aceptar las diferencias entre sus miembros.
  - Tener una actitud profesional determinada y unos valores morales.
  - Buscar la excelencia profesional, la mejora y la formación continua.

El trabajo en equipo requiere confianza entre todos los miembros. Es necesario construir una buena relación de comunicación entre todos los miembros para evitar dificultades en el funcionamiento del equipo. La toma de decisiones conjunta por parte del equipo, permite consensuar decisiones que sean más eficaces en todo momento (cooperación horizontal). Escuchar a lo que los compañeros tienen que aportar desde su perfil profesional puede favorecer su labor.

La atención debe hacerse hacia el niño y sus progenitores, como un todo indivisible; teniéndolos en cuenta pueden ser los mejores aliados del equipo. El trabajo en equipo aporta seguridad y valor a los profesionales asistenciales. Se pueden resolver las dificultades y conflictos con la implicación de los profesionales del equipo, el diálogo continuado y con medidas organizacionales que favorezcan la valoración el trabajo de los profesionales y el intercambio. El trabajo en equipo debe estar presente en todos los momentos de la atención al menor y su familia, en todos los niveles asistenciales y por parte de todos los profesionales.

Es necesario tener en cuenta las vivencias de los hermanos del niño y que el equipo pueda apoyar y acompañarlos en el proceso.

**SENSIBILIDADES PROFESIONALES PARA TRABAJAR EN EQUIPO EN CUIDADOS**

	<b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Area Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
		<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>	<b>Página</b> Página 15 de 60

<b>Sensibilidades generales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hacia la persona en su totalidad (enfoque holístico).</li> <li>● Hacia el problema del dolor (sensación física) y las molestias, el sufrimiento (angustia mental o espiritual, distrés psicológico).</li> <li>● Hacia una comunicación abierta, honesta y mutua.</li> <li>● Hacia la autonomía del individuo. Un niño también puede decidir según su nivel de comprensión, sobre algunas cuestiones.</li> <li>● Hacia las necesidades individuales. Hacia las diferencias culturales, para comprender la experiencia de enfermedad.</li> <li>● Hacia los objetivos de tratamiento, para proporcionar el alivio y la comodidad posibles.</li> </ul>
<b>Sensibilidades especificas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hacia la familia.</li> <li>● Hacia los diferentes grupos de edad y poblaciones.</li> <li>● Hacia uno mismo, como profesional de la salud.</li> </ul>

#### **CONDICIONES QUE AMERITAN LA INTERVENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS**

<b>Grupo 1</b>	Enfermedades con un tratamiento curativo posible que puede fallar. No	Niños con cáncer avanzado o de pobre pronóstico, enfermedades congénitas
----------------	---	--



**CENTENARIO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO**

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

**LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

CIEMI-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 16 de 60

Condiciones que amenazan la vida	ingresarían los niños con remisiones prolongadas o cuando el tratamiento curativo ha sido eficaz.	cardiacas complejas, fallo orgánico cardíaco, renal, hepático.
<b>Grupo 2</b> Condiciones que limitan la vida	Condiciones en las cuales la muerte es prematura e inevitable, pero a causa del tratamiento intensivo se puede prolongar la vida con una participación normal durante largos periodos. Los tratamientos son invasivos y altamente tecnificados para prolongar la vida o para proveer una aceptable calidad de la misma.	SIDA, Fibrosis quística, desórdenes gastrointestinales severos, epidermólisis bullosa, inmunodeficiencias severas, insuficiencia renal en las que ni la diálisis o el trasplante tienen indicación o se pueden efectuar, insuficiencia respiratoria severa o crónica (EPOC).
<b>Grupo 3</b> Condiciones que limitan la vida	Condiciones progresivas sin opción curativa, en las que el tratamiento es exclusivamente paliativo, se aplica desde el inicio y se prolonga durante muchos años	Mucopolisacaridosis, enfermedades neuromusculares, enfermedades metabólicas, anomalías cromosómicas como la trisomía 13 o 18, formas severas de osteogénesis imperfecta.
<b>Grupo 4</b> Condiciones que limitan la vida	Condiciones irreversibles, pero no progresivas que causan vulnerabilidad extrema. En un primer momento no impresiona que esta enfermedad será causa de muerte, pero abruptamente debe ponerse en marcha el enfoque paliativo.	Prematuridad extrema, secuelas neurológicas de enfermedades infecciosas, injuria hipóxico-isquémica, malformaciones del Sistema Nervioso Central.

**CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**

Paciente en fase terminal, con las siguientes características:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.</li> <li>- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.</li> <li>- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.</li> <li>- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.</li> <li>- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.</li> </ul>
--	--

**PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO PARA BRINDAR CUIDADOS PALIATIVOS**

**PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS**

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia	
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos	
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>	<b>Página</b> Página 17 de 60

La evaluación se deberá iniciar desde el momento en que se recibe por primera vez al niño/ adolescente y a la familia y continuará con revisiones frecuentes como parte de la rutina del cuidado, sin esperar que ocurran las crisis para hacerlo. Para comprender cómo la enfermedad está afectando al niño desde diversos aspectos, será útil revisar los informes hospitalarios, de enfermería, psicólogos, etc., y empezará por la actitud del profesional, que procurará dar una buena impresión y mostrar interés, lo que facilita a la familia aceptarlo como una persona preparada para ayudarles de forma honesta.

La planificación de cuidados determina como proporcionarlos de una manera organizada e individualizada según el estado del paciente, la aparición de los síntomas, su pronóstico y calidad de vida, rehaciéndose según se necesite. Los objetivos del cuidado procurarán ser realistas y a corto plazo. Su selección se hará con criterios de precisión, relevancia, pertinencia y capacidad de intervención, ya que la situación de estos pacientes cambia de forma rápida y continua. Se tendrán en cuenta los recursos de los que disponemos: entorno, material, cuidadores.

Es básico contar con la opinión del paciente (si la edad lo permite) y de la familia a la hora de planificar los cuidados y crear un clima de confianza para orientarles sobre cómo hacerlo para que puedan exponer sus dudas y temores. Se usará un lenguaje coloquial, sencillo, indicándoles de forma progresiva los cuidados más relevantes en ese momento. Al trabajar en el domicilio hay que indicar a la familia qué síntomas pueden aparecer y qué deben hacer en cada caso, pues disponer de esta información les tranquiliza. Las instrucciones se dejarán además por escrito para que puedan consultarlas.

Un elemento clave para dar soporte adecuado a estos pacientes es establecer con ellos una buena comunicación pidiéndoles que nos indiquen sobre cómo le gustaría que se les apoye, qué es lo que quieren conocer, dándoles posibilidades de elegir entre varias opciones cuando sea posible. La evaluación es más difícil en niños, más aún si padecen enfermedades limitantes, dificultades del lenguaje y otros trastornos diferentes del cáncer.

Es importante desde la primera reunión:

**1. Mantener al niño y adolescente en el centro de la atención.** Confíe en ellos, respete su autonomía en temas de confidencialidad y consentimiento. Desde muy temprana edad, los niños pueden dar información sobre su capacidad funcional, siempre que se encuentren en un ambiente apropiado, se respeten sus puntos de vista y puedan describir sus sentimientos y necesidades. Se hablará con el niño en un lenguaje simple apropiado al desarrollo y capacidad cognitiva. Si hace preguntas, se procurará contestarle de forma honesta, sin darle información sobre aspectos que no demanda. Los pacientes encontrarán más fácil hablar mientras dibujan o hacen otra actividad. A veces prefieren hacerlo en una forma abstracta, por ejemplo: en un cuento o cuando juegan.

**2. Escuchar de forma activa.** El niño/adolescente y la familia le hablarán sobre sus ideas, temores y necesidades que debemos conocer para elaborar un buen plan de manejo y tratamiento. Hay que promover la expresión de sus emociones porque los niños necesitan saber que pueden expresar sus sentimientos sin alterar a los que están a su alrededor. No rechace sus creencias a menos que sean potencialmente dañinas. La exploración de las necesidades de los niños sin capacidad de comunicación verbal (alteraciones cognitivas, sensoriales, lactantes, etc.), se basará en la entrevista a la familia y en la paciente observación del profesional.

**3. Identificar la situación de la familia del niño, su estructura y dinámicas.** Procure conocer si los padres trabajan, sus posibles cuidadores, su cultura y su ambiente y los diversos miembros que conviven en el hogar.



## CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

### LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

CHMH-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 18 de 60

- 4. Procurar mantener al hogar como centro y el modelo de cuidado.** Cuando sea posible mantenga al niño en su casa y conozca quién es el cuidador principal.
- 5. Pedir a la familia y al niño/adolescente que nos relaten cómo es un día normal** desde que se levantan hasta que se acuestan, porque ello les ayuda a desarrollar confianza y reducir la vergüenza con el médico.
- 6. Establecer la capacidad funcional del niño/adolescente** y lo que necesita hacer para llevar una vida completa y saludable.
- 7. Revisar y revisar.** Las necesidades de un niño y de su familia pueden cambiar rápidamente en la última etapa, por lo que vale la pena controlarlas con cierta regularidad. Si puede, involucre a los amigos de los niños en las visitas porque ello facilita la expresión de sus sentimientos de temor, ira o tristeza. Evite el aislamiento social, pero deje tiempo para su privacidad.

### ÁREAS A EVALUARSE EN EL CUIDADO PALIATIVO PEDIÁTRICO

Estado de salud del niño. Crecimiento y desarrollo físico. Bienestar físico y mental.	Libertad del dolor y enfermedad, estado nutricional, vacunaciones, controles regulares de salud.
Educación. Áreas del desarrollo cognitivo desde el nacimiento a la madurez.	Oportunidades de jugar e interactuar con otros niños, acceso al aprendizaje, adquisición de destrezas e intereses, logros y éxitos, entretenimientos.
Desarrollo emocional y conductual. Su respuesta frente a padres y cuidadores conforme crece.	Naturaleza y calidad de apegos tempranos. Características del temperamento. Respuesta al estrés, Grado de autocontrol apropiado.
Identidad. Sentido de sí mismo como una entidad separada y valorada.	Visión propia del niño y de sus capacidades. Autoimagen y autoestima. Sentido positivo de individualidad. Sentimientos de pertenencia y aceptación (por familia, grupo o sociedad más amplia), raza, religión, género e incapacidad que contribuyen a ello.
Relaciones familiares y sociales. Desarrollo de la Empatía y la capacidad de "ponerse en los zapatos de los otros".	Relaciones estables y afectivas con padres o cuidadores. Buenas relaciones con hermanos. Amistades apropiadas a su edad y con otras personas significativas. Respuesta de las familias a estas relaciones.
Presentación social	Vestido apropiado a su edad, género, cultura y religión. Limpieza e higiene personal. Disponibilidad de consejo de padres o cuidadores sobre la presentación.
Historia familiar y funcionamiento	Factores genéticos y psicosociales. Quién vive en su hogar y cómo se relaciona con el niño. Cambios significativos en la composición familiar. Cronología de eventos significativos vitales. Naturaleza del funcionamiento familiar, procesos de decisión, jerarquías.
Alojamiento	Facilidades básicas y comodidades. ¿Es accesible a las necesidades del enfermo?
Integración familiar social	La vecindad y la comunidad: su impacto sobre los niños y padres.

 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	Fecha de emisión: Diciembre 2020	Área Responsable: Departamento de Oncología y Radioterapia
	Fecha de Revisión: Octubre 2021	Tipo de Documento: Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CHMH-DM-OR-11-CPP Página Página 19 de 60

	Grado de integración o aislamiento, sus grupos familiares y redes sociales importantes.
Recursos comunitarios	Facilidades y servicios en la vecindad, incluyendo centros de salud, escuelas, iglesias, transportes, tiendas y diversión.

### **INTERVENCIONES DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Son diversas las intervenciones de tipo paliativo, sin embargo y aunque puede ser difícil, siempre hay que distinguir entre una medida paliativa y un exceso terapéutico.

#### **Medidas básicas de confort**

Son cuidados encaminados a mantener el bienestar en todo momento. Pueden ser proporcionados en casa o en el hospital, pero muchas veces se omiten debido a las rutinas hospitalarias o a la falta de condiciones para proporcionarlas.

Incluyen medidas tales como procurar un ambiente tranquilo, sin ruido o estímulos estresantes; proporcionar compañía el mayor tiempo posible; mantener eutermia dentro de lo razonable, optando por el uso de medicamentos y no medios físicos que pueden generar sufrimiento; promover el juego y la distracción, tratando de respetar siempre las preferencias del niño (comida, tipo de actividades, quien lo acompañe, etc.).

#### **Soporte nutricional**

Los pacientes con neoplasias malignas en fase terminal, cursan con frecuencia con estados de desnutrición y son pacientes de alto riesgo para la pérdida de peso.

Tradicionalmente, el problema de la pérdida de peso relacionada con cáncer en niños se maneja con suplementos dietéticos y estimulantes del apetito, sondas para alimentación enteral o con alimentación parenteral. Sin embargo, en el paciente cuya neoplasia se encuentra en fase terminal, el objetivo primario no es recuperar el estado nutricional, sino evitar que se siga perdiendo peso y que la progresión de la enfermedad lleve al paciente a un estado de caquexia, tratando al mismo tiempo de proporcionarle placer y bienestar con la comida. Por ello, no se recomienda una terapia nutricional agresiva, sino dieta a complacencia.

La elección del método de alimentación debe individualizarse tomando en cuenta el grado de desnutrición, el estado neurológico (conciencia, mecanismo de la deglución), las condiciones de la cavidad oral y funcionalidad del tracto digestivo (mucositis, abscesos periodontales, esofagitis, gastritis, colitis neutropénica, oclusión intestinal), la cantidad real de alimento ingerida por el paciente y el comportamiento de la curva ponderal.

Siempre que el tubo digestivo sea funcional hay que intentar la alimentación por boca ofreciendo dieta a complacencia, fraccionada en varias tomas de cantidades pequeñas y servida en platos pequeños, hay que ofrecer alimentos favoritos y alimentos acordes con la sintomatología del paciente. Así, los pacientes que presentan náusea aceptan mejor alimentos frescos y crocantes; en casos de diarrea es recomendable emplear dieta blanda, sin lactosa, baja en lácteos y baja en fibra; para el estreñimiento se sugieren abundantes líquidos, jugos y dieta alta en fibra; los líquidos son mejor aceptados con popote y en todos los casos se recomienda rotar sabores.

	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020.	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia	
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos	
<b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>	<b>Página</b> Página 20 de 60
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>			

La falta de apetito es a veces un síntoma persistente y muchas veces se requieren otras intervenciones nutricionales como el empleo de sondas de alimentación o alimentación parenteral, esta última sólo en casos muy especiales.

Si la ingesta del paciente es limitada y particularmente si persiste la pérdida ponderal, se puede colocar una sonda para alimentación. Las sondas de alimentación deben ser preferentemente de silicón y de instalación nasogástrica para permitir que el paciente mastique y disfrute los alimentos. la elección del calibre depende de la edad y tamaño del niño, y si bien las sondas conllevan riesgos, pueden permanecer hasta por 6 meses. En los casos en que el estado neurológico esté severamente comprometido y no permita una deglución adecuada o se proyecte una permanencia muy prolongada, es conveniente colocar sondas de gastrostomía y en las raras situaciones en que exista obstrucción gástrica la sonda se coloca por yeyunostomía.

La alimentación parenteral se reserva para un limitado grupo de pacientes en los que es imposible la alimentación enteral debido a mucositis grave, esofagitis, obstrucción gástrica o intestinal, pancreatitis, colitis neutropenia, entre otros.

**Para un abordaje adecuado de los síntomas es necesario:**

– **Evaluación etiológica:** es primordial establecer la causa del síntoma para su correcto manejo, ya que nos permitirá tomar medidas para eliminar dicha causa (si esto es posible) y de no serlo nos permitirá encontrar la mejor opción para paliarlo. Así deberá esclarecerse si el síntoma es atribuible a la enfermedad neoplásica, a los tratamientos recibidos o si bien no tiene relación con ellos.

– **Valorar la relación daño/beneficio** a la hora de tratar un síntoma, teniendo en cuenta la situación clínica, la fase evolutiva del paciente y cuanto repercute el mismo en su confort.

– **Iniciar el tratamiento lo antes posible y realizar un seguimiento de la respuesta al mismo.** Cuanto antes se identifiquen y se establezcan medidas para eliminar un síntoma, con mayor frecuencia tendremos éxito en nuestro cometido y precisando, en la mayoría de los casos, intervenciones más sencillas. Así mismo, es importante mantener una actitud de vigilancia sobre el síntoma, tanto para incrementar la intensidad de nuestras medidas cuando éstas sean insuficientes como para interrumpirlas si ya no se precisaran o no dieran el resultado pretendido.

– **Elegir tratamientos de posología** fácil de cumplir, adecuar la vía de administración a la situación del paciente y mantener la vía oral siempre que sea posible.

– **Evitar la polimedicación y no mantener medicamentos innecesarios.** "No todo precisa medicación"

**RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS**

- Procurar evitar los fármacos tanto como sea posible: considerar opciones no farmacológicas y prescribirlas solo si existe una clara identificación.
- Simplificar los regímenes, para evitar dar los fármacos en el tiempo de la escuela.

 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia	
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos	
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>	<b>Página</b> Página 21 de 60

- Adquirir familiaridad con el uso de un limitado número de fármacos y sus efectos.
- Controlar los cálculos de dosis. Los niños/adolescentes serán implicados (según su edad y comprensión) en las decisiones sobre la toma de fármacos.
- Los niños tienen más riesgo de errores de medicación por falta de datos basados en la evidencia, la diversidad y rareza de algunas condiciones.
- La dosis por la edad puede ser engañosa, en especial en cuidados paliativos, por lo que se prefiere dosificar más en relación al peso corporal que por la edad. No deben exceder las dosis altas de adultos.
- Tener mucho cuidado en el periodo neonatal (prematuridad y primeros 28 días de vida) porque es inmadura la función renal, hay alteraciones de las enzimas hepáticas y los volúmenes de distribución diferentes aumentan la vida media de muchos fármacos. Los niños y adolescentes pueden metabolizar ciertos fármacos más rápidamente que los adultos y los niños de más de 6 meses, pueden necesitar dosis más altas de morfina que las esperadas a su tamaño.
- La forma líquida puede ser más fácil de administrar que tabletas o cápsulas, más aún cuando los infantes se sienten mal y/o tienen disfagia. Algunos niños prefieren el sabor de las tabletas a jarabes. No se debe triturar los comprimidos retardados porque acelera su absorción y la liberación del fármaco y puede ser muy peligroso.
- Los cambios fisiológicos que acontecen al final de la vida determinan variaciones en la farmacocinética (ej, una situación de hipoperfusión intestinal por bajo gasto cardiaco de nueva aparición disminuirá la absorción de fármacos administrados por vía enteral en un paciente con encefalopatía e hipoxemia por infección respiratoria grave).
- Se prescribirán los fármacos según su licencia, sin embargo, como en los cuidados paliativos de adultos, hay ocasiones donde es necesario prescribir fármacos off-label, esto es, fuera de las indicaciones aprobadas y/o rutas de administración.
- Hable al niño antes y después de cada procedimiento y explíquelo su utilidad en su lenguaje, permitiéndole elegir cuando sea posible el tiempo, el sitio.
- Use medidas de distracción, cuentos, canciones durante el procedimiento y medidas físicas como el tacto delicado o el masaje posteriores.
- La vía intramuscular es muy molesta en niños y deberá evitarse. La subcutánea es más apropiada y aceptable. Es de elección en infusiones continuas si no hay acceso venoso.

### RELEVANCIA DE LOS OPIÁCEOS EN LA FARMACOLOGÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

- Los opiáceos constituyen la base del control del dolor en cuidados paliativos.

**LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

- En la respuesta a los opiáceos existe una amplia variabilidad individual, no siendo predecible el nivel plasmático que se alcanzará con una misma dosis. Esta gran variabilidad no complica la terapéutica pues en un mismo individuo la cinética del fármaco y su acción son relativamente estables.
- En la mayoría de los fármacos hay una relación directa entre la dosis administrada inicialmente, los niveles plasmáticos y el efecto farmacológico. Esto no sucede con los opiáceos, donde la dosis necesaria viene marcada por: a) las características farmacocinéticas y farmacodinámicas del fármaco; b) las características del dolor, incluyendo: tipo de dolor en cuanto a intensidad (leve a severo), ritmo de presentación (no irruptivo o irruptivo) y del mecanismo de producción (nocioceptivo somático o visceral vs. neuropático); c) el momento evolutivo en cuanto a maduración del niño; d) la genética del niño, que condiciona a su vez su dotación enzimática responsable final de la farmacocinética y de la dotación de receptores.
- Para la correcta utilización de los opiáceos se debe titular su dosis, sin criterios rígidos, según las necesidades del paciente, manteniendo el equilibrio entre el efecto deseado y la tolerancia al fármaco, para lo que es necesario tener unos conocimientos generales de sus características farmacológicas.
- Situaciones especiales: **insuficiencia renal:** Cuando se sospecha insuficiencia renal, debería determinarse la función renal antes de prescribir un fármaco. En la práctica habitual ésta se basa en los niveles de creatinina, pero para que se eleve por encima de los niveles de referencia, precisa que el aclaramiento de creatinina caiga un 50%, con una baja sensibilidad diagnóstica para las fases iniciales de la insuficiencia renal. El aclaramiento de orina en 24 horas también presenta limitaciones en adultos por lo que se suele recurrir a fórmulas para estimar el filtrado, que no son útiles en niños. Por lo general, las dosis de los fármacos no deben ser modificadas si el aclaramiento de creatinina es superior a 50 ml/h. en insuficiencia renal es recomendable el uso de fármacos sin metabolitos activos, como fentanilo o buprenorfina y, teóricamente la metadona, aunque ésta no se recomienda al ser de uso más complejo.
- Situaciones especiales: **insuficiencia hepática:** A diferencia de lo que ocurre con la insuficiencia renal no hay marcadores analíticos que de forma aislada nos sirvan de referencia para valorar la situación hepática, órgano que mantiene su función hasta fases muy avanzadas de afectación. La insuficiencia hepática ensombrece más el pronóstico vital del que ya tiene expectativas de vida limitadas por una enfermedad terminal. Se recomienda evitar los fármacos hepatolesivos, como los AINEs. En pacientes con cirrosis hepática severa, los niveles plasmáticos de la morfina se incrementan por lo que se debe ajustar sus dosis, mientras el fentanilo y la metadona no se ven afectados de forma significativa.

**DOSIS DE RESCATE**

Las características farmacocinéticas de cada fármaco condicionan su utilización por lo que cuando se desean utilizar dosis aisladas o bolos para el control de síntomas, elegiremos el fármaco en función de unas características específicas:

1. **Dosis de rescate: vía de administración-inicio de la acción:** Como se ha visto en la curva concentración plasmática-tiempo, el inicio Farmacología en cuidados paliativos. Aspectos relacionados con los medicamentos de la acción farmacológica depende de la vía de administración.

 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Area Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CITHI-DM-OR-11-CPP
		<b>Página</b> Página 23 de 60

La vía parenteral es la más rápida, le sigue la transmucosa y finalmente la oral con compuestos de liberación inmediata.

**2. Dosis de rescate: tiempo para valorar el efecto y repetición del rescate:** La valoración clínica del efecto de una dosis se puede hacer cuando se alcanza la CME, sin esperar la Cmax. De esta forma, si estamos tratando un paciente con opiáceos, la prescripción de dosis extra o de rescate para el control del dolor en momentos puntuales es con fármacos de actuación rápida y se evalúa la necesidad de otra dosis cuando llega a CME. En el caso del fentanilo transmucoso cada 15-30 minutos; y en la morfina oral de liberación sostenida, cada 1 hora.

**3. Dosis de rescate: dosis.** En general para la mayoría de los opiáceos la dosis de rescate en pacientes virgenes de opiáceos es la dosis mínima eficaz y en los que ya los están recibiendo entre 1/6 y 1/10 de la dosis opiácea diaria basal, salvo con el fentanilo transmucoso que precisa una titulación individualizada de la dosis de rescate.

**4. Dosis de rescate: número.** Este aspecto no tiene una base farmacocinética, sino clínica. No hay un número máximo de dosis de rescate diarias; es más, limitar el número equivale a pedirle al paciente que siga con dolor. Se considera que un paciente tiene su dolor controlado cuando precisa menos de 3 dosis de rescate al día con buen control del dolor. Más de 3 dosis al día o el uso continuo de varias dosis durante días, señalan un mal control de del dolor, que precisa un incremento de la dosis basal.

### VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

La base de los cuidados paliativos pediátricos es un adecuado control de los síntomas molestos con el empleo de medicamentos por varias vías de administración según las condiciones que presente el enfermo. En los elementos a tener en cuenta en la selección de la vía que da al paciente, la eficacia demostrada, la facilidad de utilización que sea lo menos agresiva posible y sus efectos indeseables.

**1. Vía Oral:** Es la vía de elección y más fisiológica en la administración de medicamentos, por su sencillez, comodidad, eficacia y seguridad, además es la que más autonomía proporciona al paciente, siempre que la forma farmacéutica esté disponible y sus condiciones lo permita. Sus desventajas son la existencia de numerosos factores que pueden afectar la absorción y la biodisponibilidad del fármaco. Existen circunstancias donde no es posible usar esta vía: 1) Intolerancia a los fármacos, náuseas y vómitos, disfagia, malabsorción u obstrucción intestinal; 2) Debilidad extrema, inconsciencia o coma; 3) Necesidad de sedar al paciente; 4) Situación agónica.

**2. Vía Nasogátrica o Nasoyeyunal (VNG-VNY):** La sonda nasogátrica o nasoyeyunal puede usarse en determinadas ocasiones cuando no es posible la deglución, pero si se prevé un uso continuado (> 3 meses) y se tiene un equipo sanitario adecuado, debe valorarse sustituirla por una sonda percutánea de gastrostomía. Se tendrá en cuenta que no pueden triturarse los preparados retardados, con cubierta entérica, cápsulas de gelatina blanda, fórmulas de absorción sublingual, grageas, etc., excepto cuando el recubrimiento es para evitar el mal olor o sabor o el principio activo es lábil a la luz, oxígeno y humedad. Los fármacos se deben administrar de forma separada con agua antes y después. No se machacarán las tabletas de presentación retardada, porque pueden acelerar su absorción, a veces de forma muy peligrosa, con la aparición de efectos secundarios.

**3. Vía Transdérmica:** Muy utilizada para el tratamiento del dolor, tanto en niños como en adultos, la transdérmica es una vía de administración que se ha ido extendiendo paulatinamente hasta llegar a competir con la vía oral en algunos países desarrollados. La absorción está limitada por las características físicas de la epidermis y aumenta si la epidermis está dañada o destruida. Se aconseja rotar la zona de aplicación. Los analgésicos disponibles en esta forma son el Fentanilo y

	<b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
		<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CHIHUI-DM-OR-11-CPP	Página Página 24 de 60

Buprenorfina, que tienen una liberación gradual que permite intervalos largos de administración, inicia su efecto a las 8-12 h y se prolonga hasta 72 h. Son fármacos seguros en insuficiencia renal. Su absorción es constante, aunque puede estar interferida por algunas situaciones, como la fiebre. El Fentanilo transdérmico es muy utilizado, pero necesita un manejo muy cauteloso con las dosis, pues su presentación empieza a partir de los 12 mcg/h.c/3 días, por lo que es fácil causar sobre dosificaciones en niños. La ratio de conversión con la Morfina oral a Fentanilo transdérmico es de 100:1. El dolor no aliviado por la morfina no lo será por el fentanilo

**4. Vía Transmucosa, Bucal, Sulingual y Nasal:** La vía transmucosa ofrece ciertas ventajas sobre la vía oral en relación a la absorción de fármacos y un aumento de la biodisponibilidad, ya que el fármaco pasa directamente a la circulación sistémica evitando el metabolismo hepático, lo que les hace eficaces en 15 a 20 minutos. Su principal utilidad es el control del dolor irruptivo. El fármaco más usado es el fentanilo, que está disponible para ser usado por estas tres rutas. No hay presentaciones para niños pequeños, por lo cual su uso queda circunscrito a niños mayores. Estas presentaciones son muy caras y con escasa comercialización en países no desarrollados. La vía sublingual es también útil para la administración de fármacos ansiolíticos (Alprazolam o Lorazepam).

**5. Vía Rectal:** Es una alternativa a tener en cuenta en pediatría, pues es bien tolerada en niños pequeños con resistencia o dificultad a la deglución. Es simple, no requiere de un equipo adicional y preparación especial de los cuidadores. Su principal desventaja es que no es aceptable a muchos pacientes y puede ser inconveniente para los muy enfermos. La absorción de fármacos por esta vía es muy variable. Los fármacos pasan por la vía hepática y se utiliza para la administración de dosis puntuales. Previamente a la administración, el fármaco se pondrá en 10 ml. de agua caliente para asegurar la disolución si el recto está seco. Se evitarán las fórmulas que contengan alcohol/glicol porque pueden causar irritación rectal. Hay analgésicos no opiáceos y antipiréticos en presentaciones para estas edades y múltiples fármacos de uso oral que se absorben por esta vía.

**6. Vía Intramuscular:** No es una vía de elección y en general debe evitarse, siempre que dispongamos de otras rutas, porque no ofrece ninguna ventaja respecto a ellas. Es dolorosa y molesta en pacientes con enfermedad avanzada y caquexia donde el tejido muscular es escaso. Se utiliza generalmente sólo cuando la vía s.c. está contraindicada, si el fármaco es irritante a la piel, si el fármaco tiene un volumen grande o si la circulación cutánea está comprometida.

**7. Vía Subcutánea:** La vía subcutánea es la alternativa cuando falla la vía oral en el enfermo terminal. Es una vía sencilla y eficaz y cada vez está más extendida en los equipos de Cuidados Paliativos tanto domiciliarios como hospitalarios, tanto en niños como en adultos. Su efecto es un poco más lento que la IV y se aproxima más a la vía IM. Los fármacos por esta vía, como por otras parenterales, no tienen metabolismo hepático y tienen una elevada biodisponibilidad (100%). Es poco agresiva, no precisa hospitalización, preserva la autonomía del paciente, tiene pocos efectos secundarios. Indicada en:

- Situaciones de "urgencia", ya sea para administrar un bolo o en perfusión, cuando es preciso titular la dosis de un fármaco de forma rápida para el control de síntomas.
- Cuando no hay posibilidad de administrar la medicación vía oral:
  - ◆ Disminución del nivel de consciencia.
  - ◆ Intolerancia gástrica.
  - ◆ Imposibilidad para la deglución.

	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>Página</b> Página 25 de 60

- ◆ Náuseas y vómitos persistentes.
- ◆ Debilidad extrema.
- ◆ Obstrucción intestinal.
- ◆ Intolerancia a opioides por vía oral o necesidad de dosis altas de los mismos.
- ◆ Necesidad de una absorción del fármaco lenta y constante.
- ◆ Mayor efectividad de ciertos fármacos si se administran por esta vía.
- ◆ Situación de agonía.

#### VENTAJAS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA SOBRE LA VÍA ENDOVENOSA

- Técnica segura, sencilla y poco agresiva.
- No precisa hospitalización.
- Preserva la autonomía del paciente.
- Biodisponibilidad y efectividad cercana a la vía intravenosa.
- Menos efectos secundarios.
- Fácil utilización, incluso para el paciente y su familia.

#### COMPLICACIONES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

- Problemas en la zona de punción (eritema, induración, hematoma o absceso).
- Salida accidental de la mariposa.
- Reacción adversa al material.
- Menos efectiva en situaciones de edemas o mala perfusión periférica.
- Dolor si se administran más de 2 ml en cada infusión.

Está contraindicada la vía subcutánea en caso de edema generalizado, trastornos graves de coagulación, mala circulación periférica, en zonas de piel irradiadas, con infiltración tumoral o ulceradas y en caso de intolerancia, eritema, placas y dolor. Se rechazará cualquier preparación que presente precipitación o enturbiamiento. La ausencia de precipitación dentro de una mezcla de fármacos no es sinónima con la compatibilidad entre los fármacos en esa mezcla.

8. **Vía Intravenosa (IV):** Es una vía indicada en situaciones de urgencia cuando se necesita una respuesta terapéutica rápida, en presencia de una diátesis hemorrágica o enfermedad clínica grave, que requieran la hospitalización. Estas vías proporcionan al paciente una vía de acceso venoso rápida y segura, evita la canalización de vías periféricas y asegura vías de gran flujo con pocas complicaciones, aumentando así la comodidad del paciente. Estos dispositivos pueden usarse para: administración de quimioterapia, reposición hidroelectrolítica, transfusión de hemoderivados, extracción de analítica, administración de nutrición parenteral y para la administración del tratamiento sintomático en fases avanzadas de la enfermedad.



CHAMU  
CENTRO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO  
Contigo 100

## CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

### LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

CHIMI-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 26 de 60

#### MANEJO DE LOS SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES

##### ASTENIA

Es probablemente el síntoma más común, pero en muchas ocasiones es infradiagnosticado o no se toman suficientes medidas para paliarlo. Se estima una frecuencia del 70-100% según las distintas series y su tratamiento pasa principalmente por tratar la/s causa/s que lo produce (enfermedad, anemia, depresión, desnutrición, etc.). Por lo general es de origen multifactorial, lo que hace que sea un síntoma especialmente difícil de tratar.

##### ANSIEDAD



Contigo al 100

# CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Area Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

## LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

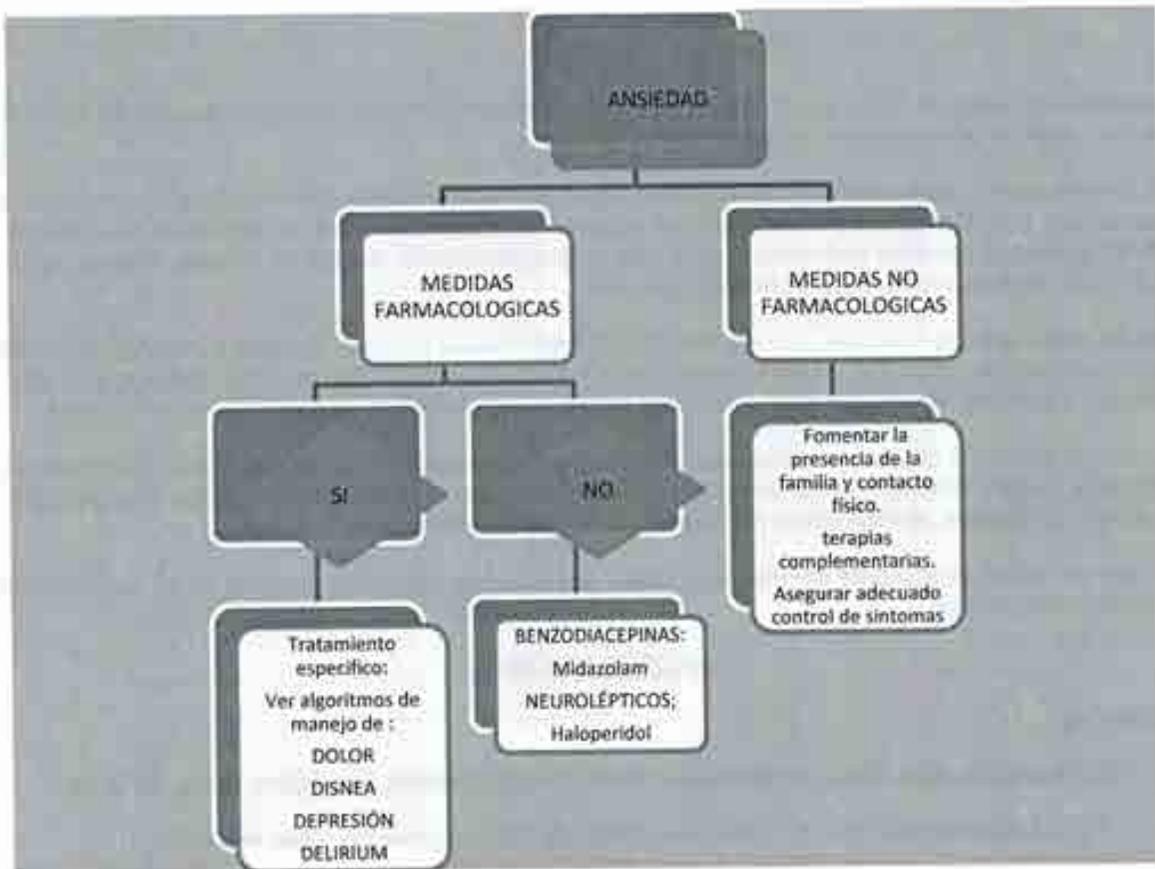
CHMH-DM-OR-11-CTP

Página  
Página 27 de 60

Existen varios trastornos de ansiedad. Los más frecuentes son:

Trastorno por ansiedad generalizada, en donde podemos encontrar inquietud, dificultad para concentrarse, insomnio, tensión muscular, entre otros.

Crisis de ansiedad: de aparición súbita, palpitaciones, taquicardia, taquipnea, temblores, opresión torácica, mareo, sensación de despersonalización, disnea, insomnio y diaforesis.



### ANOREXIA

Sintoma frecuentemente asociado al anterior y si bien su manejo pasa también por el tratamiento de la causa, si existen una serie de medidas que pueden paliarlo:

- Fraccionar la dieta en 6-7 tomas y flexibilizar los horarios.
- Usar dietas semiblandas o blandas que suelen ser mejor toleradas.
- No insistir en nutriciones muy hipercalóricas o hiperproteicas.

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	Fecha de emisión: Diciembre 2020	Área Responsable: Departamento de Oncología y Radioterapia
	Fecha de Revisión: Octubre 2021	Tipo de Documento: Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CIMH-DM-OR-11-CPP Página Página 28 de 60

- Uso fraccionado de líquidos (agua, infusiones, etc.), unido a cuidados frecuentes de la boca.
- Fármacos, como los corticoides (Dexametasona a dosis bajas, 0,1 mg/kg/día) o el Acetato de Megestrol (160 mg/día) puede mejorar el apetito.

El uso de medidas más invasivas (sonda nasogástrica o gastrostomía) debe evitarse en pacientes cuya expectativa de vida sea corta y debe quedar restringido a la presencia de problemas obstructivos altos.

### DISNEA

Se presenta hasta en 65% de los pacientes con enfermedad terminal, sin embargo, menos de 20% de los casos se benefician del tratamiento otorgado.

Es la sensación subjetiva de falta de aire y no necesariamente se acompaña de dificultad respiratoria, las causas son diversas y pueden estar directamente relacionadas con la neoplasia (metástasis, derrame pleural, tumores torácicos) o tener otro origen (neumonía, estado de choque, edema agudo pulmonar, anemia grave, causas psicógenas, etc.).

En los casos de que la disnea de un paciente con enfermedad terminal se deba a metástasis, no es recomendable la resección de las lesiones, pues generalmente los síntomas son debidos a su gran tamaño o número y la cirugía lejos de ofrecer beneficio aumentará la morbilidad y el sufrimiento.

En casos en que la causa sea derrame pleural, la punción evacuadora puede ser benéfica, teniendo presente que los procedimientos invasivos en este tipo de pacientes deben realizarse bajo sedación o anestesia general, si esto último no implica un alto riesgo de muerte.

El soporte ventilatorio puede ser necesario, pero siempre hay que tratar de evitar la intubación en la medida de lo posible.

### NÁUSEA Y VÓMITO

#### **Etiología**

- Por la enfermedad: HTIC, obstrucción intestinal, estreñimiento, tos, fiebre, dolor, malestar.
- Por los tratamientos: QT, RT, opioides, cualquier fármaco que los niños rechazan.
- Motivos ambientales: olores, insistencia en que coman, ansiedad, llamar la atención, etc.
- Traslados: en coche, movimientos o traslados en el hospital.

#### **Medidas generales**

Ambiente tranquilo, evitar olores fuertes, no insistir con las comidas, etc.

Cuando no se emplea quimioterapia, estos síntomas pueden deberse al empleo de opioides, gastritis medicamentosa, estrés, reflujo o úlceras gástricas, distensión gástrica, compresión extrínseca (tumores abdominales, hepatomegalia) o a una nueva complicación (infección gastrointestinal, pancreatitis, oclusión intestinal, insuficiencia renal, hipertensión intracraneana).

 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia	
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos	
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>	<b>Página</b> Página 29 de 60

La terapia antiemética generalmente incluye el uso de antagonistas de receptores de serotonina, de los cuales el más utilizado es el Ondansetrón, que son bien tolerados y tienen muy pocos efectos adversos y que combinados con dexametasona constituyen la terapia estándar. El Ondansetrón se emplea a dosis de 4 mg/m<sup>2</sup>/dosis cada 8 horas, la dexametasona a 2 mg/m<sup>2</sup>/dosis. Se administran juntos a intervalos de 8 horas, aunque una sola dosis al día podría ser igualmente efectiva. Generalmente se logra control de la náusea y el vómito con el esquema anterior, sin embargo, hay casos de difícil control en los que pueden agregarse medicamentos con otros mecanismos de acción, como el Aprepitant, un inhibidor del receptor de neurokinina-1 (nK- 1), cuyo uso ha sido aprobado para pacientes mayores de 12 años, y aunque no ha sido completamente estudiado en niños pequeños, hay reportes que muestran su beneficio. El régimen recomendado para la administración de Aprepitant es de 125 mg (día 1) y 80 mg (días 2-5) por vía oral (V.O.). No se recomienda emplear metoclopramida como antiemético en niños, debido a sus efectos adversos.

La gastritis medicamentosa debe prevenirse, por lo que es conveniente agregar medicamentos protectores de la mucosa gástrica, particularmente cuando se emplean esteroides. Dentro de los más usados están el Omeprazol, que se emplea a dosis de 0.7-3.5 mg/Kg/dosis (máximo 80 mg) cada 24 horas V.O., y el Sucralfato, cuya dosis depende de la edad: 0-2 años: 0.25 g, 3-12 años 0.5 g y > 12 años; 1 g y se administra cada 6 horas V.O.

### **DOLOR**

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes en cuidados paliativos y con seguridad el que más preocupación produce en los pacientes y en sus familiares. A su vez, es causa de aparición de numerosos síntomas de forma secundaria como anorexia, agitación, alteración del sueño, depresión, astenia, inmovilidad, etc. Por todo ello, es fundamental un correcto manejo de este síntoma, mucho más cuando disponemos de un arsenal terapéutico amplio para su control. Los niños también sufren dolor, aunque en esta edad puede ser inadecuadamente valorado y tratado porque, desde siempre, se han mantenido unas consideraciones del todo erróneas sobre el dolor en el niño.

#### **Principios del tratamiento del dolor**

- Cuando el enfermo dice que le duele, es que le duele. No obstante, sabemos que en la percepción del dolor no todo es nocicepción.
- Se debe diagnosticar el mecanismo que produce el dolor para tratarlo eficazmente.
- El control debe ser multimodal, no únicamente farmacológico.
- Se tratará enérgicamente el insomnio. El primer objetivo será una noche de sueño sin dolor.
- La analgesia será pautada, no a demanda, con esquemas simples y pocos fármacos.
- La vía de elección es la que mejor tolere el enfermo que, habitualmente, es la oral.
- Se elige la potencia del analgésico según la intensidad del dolor.
- Se deben considerar desde el principio los efectos indeseables de los fármacos e individualizar las dosis.
- Reevaluar constantemente el tratamiento.

En la evaluación del dolor deben considerarse los siguientes aspectos:

 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CIMHI-DM-OR-11-CPP <span style="float: right;">Página Página 30 de 60</span>

- Temporalidad del dolor: agudo, crónico o incidental (con determinadas actividades).
- Mecanismo fisiopatológico: dolor nociceptivo (superficial, visceral u óseo), neuropático o mixto.
- Síndromes de dolor oncológico: Provocado directa o indirectamente por el tumor. - Derivado del tratamiento.

### Valoración del dolor

Para un correcto manejo del dolor es fundamental una correcta valoración previa del mismo, así como una evaluación constante tras la instauración del tratamiento. Para ello nos basaremos en la identificación de la causa del dolor y en medir la intensidad del mismo.

– Causa del dolor: será esencial una correcta historia clínica y exploración. Las causas más frecuentes son:

- Por la propia enfermedad: afectación ósea, de los tejidos blandos (dolor mecánico), de los órganos internos (dolor visceral) y del sistema nervioso central o periférico (dolor neuropático). Frecuentemente se presenta como etiología mixta por la afectación de múltiples estructuras.
- Por el tratamiento: intervenciones quirúrgicas, radioterapia, gastritis, infecciones, mucositis, etc.
- Por los procedimientos: extracciones, biopsias, inyecciones, aspiraciones, movilizaciones, etc.
- Intensidad del dolor: si bien el dolor es una sensación totalmente subjetiva y, en ocasiones, difícil de valorar en los pacientes de menor edad, existen una serie de escalas que nos permiten valorar inicialmente la intensidad del dolor y sobre todo, evaluar los cambios que conseguimos gracias a nuestras actuaciones.

### Formas para evaluar el dolor:

#### ESCALAS

Es posible hacer una valoración del dolor del niño mediante "las escalas del dolor", las cuales son muy útiles, porque ayudan a los pacientes a describir la intensidad del dolor que perciben, según su edad y grado de maduración.

Estas escalas son de tres tipos: Fisiológico-conductuales, Visuales analógicas y Verbales. Se emplean unas u otras dependiendo de la edad del niño.

- Niños menores de 3 años:

Escalas fisiológico conductuales

Se basan en la observación:

Se emplean en los más pequeños y valoran:



**CENTENARIO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO**

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

**LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

CIMBI-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 31 de 60

- Las constantes fisiológicas: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
- El llanto consolable o no
- Los patrones del sueño
- La expresión facial
- La actividad motora espontánea
- El lenguaje corporal

Los niños de 2-3 años, cuando se quejan, pueden ya con frecuencia, señalar el sitio donde tienen el dolor.

**ESCALA DE SUSAN-GIVENS-BELL**

<b>SIGNOS CONDUCTUALES</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Duerme durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5 y 10 minutos	Duerme más de 10 minutos
Expresión facial del dolor	Marcado constante	Menos marcado intermitente	Calmado, relajado
Actividad motora espontánea	Agitación incesante o ninguna actividad	Agitación moderada o actividad disminuida	Normal
Tono global	Hipertonicidad fuerte o hipotonicidad, flácido	Hipertonicidad moderada o hipotonicidad moderada	Normal
Consuelo	Ninguno después de 2 minutos	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Consuelo menos de 1 minuto
Llanto	Llanto vigoroso	Quejido	No llora ni se queja
<b>SIGNOS FISIOLÓGICOS</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Frecuencia cardíaca	> 20% aumento	10 - 20% aumento	Dentro de la normalidad
Presión arterial (sistólica)	> 10 mmHg de aumento	10 mmHg de aumento	Dentro de la normalidad

 <b>Config-100</b>	<b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia	
			<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>			<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>	<b>Página</b> Página 32 de 60

Frecuencia respiratoria y cualidades	Apnea o taquipnea	Pausas de apnea	Dentro de la normalidad
SaO2	> 10% aumento de FiO2	≤ al 10% aumento de FiO2	Ningún aumento de FiO2

Escala de Susan-Givens-Bell: combina datos objetivos en cuanto a la repercusión del dolor en las constantes vitales del paciente y subjetivos (llanto, tono, actitud, consuelo). Escala de 0 a 20 puntos. Se considerará 0 (ausencia de dolor) 1-4 (dolor leve), 5-8 (dolor moderado), >9 (dolor intenso).

● **Niños de tres a siete años:**

**Escalas visuales analógicas.**

Tienen la ventaja de que no hace falta que niño comprenda bien los números o las palabras para expresar su dolor. Son útiles a partir de los cuatro años. Las más empleadas son:

- La escala del color: \* No dolor versus Máximo dolor

**Escala de colores.**

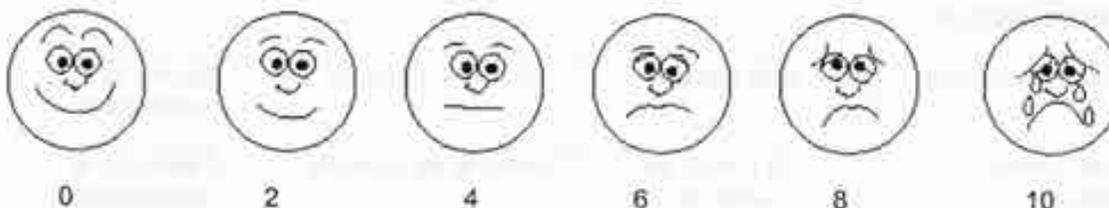


Dentro de esta escala de dolor, se describen cuatro categorías: Ninguno ó nulo, leve, moderado y fuerte. Se le pide al paciente que seleccione la categoría que describe mejor el dolor que siente. Desde Ningún dolor (en blanco), al Máximo dolor (en rojo):

Ninguno (0)      Leve (10-30)      Moderado (40-60)      Fuerte (70-100)

**Escala de las caras ó rostros de dolor.**

Las escalas con dibujos faciales que expresan diferentes grados dolor, son bastante utilizadas. No obstante, hay que advertir que no se debe confundir tristeza con dolor: Hay pues que explicar al niño, que lo que queremos saber es la intensidad de su dolor. No si está o no triste.



Se valoran del 0 al 10

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	Fecha de emisión: Diciembre 2020	Área Responsable: Departamento de Oncología y Radioterapia
	Fecha de Revisión: Octubre 2021.	Tipo de Documento: Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CHMH-DM-OR-11-CPP <span style="float: right;">Página Página 33 de 60</span>

**0** Muy sonriente. Sin Dolor; **2** Muy poquito Dolor; **4** Molesto. Tiene Dolor;

**6** Bastante Dolor; **8** Mucho Dolor; **10** Llanto intenso, siente el peor dolor imaginable

### Escala analógica visual

Consiste en una línea recta cuyo extremo izquierdo representa "Nada de dolor"; y el extremo derecho representa el "Peor dolor". Se pide a los pacientes que marquen la línea en el punto correspondiente al dolor que sienten en relación con los dos extremos. (0: ningún dolor; 10: máximo dolor). Una marca en el medio, indicaría que el dolor es como la mitad del peor dolor posible.

Anverso

### ESCALA ANALÓGICA VISUAL



Sin  
dolor

Máximo  
dolor

Reverso

### ESCALA ANALÓGICA VISUAL



10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

- **Niños de siete a doce años:**

Para valorar su dolor se pueden emplear:

- La escala numérica. Del 0 al 10: No dolor 0 ; Máximo 10
- La analógica visual. No dolor versus Máximo dolor
- La verbal

- **Niños mayores de doce años:**

En ellos se pueden emplear:

- La escala numérica,
- La analógica visual y

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHAHM-DM-OR-11-CPP</b>
		<b>Página</b> Página 34 de 60

c) El lenguaje verbal: describiendo el dolor como: leve, moderado, intenso, ó insoportable

#### Escalas numéricas verbales

Se emplean en niños mayores. Reflejan mediante expresión verbal la intensidad del dolor a intervalos numéricos del 0, (no dolor) al 10; que sería el máximo dolor posible

### TRATAMIENTO DEL DOLOR

#### Medidas no farmacológicas

Se Aconseja utilizar siempre, aunque se precise recurrir a terapia farmacológica:

- Métodos físicos (masaje, inmovilización, crioterapia).
- Métodos psicológicos y/o conductuales como la relajación y distracción (música, cuentos, juegos, etc.).

#### Medicación según la Escalera Analgésica de la OMS:

- **Primer escalón:** paracetamol, AINES ± coadyuvantes.
  - Indicado en el dolor leve y moderado.
  - Inhiben la síntesis de prostaglandinas (salvo el paracetamol).
  - Poseen efecto antitérmico y antiinflamatorio (salvo el paracetamol).
  - Posibilidad de asociarles fármacos coadyuvantes.
  - Tienen una 'dosis techo', a partir de la cual puede aumentar la toxicidad gastroduodenal (salvo el paracetamol), hepática, hematológica y/o renal. Si se llega a esta dosis sin control del dolor debe pasarse al siguiente escalón terapéutico. Estos pueden quedar como coadyuvantes de los del segundo escalón (por ejemplo: en lesiones con componente inflamatorio).
- **Segundo escalón:** opioides débiles: codeína, tramadol ± primer escalón ± coadyuvantes.
  - Indicados en dolor moderado que no cede a los AINES pudiendo asociarlos a éstos y a coadyuvantes.
  - Actúan en varios niveles, uniéndose a receptores de opiáceos.
  - No tienen techo terapéutico. Si bien llegados a unas dosis moderadas es conveniente pasar al tercer escalón.
  - Aunque son opioides débiles, no están exentos de toxicidad: estreñimiento (sobre todo la codeína), sequedad de boca, náuseas, mareos, vómitos. Deben asociarse laxantes y antieméticos: Se añaden desde el principio, pudiendo asociar más de uno de distinta familia si se precisa.
  - No deben asociarse opioides débiles con potentes (tercer escalón) ya que competirán sobre los mismos receptores disminuyendo su actividad y se precisarán más dosis, potenciándose sus efectos secundarios.
- **Tercer escalón:** opioides potentes: morfina, fentanilo, oxicodona.
  - Indicado para el dolor severo
  - Se les puede asociar un analgésico no opioide y/o un coadyuvante.
  - Pueden causar depresión respiratoria (especialmente en pauta de bolos) si bien este efecto secundario no debe considerarse como limitante de dosis en un paciente terminal en fase de agonía. También pueden producir vómitos y más frecuentemente estreñimiento. Por ello es recomendable pautar laxantes, cuando se manejan dosis intermedias-elevadas de opioides.

 <b>CENTENARIO HOSPITAL</b> <b>MIGUEL HIDALGO</b>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CHMH-DM-OR-11-CPP Página 35 de 60

– No es preciso pasar previamente por los niveles previos para utilizar los opioides potentes. Puede empezarse directamente por el tercer escalón si el dolor es de intensidad severa (ascensor terapéutico).

– En el paso del segundo al tercer escalón, se utilizan las tablas de dosis equianalgésicas.

**Dosis equianalgésicas de opiáceos:**

100 mg Tramadol = 10 mg Morfina = 10 mg Metadona = 5 mg Oxiconona = 0,1 mg Fentanilo = 130 mg Codeína

– El aumento y disminución de la dosis de opioides potentes se realiza de forma gradual.

– Se utilizará la vía oral siempre que sea posible, usando formulaciones de liberación prolongada y reservando las de liberación rápida para el dolor irruptivo.

**Si aparece dolor irruptivo se usarán:**

- Fármacos del primer escalón si es débil.
- Si la intensidad es moderada o severa, se puede recurrir a una dosis de opiáceos potentes de liberación rápida. Ej. morfina (1/6 de la dosis total diaria). Otra opción es el fentanilo oral transmucoso (empezar por 100-200 µg/dosis e ir titulando).

**Medicación en infusión continua.** Esta debe reservarse para:

- Dolor incontrolable por vía oral a pesar de dosis muy elevadas.
- Imposibilidad de administración de fármacos por vía oral. (disminución importante del nivel de conciencia, sedación excesiva, náuseas o vómitos, ileo).
- Disnea importante.

Se podrá usar la vía intravenosa o epidural en el ámbito hospitalario y la vía subcutánea en el ámbito domiciliario. Para su paso desde medicación oral o transdérmica siempre tener en cuenta las dosis equianalgésicas mencionadas anteriormente.

**Coadyuvantes:**

Son fármacos que cumplen con los criterios de:

- Aumentar el efecto de los analgésicos reduciendo sus requerimientos.
- Disminuir la toxicidad de los mismos por acción directa o al disminuir la dosis necesaria.
- Mejorar diversos síntomas asociados a los síndromes dolorosos (ejemplo: dolor neuropático)
- Tratar trastornos psicológicos concomitantes (insomnio, ansiedad, depresión)

Estos fármacos se usan en todos los escalones del tratamiento del dolor y otorgan importantes mejoras a los pacientes. A continuación, se enumeran los grupos de fármacos más utilizados como coadyuvantes en el tratamiento del dolor:

1. **Antidepresivos tricíclicos:** efectivos en el dolor neuropático (Amitriptilina, Imipramina, etc).
2. **Anticonvulsivantes:** la gabapentina es muy efectiva en el dolor neuropático.
3. **Ansiolíticos:** la ansiedad puede ser consecuencia del dolor, pero a su vez lo retroalimenta intensificándolo. Se recomiendan los fármacos ansiolíticos del grupo de las benzodiazepinas: Loracepam, Diazepam, Midalozam o Cloracepato dipotásico.
4. **Neurolépticos:** útiles para combatir la agitación y algunos con acción antiemética. Los más utilizados son el Haloperidol, Clorpromazina y Risperidona.



CHMH  
CENTENARIO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO  
Confianza 100

**CENTENARIO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO**

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

**LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

CHMH-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 36 de 60

5. Corticoides: el más empleado es la Dexametasona, especialmente para disminuir el dolor por el componente de edema de masa intracraneales y metástasis óseas.
6. **Laxantes y antieméticos:** para prevenir y combatir el estreñimiento y los vómitos secundarios a opiáceos que pueden llegar a ser altamente molestos.
7. **Anestésicos locales:** Muy útil el gel de Lidocaína al 1-2% utilizado de forma tópica para molestias orales (aftas, odinofagia). Pueden combinarse con antisépticos locales como la Clorhexidina o Hexetidina para el cuidado de la higiene bucal.
8. **Otros:** Calcitonina (dolor de miembro fantasma), Bifosfonatos (dolor metástasis óseas), baclofeno (muy útil para aliviar la espasticidad en pacientes neurológicos).

**DOSIS DE INICIO DE LOS FÁRMACOS ANALGÉSICOS**

<b>ANALGÉSICOS DE PRIMER ESCALÓN</b>			
<b>Fármacos</b>	<b>Via</b>	<b>Dosis (mg/kg/dosis)</b>	<b>Dosis Máxima por Día (dosis/kg/día)</b>
Paracetamol	Oral o I.V. rectal	10-15 cada 4-6 horas 15-30 cada 4-6 horas	75 mg
Ibuprofeno	Oral	5-10 cada 6-8 horas	40 mg
Metamizol	Oral/I.V./I.M.	20-30 cada 6-8 horas	
Naproxeno	Oral	5-10 cada 8-12 horas	20 mg
Ketorolaco	I.V.	0.5 cada 6 horas	No utilizar mas de 5 días
<b>ANALGÉSICOS DE SEGUNDO ESCALÓN</b>			
Tramadol	Oral, I.V., S.C.	0.5-1.5 cada 6-8 horas > 50 kg: 50-100 mg/dosis	
Codeína	I. V. Continua Oral	0.2-0.4 mg/kg/hr 0.5-1 cada 4-6 horas >50 kg: 30 mg/dosis	
<b>ANALGÉSICOS DE TERCER ESCALÓN</b>			
Buprenorfina	Sub Lingual:	Analgésico potente (0,3 mg = 10 mg de equivalente Morfina). Posología: > 6 años. 6 µg/kg.	
Morfina	Oral (liberación lenta) Oral (liberación rápida) I.V. (I.V. continua)	0.3-0.6 cada 12 horas 0.1-0.3 cada 4 hrs (rescate) 0.01-0.04 mg/kg7hrs>50 Kg: iniciar con 4 mg/dosis	
Oxicodona	Oral (lib. lenta) Oral (lib. Rápida)  I.V. (bolo)	0.05-0.3 cada 12 horas 0.05-0.1 cada 4 horas (rescate)  0.05-0.1 cada 4 horas (rescate)	
Fentanilo	I.V. continua  I.V. (bolo)  Transdérmico Transmucoso	1-2 µg /kg/hora >50 kg: 25-30 µg /hora 1-2 µg /kg cada 2-4 horas >50 kg: 50-100 µg /dosis 1 µg /kg/h (1 parche /72 horas) 10 µg /kg (rescate)	



CEIMH  
CENTENARIO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO  
Contigo 100

**CENTENARIO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO**

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

**LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

CHMH-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 37 de 60

\*\* El Naproxeno, el Ketorolaco y el Ibuprofeno tienen efectos anti-plaquetas, por lo tanto, su uso debe restringirse cuando hay trombocitopenia severa.

\*\* Todos los anti-inflamatorios no esteroideos, deben usarse con mucha precaución en los pacientes con disfunción renal, que estén recibiendo diuréticos, y en casos de hipovolemia. Igualmente, su uso se debe evitar cuando el paciente este recibiendo Metotrexato en dosis altas.

**DOSIS DE LOS FÁRMACOS COADYUVANTES**

Fármacos	Vía	Dosis
Amitriptilina	Oral	0.1-0.5 mg/kg/día
Gabapentina	Oral	15-30 mg/kg/día
Diazepam	Oral, rectal, I.V.	0.1-0.3 mg/kg/día
Clonazepam	Oral	1-5 gotas /8 horas
Haloperidol	Oral	0.05 mg/kg/día
	I.M., I.V.	0.1 mg/kg/día
Risperidona	Oral	0.5-1 mg/kg/día
Baclofeno	Oral	10-15 mg/kg/día
Dexametasona	Oral, I.V.	0.1-0.5 mg/kg/día
Calcitonina	Intranasal, I.V.	200 UI/día

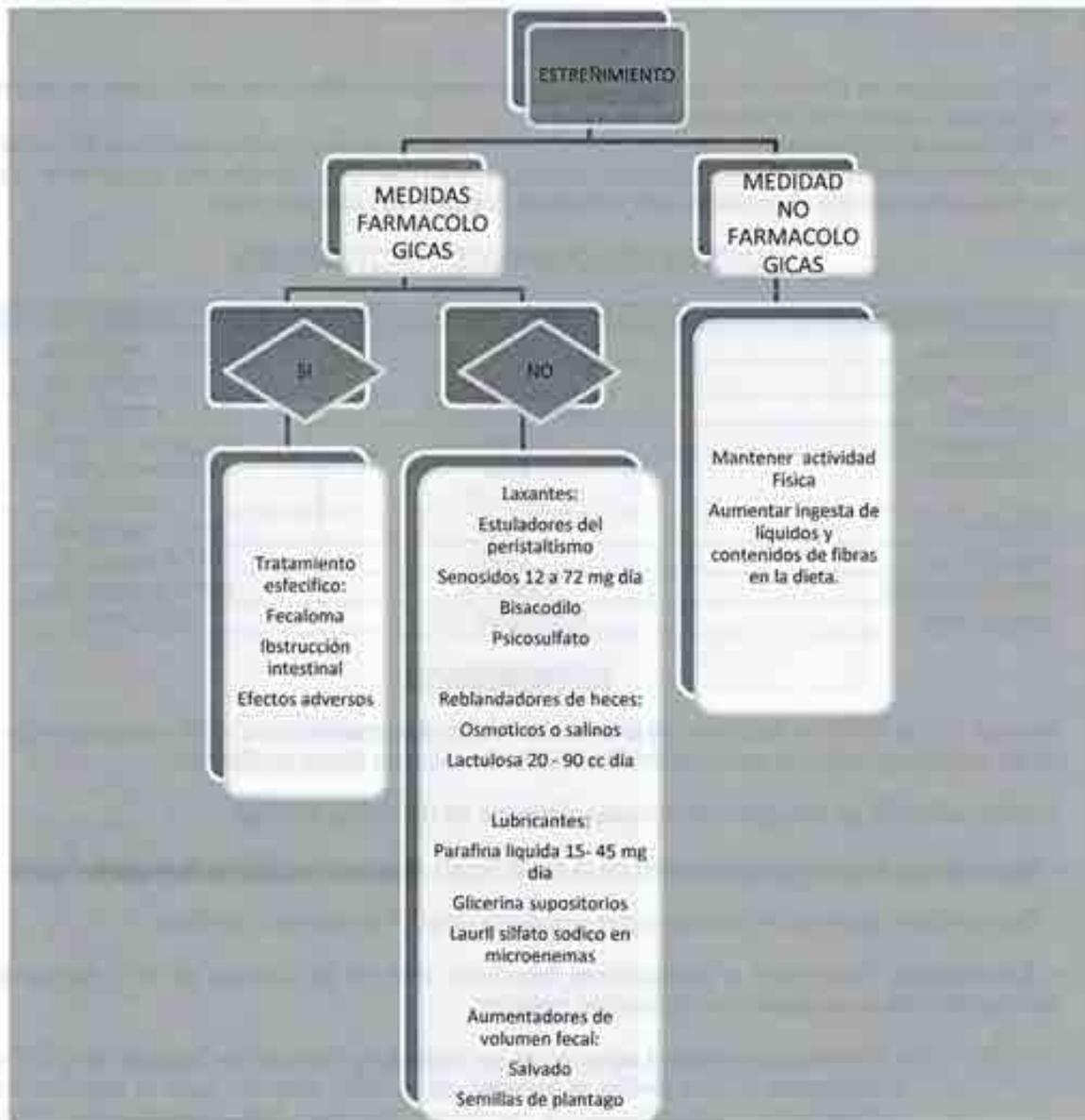
**ESTREÑIMIENTO**

Además de las medidas higiénico-dietéticas habituales antiestreñimiento, a los pacientes a los que se les suministre opioides deben administrárseles laxantes de forma profiláctica.

Tradicionalmente se han utilizado distintos fármacos de diferentes familias:

- Reguladores: (aumentan el volumen de la masa fecal). Plantago ovata, metilcelulosa.
- Detergentes: (permiten el paso de agua a la masa fecal). Por ejemplo: parafina.
- Estimulantes: (aumentan el peristaltismo intestinal). Periodo de latencia de 6-12 horas. Están contraindicados si se sospecha obstrucción intestinal.
  - Osmóticos: (retienen agua en la luz intestinal). Periodo de latencia de 1 a 2 días. Pertenece a esta familia el fármaco de primera elección para el estreñimiento e impactación fecal en pacientes pediátricos: Macrogol 3350 (polietilenglicol 3350). Se debe iniciar su uso con 1-2 sobres de 6,9 g cada 12 horas titulando la dosis (aumento de 2 sobres diarios hasta un máximo de 12) hasta conseguir deposiciones de consistencia normal y que no produzcan molestias al defecar. Precaución de no administrar comprimidos de otras medicaciones en la hora siguiente si se usan dosis elevadas.

**LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**





CIADH  
CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN  
ONCOLÓGICA Y HEMATOLOGÍA  
Contigo 100

**CENTENARIO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO**

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

**LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

CHMH-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 39 de 60

**SÍNTOMAS MÁS PREDOMINANTES EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

Síntoma	Tratamiento
Ansiedad	Diazepam 0,1 mg/kg/dosis
Alteración del sueño	Diazepam 0,1 mg/kg/dosis
Alteración ritmo circadiano	Melatonina 4-12 gotas (1-3 mg) antes de dormir
Irritabilidad/Agitación	Diazepam 0,2 mg/kg/dosis Midazolam 0,1 mg/kg/dosis Levomepromazina 0,5-2 mg/kg/día Clorpromacina 2-6 mg/kg/día
Estreñimiento	Asociación de macrogol Lactulosa Laxantes rectales; Glicerina Enemas de limpieza
Vómitos	Zofran 0,15 mg/kg/dosis Metoclopramida 0,5-2 mg/kg/dosis
Estertores	Escopolamina 5-10 mc/kg/dosis
Disnea	Opiáceos
Dolor	No opioides y opioides

**TERAPIA TRANSFUSIONAL**

La administración de hemoderivados es una necesidad frecuente en los pacientes con cáncer en etapa terminal, particularmente en aquellos con leucemia.

No se deben restringir las transfusiones de concentrado globular o plaquetas, siempre que conlleven un beneficio para el paciente y estén indicadas de acuerdo con los mismos criterios utilizados para transfundir a pacientes pediátricos con cáncer



Contigo 100

# CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

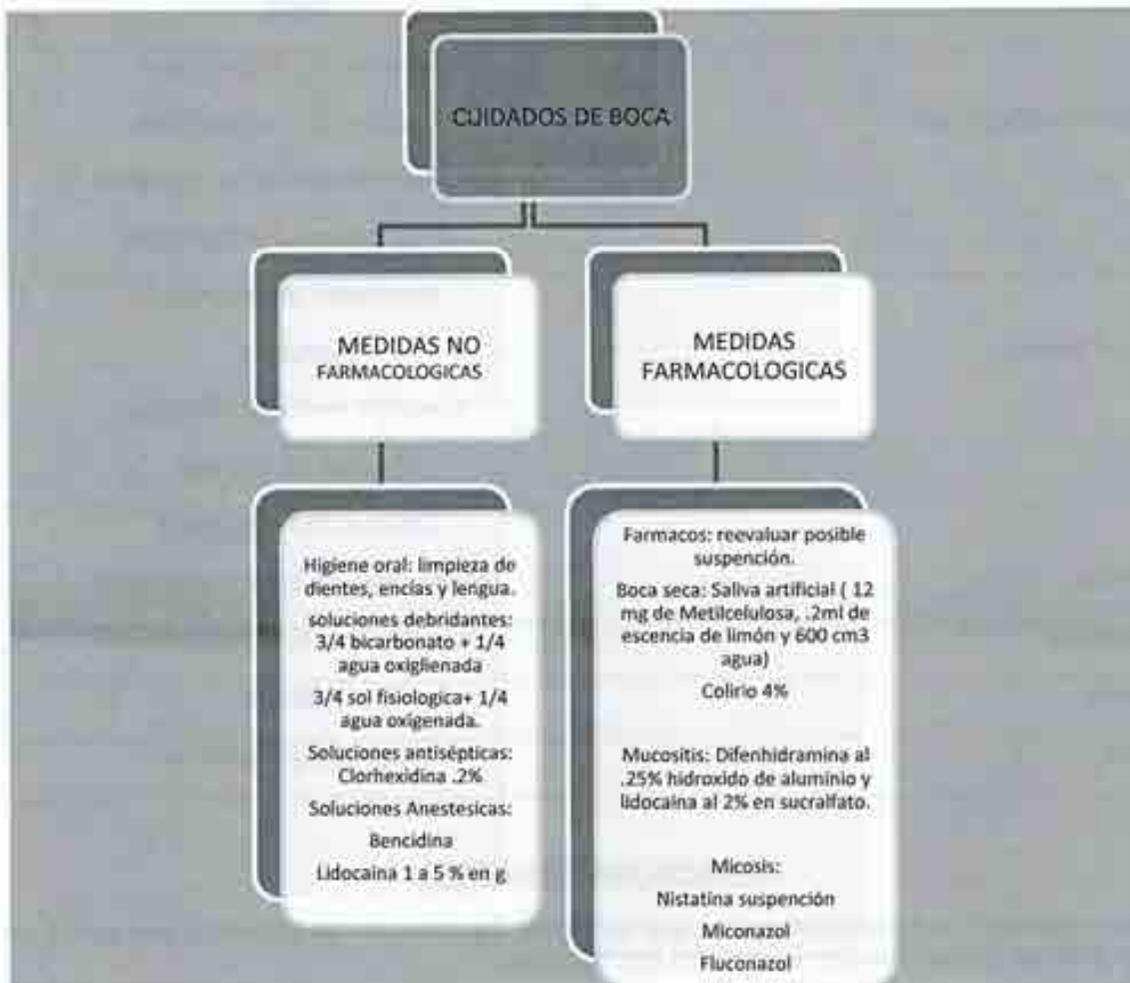
## LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

CUMH-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 40 de 60

### CUIDADOS DE BOCA

Los cuidados de la boca son indispensables para el bienestar del paciente y en una fase avanzada de la enfermedad pueden presentarse múltiples alteraciones de la cavidad oral, halitosis, alteraciones del sentido del gusto, las causas pueden ser falta de higiene, xerostomía y mucositis.



### DELIRIUM

Su presentación clínica varía: desde el paciente con una importante agitación psicomotriz hasta aquel en situación letárgica o hipoactiva. Los subtipos clínicos del delirium incluyen los siguientes:



CHMH  
CENTENARIO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO  
Código: 100

## CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión  
Octubre 2021

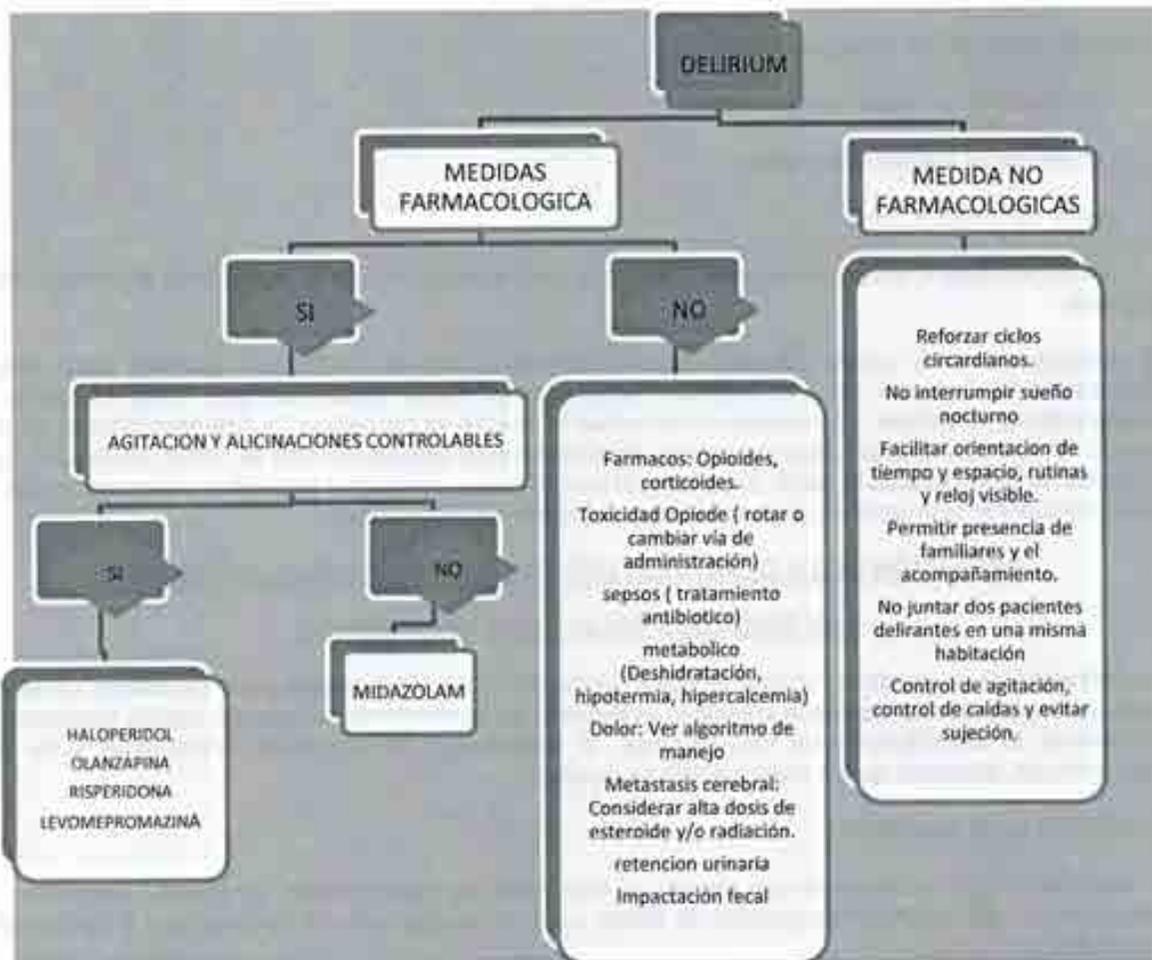
Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

### LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

CHMH-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 41 de 60

- **Hiperactivo:** paciente despierto, alerta, presenta confusión, agitación con o sin alucinaciones, ilusiones, con o sin mioclonos, con o sin hiperalgesia. Predominan síntomas de agitación psicomotora y conductual.
- **Hipoactivo:** poco despierto, confusión, somnolencia (puede simular depresión), con o sin ensimismamiento. Se caracteriza por un estado de somnolencia, pasividad y confusión.
- **Mixto:** alternan síntomas de ambos tipos de delirium.



 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CIMI-DM-OR-11-CPP</b>
		<b>Página</b> Página 42 de 69

### ESTIMACIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA

Esta es una estimación imprecisa, basada en el juicio clínico, que además puede cambiar de manera impredecible y debe ser reconsiderada a lo largo de la evolución del paciente, pero en la que se fundamentan muchas de las intervenciones de cuidados paliativos.

El tiempo estimado de vida puede ser:

- a) de un año a varios meses
- b) de pocos meses a semanas
- c) de semanas a días
- d) de minutos a horas (muerte inminente), y esta apreciación da la pauta para el manejo del paciente.

El proceso de morir puede presentarse súbitamente o ser de instalación gradual, pero este diagnóstico es esencial para la atención adecuada de estos pacientes, que viven un tiempo extremadamente valioso. La mayoría de las veces la muerte va precedida de deterioro gradual en el estado funcional y existen algunos signos frecuentemente asociados con el "estar muriendo": el paciente no se levanta de la cama, la ingesta, si es que la hay, se limita a pequeños tragos de líquidos y con frecuencia la muerte es antecedida por un estado semicomatoso.

### DEFINICIÓN DE LA CONDICIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE AL INICIO DE

#### LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

La definición de la condición clínica es parte fundamental e indispensable para establecer un plan racional de cuidados paliativos e implica la evaluación de la neoplasia misma, del estado funcional y nutricional, la identificación de los síntomas, el diagnóstico de urgencias oncológicas y de la comorbilidad, aspectos que a continuación se detallan.

#### **Condición de la neoplasia:**

Al determinar que un paciente con cáncer se encuentra en fase terminal, se pueden presentar 3 situaciones, que además representan la pauta para el posible uso de tratamientos oncológicos paliativos.

1. Neoplasia en remisión, acompañada de complicaciones o comorbilidad grave e incurable o con mínimas posibilidades de tratamiento (miocardiopatía dilatada grave, falla hepática grave, estado neurovegetativo persistente, etc.).
2. Neoplasia refractaria a tratamiento, pero estable.
3. Neoplasia refractaria y progresiva (que casi siempre se acompaña de repercusión orgánica).

#### **Estado funcional del paciente**

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>
		<b>Página</b> Página 43 de 60

La medición del nivel de actividad del paciente y de su necesidad de requerimientos médicos, se determina mediante escalas que forman parte de la evaluación del paciente con cáncer. Las escalas de Karnofsky o lansky son ampliamente utilizadas para este fin en niños y adolescentes con cáncer.

La evaluación basal debe incluir historia dietética para precisar el ingreso calórica y proteico, conocer aversiones dietéticas, alergias o intolerancia a alimentos.

La valoración clínica consiste en mediciones antropométricas apropiadas y en algunos casos estudios de laboratorio (biometría hemática, albúmina y transferrina).

La antropometría deben incluir el peso y la talla, que evalúan el crecimiento de la masa corporal en su conjunto, el pliegue tricipital (estima los depósitos de grasa) y la circunferencia media del brazo (estima la reserva muscular), empleando técnicas de medición estándar. Los resultados obtenidos de las mediciones deben ser graficados en las curvas de crecimiento de la CDC (peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla e IMC) y de Frisancho (pliegue tricipital y circunferencia media del brazo), con el fin de obtener los percentiles del paciente para cada uno.

#### **Identificación de comorbilidad**

En muchos de los pacientes que tienen un cáncer en fase terminal es frecuente que exista comorbilidad previamente identificada, sin embargo, la condición del niño en esta fase favorece el desarrollo de otra patología que puede ser infecciosa, cardíaca, pulmonar, renal, hepática, neurológica, metabólica, etc., cuyo diagnóstico puede ser clave en las decisiones terapéuticas y en la posibilidad de mejorar la calidad de vida. Es importante enfatizar en el hecho de que ningún síntoma debe ser minimizado.

#### **Manejo de comorbilidad**

La comorbilidad en el paciente con enfermedad terminal puede ser muy diversa y el tratamiento debe ser individualizado en cada caso. Los problemas más comunes incluyen procesos infecciosos, crisis convulsivas y la disfunción orgánica secundaria al uso previo de quimioterapia (renal, hepática, cardíaca, pulmonar, neurológica, etc.).

Las medidas terapéuticas pueden ser específicas, ya sean necesarias (administración de oxígeno, empleo de anticonvulsivantes, etc.) u opcionales (diálisis peritoneal, colocación de catéteres), aunque hay consideraciones generales a tomar en cuenta para el diagnóstico y tratamiento de estos problemas médicos:

1. Evitar la instalación de terapias que lejos de aliviar los síntomas prolonguen la agonía o tengan alto riesgo de agregar morbilidad al paciente, o acelerar su muerte, esto incluye quimioterapia intensa, intervenciones extraordinarias (como ventilación artificial, alimentación parenteral) y procedimientos dolorosos, que de ser absolutamente necesarios deberán hacerse siempre bajo sedación o anestesia general.
2. Preferir la terapia ambulatoria y promover el egreso hospitalario en la medida de lo posible.
3. establecer prioridades de manejo. Es conveniente priorizar el control de los síntomas al manejo de la enfermedad en sí misma, específicamente cuando esto último no implica el rápido control de los síntomas. en algunos casos es necesario establecer una secuencia (por ejemplo, controlar la ansiedad antes de iniciar psicoterapia o controlar el vómito para la administración de medicamentos orales).

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CIMHE-DM-OR-11-CPP</b>
		<b>Página</b> Página 44 de 60

4. Como vía parenteral utilizar la vía subcutánea siempre que sea posible.
5. evitar la realización de estudios de laboratorio y gabinete cuando se anticipa que el resultado no modificará significativamente el tratamiento.

### URGENCIAS ONCOLÓGICAS

Las urgencias Oncológicas son situaciones relacionadas con el cáncer y su tratamiento, que ponen en peligro la vida del paciente o conllevan alto riesgo de secuelas. Cuando un paciente que es portador de una neoplasia refractaria a tratamiento oncológico desarrolla una condición de este tipo, es porque se encuentra en las fases finales de su enfermedad terminal y probablemente en las últimas horas o días de vida, por ello, las intervenciones deben ser muy prudentes y consensuadas con la familia.

En términos generales, el manejo debe estar dirigido principalmente al control de los síntomas que causen cualquier tipo de sufrimiento (manejo del dolor, de la ansiedad, transfusiones, uso de esteroides, hidratación, etc.) y no necesariamente a corregir la causa, menos aún en casos con esperanza de vida muy corta. No es recomendable la intervención quirúrgica para descompresión medular, ni el empleo de quimioterapia intensa para una leucemia refractaria que ocasiona lisis tumoral, aunque la quimioterapia o radioterapia paliativas si pueden ser de utilidad en algunos casos. Muchas de las intervenciones que están indicadas para pacientes no refractarios, en pacientes con enfermedad terminal sólo tendrán un beneficio transitorio y no eliminarán el problema (procedimientos dialíticos, leucoféresis, colocación de catéteres, etc.), aunque otras si pueden proporcionar alivio y mejorar el problema (instalación de un sistema de derivación peritoneal en casos de hipertensión intracraneana debida a hidrocefalia).

### SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO CURATIVO

La Academia Americana de Pediatría recomienda suspender el tratamiento curativo convencional cuando:

- No es eficaz para el control antitumoral.
- No produce paliación de los síntomas.
- No contribuye a prolongar la vida con calidad.
- Si hay un manifiesto empeoramiento del estado general del paciente.
- A petición del paciente, y/o de la familia, siempre que la petición sea razonable.

### SEDACIÓN PALIATIVA EN PEDIATRÍA

**Síntoma refractario:** Es aquel que no puede ser adecuadamente controlado sin comprometer la conciencia del paciente. No se debe confundir con un síntoma difícil, que es aquel, para cuyo control se requiere una intervención intensiva farmacológica, instrumental y/o psicológica.

**Sedación paliativa (SP):** Consiste en la administración de fármacos, previo consentimiento informado del paciente o de sus padres, para reducir su nivel de conciencia tanto como sea preciso, con objeto de aliviar uno o varios síntomas refractarios. Es siempre una sedación primaria, puesto

 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia	
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos	
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CHMH-DM-OR-11-CPP	Página Página 45 de 60

que la sedación secundaria, por aplicación de otros tratamientos paliativos (opioides, etc.), no se considera sedación paliativa.

La sedación puede ser continua o intermitente, según permita o no, intervalos libres de sedación y también, superficial o profunda. La intensidad de la sedación se debe graduar siempre, buscando el control del síntoma refractario, manteniendo a la vez el mayor nivel de conciencia posible.

**Sedación paliativa en la Agonía (SPA):** también es llamada sedación de últimos días, porque se administra en pacientes cuya muerte se prevé muy próxima. Es continua, y tan profunda como sea necesaria para aliviar un sufrimiento intenso físico o psicológico. Proponemos evitar el término Sedación Terminal porque puede ser confuso.

### INDICACIONES DE SEDACIÓN PALIATIVA

- Son susceptibles de ella, los niños en situación de enfermedad avanzada, terminal o agónica, por patología oncológica o no oncológica.
- La indicación viene determinada por la presencia de uno o varios síntomas refractarios o por encontrarse en situación de Agonía.
- También está indicada en episodios agudos con alto grado de sufrimiento (hemorragia masiva, convulsiones, alucinaciones...etc.)
- No es indicación de sedación, la angustia o ansiedad de la familia o del equipo médico que trata al paciente.
- A la hora de constatar la refractariedad de un síntoma, es muy importante registrar en la historia clínica los siguientes datos:
  - Procedimientos diagnósticos y terapéuticos previamente empleados. Si se han tomado determinadas actuaciones médicas (limitación del esfuerzo terapéutico etc.), reflejar cuales son y con quien se ha acordado.
  - Periodo de tiempo que se han utilizado.
  - Si hay algún procedimiento que no puede o no debe ser utilizado en el enfermo, especificando las razones.
  - Siempre que sea posible, hacer constar en la historia, el consenso de los miembros del equipo; y de los expertos consultados, para tratar el síntoma en cuestión.
  - Es preceptivo igualmente registrar los signos y síntomas propios de la situación de agonía. Pueden ser útiles las escalas, como la de Menten, si bien los signos más claros de aproximación a la muerte, se captan por la valoración de la evolución y del deterioro día a día, del paciente

Para aplicar la Sedación Paliativa en el niño es necesario el consentimiento informado de su tutor o tutores legales, e informar en la medida de lo posible, al niño o adolescente, del procedimiento a realizar; siempre de acuerdo con su edad, su grado de madurez y capacidad de entendimiento, (sin ofrecer información gratuita que no sea solicitada).

### MANEJO FARMACOLÓGICO:



CHAHU  
CENTRO HOSPITALARIO DE  
HIDALGO  
Contigo 100

**CENTENARIO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO**

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

**LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

CHMH-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 46 de 60

En caso de que la indicación de sedación sea por disnea, dolor, hemorragia, ansiedad u otro síntoma; el fármaco de primera opción es el midazolam. Si no se consigue la respuesta adecuada, la segunda opción sería la levomepromazina. Cuando el síntoma refractario es delirium, el fármaco de primera elección es la levomepromazina, siendo el midazolam la segunda opción.

Sino se obtiene la respuesta deseada hay que reevaluar de nuevo el caso tratando de identificar las posibles causas del fracaso: (obstrucción de víscera hueca, etc).

Como tercera opción común para los síntomas mencionados está el Propofol, la Ketamina o el Fenobarbital.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los pacientes que requieren sedación están en tratamiento con opioides mayores, por lo que es habitual que ésta se lleve a cabo combinando alguno de los fármacos mencionados con un opiáceo fuerte, con el doble objetivo de lograr sedación y analgesia.

Es importante recordar que la sedación paliativa no debe llevarse a cabo exclusivamente con opioides. Por otra parte, la dosis de los opioides no tiene por qué ser incrementada necesariamente al iniciar una sedación paliativa.

● **MIDAZOLAM**

Benzodiazepina hidrosoluble de vida media corta. Se presenta en ampollas de 1 mg/ml y 5 mg/ml.

De elección en cualquier síntoma refractario excepto el delirium. Tiene una vida media de 2-5 horas por lo que los bolos se pautan cada 4 horas. Diluir en suero salino y administrar en 10 minutos

a) Si el paciente no recibía previamente benzodiazepinas:

Niños < 40 kg:

Empezar a 0,05- 0,1 mg/kg/dosis. (máximo 5 mg por dosis)  
Repetir la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar el control sintomático adecuado.  
La dosis total utilizada sería la dosis de inducción y es la dosis a administrar por hora.

Niños > 40 kg:

Empezar a 2,5-5 mg/dosis

b) Si el paciente recibía previamente benzodiazepinas: aumentar la cantidad un 30-50% hasta encontrar la dosis óptima que consiga controlar el síntoma.

● **LEVOMEPRMAZINA**

Es una fenotiazina con acción antipsicótica, analgésica, antiemética y sedante. Se presenta en ampollas de 25 mg/ml. Su vida media es de 15-30 horas. Es el fármaco de primera elección en la sedación paliativa cuando hay delirium refractario o también cuando existe un fallo del midazolam, en cuyo caso éste debe reducirse al 50% en las primeras 24 horas para evitar deprivación, actuando posteriormente según respuesta.

Se puede administrar por vía oral, venosa o subcutánea (vía venosa 50% de la dosis recomendada vía subcutánea)



Ministerio de Salud  
Sistema de Evaluación de Tecnologías Médicas  
Conjunto 100

## CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

### LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

CIMMI-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 47 de 60

Dosis:

< 40 kg: 0,25-1 mg/kg/día cada 6 horas vía oral.

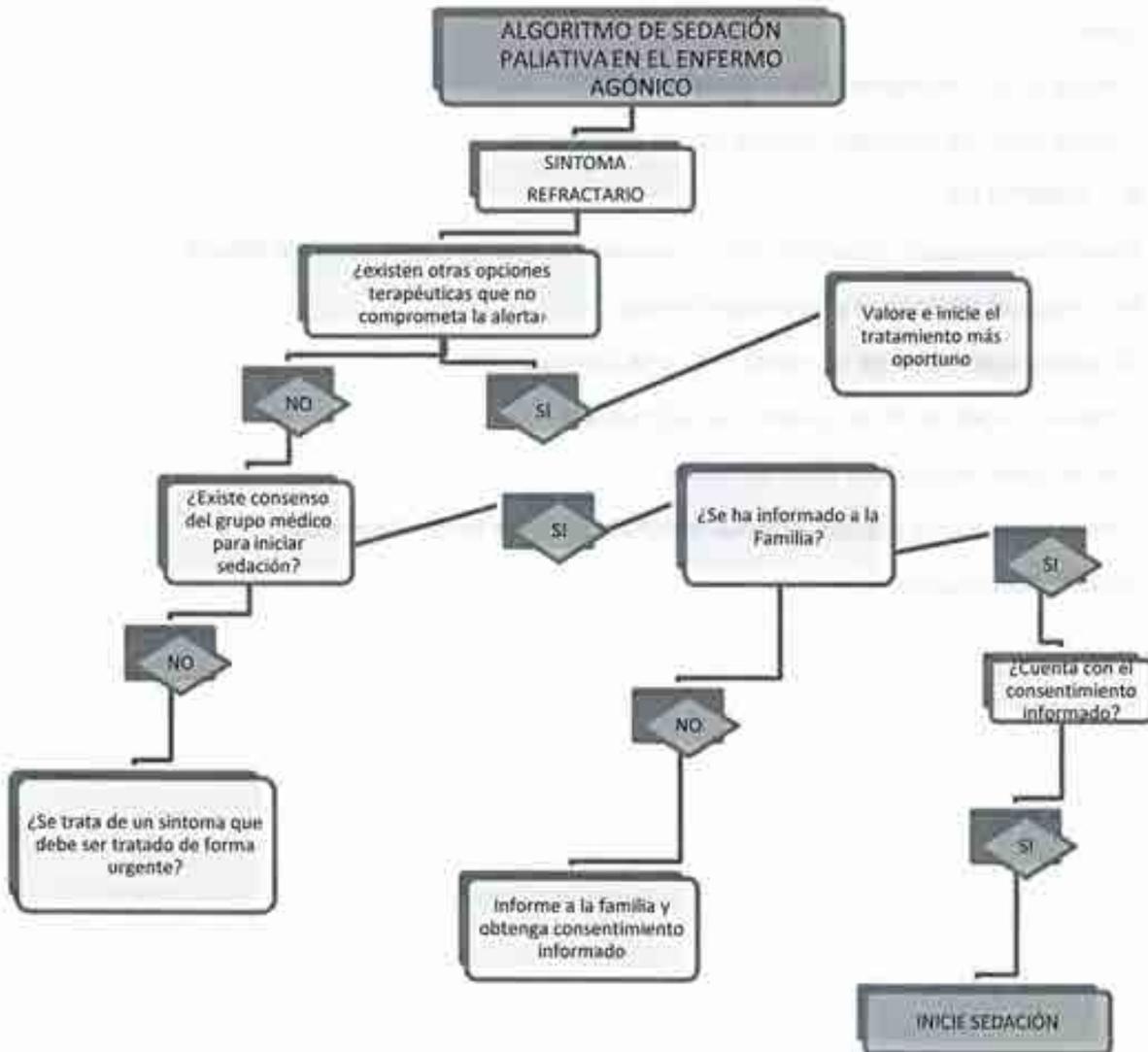
> 40 kg: dosis de inducción 12,5-25 mg vía subcutánea

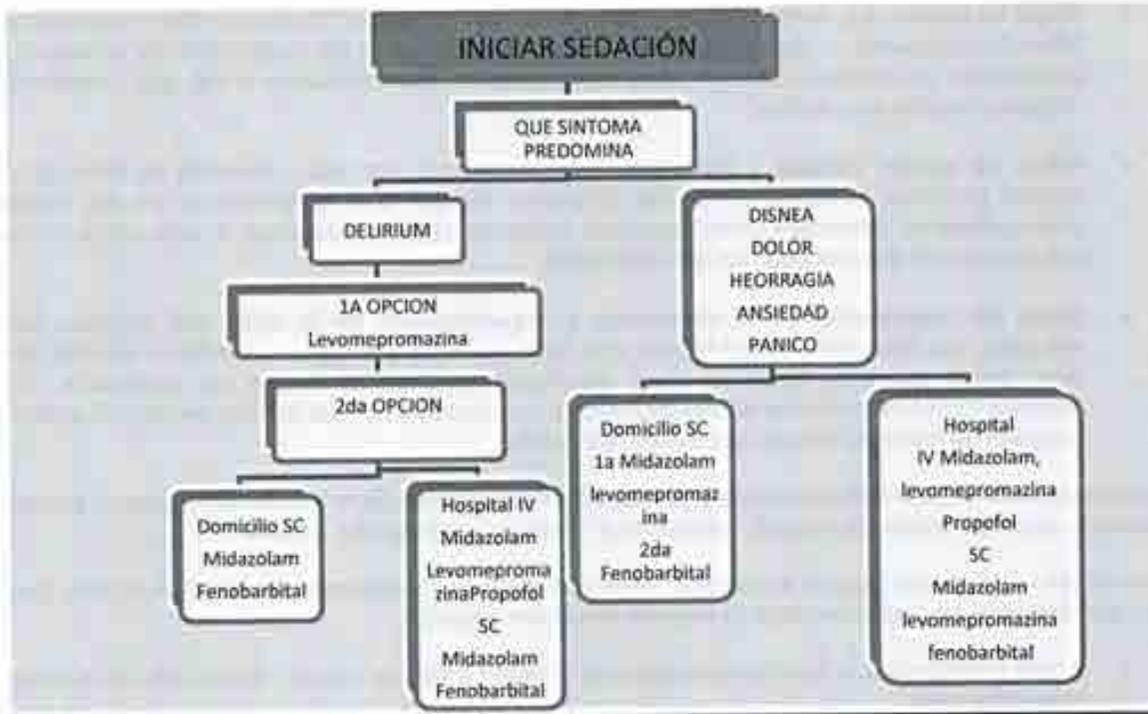
#### ● PROPOFOL

Anestésico de acción ultracorta, de uso exclusivo iv, que se emplea cuando fallan o hay alergia al midazolam y levomepromazina.

Se presenta en viales de 10 mg/ml (1%) y de 20 mg/ml (2%).

- Inicia su acción en 30 segundos y dura 5 minutos.
- No se debe mezclar con otros fármacos
- Antes de usarlo es preciso disminuir al 50% la dosis de benzodiazepinas, neurolepticos y opioides.





### LA FAMILIA ANTE LA MUERTE DE UN NIÑO

La familia es el pilar básico en el que todo profesional debe apoyarse para el cuidado del niño enfermo, es por ello importante, no separar las necesidades de ambas partes ya que en los cuidados paliativos pediátricos ambas funcionan como una misma unidad<sup>36</sup>.

La pérdida de un familiar, en este caso cuando se trata de un niño, es un proceso doloroso que repercute de forma directa en el equilibrio familiar, donde padres, hermanos y otros miembros de la misma se ven duramente afectados. Existen diversas formas de afrontar la situación, llegando a producirse grandes cambios en el comportamiento y una profunda tristeza en cada una de las personas afectadas.

El duelo es la reacción normal que se produce ante la pérdida del niño, produciéndose una reestructuración de la vida social, espiritual y emocional de los afectados por la pérdida del niño enfermo.

La aparición o no de duelo patológico se va a relacionar directamente con la intensidad y duración de la reacción emocional. Por lo tanto, existe la posibilidad de señalar que es duelo "normal" o "patológico", si consideramos la intensidad del mismo y su duración. Diferenciamos cuatro etapas por las que debe pasar una persona necesariamente durante el proceso de duelo:

- **Etapas de pena y dolor:** existe una incapacidad para aceptar la realidad y un sentimiento de desconcierto. La duración varía entre horas a una semana. Para los profesionales es una situación difícil de abordar, debido a la coexistencia de reacciones y comportamientos incomprensibles e incluso desconcertantes. Proporcionar información, ser respetuoso, facilitar la privacidad de la familia y brindar apoyo emocional deben ser los objetivos que debe alcanzar todo profesional en esta etapa.



Contigo 100

## CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

### LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

CHMH-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 50 de 60

- **Etapa de miedo, ira, culpabilidad y resentimiento:** necesidad de reencontrar a la persona fallecida, existiendo u deseo de recuperación que lleva a la no aceptación de la muerte, provocando ira, miedo, culpabilidad y resentimiento hacia aquellos a los que considera responsables de su pérdida.
- **Etapa de apatía, tristeza y desinterés:** se caracteriza por una sensación de soledad y tristeza profunda. A diferencia de las anteriores etapas, esta se diferencia en que viene acompañada de diferentes síntomas como: insomnio, cefalea, ansiedad. Si esta etapa no es resuelta puede desembocar en una depresión.
- **Etapa de reaparición de la esperanza y reconducción de la vida:** son diversas las variables que intervienen en el tiempo que cada individuo tiene para asimilar la pérdida del niño, por lo que esta etapa no tiene una fecha concreta en la que ser alcanzada. Se caracteriza por ser una fase de recuperación y reparación en el que los recuerdos y vivencias pasadas de felicidad toman una mayor relevancia.

No necesariamente todo individuo pasará por las diferentes etapas de la misma forma y en el mismo momento, sino que estas mismas se entrelazan y mezclan a lo largo del tiempo.

Además de las distintas etapas analizadas podemos distinguir y destacar los tipos de duelos que más comúnmente se presentan ante la pérdida de un ser querido:

- **Duelo anticipado:** la familia ha empezado el duelo antes de que la pérdida del ser querido haya sucedido.
- **Duelo negado:** la negación de la muerte del ser querido toma un carácter patológico.
- **Duelo retardado:** aparece en personas que en las fases iniciales no ha dado muestras de afectación o dolor por la pérdida.
- **Duelo crónico:** la persona es incapaz de avanzar y se alarga en el tiempo, manteniéndose en alguna de las fases sin avanzar hasta su resolución.
- **Duelo complicado:** existe una respuesta emocional anormal debido a una mala resolución de la pérdida, produciéndose una desviación en la duración e intensidad del mismo.

### CUIDADO ESPIRITUAL

Las creencias, doctrinas y prácticas relacionadas con el ámbito espiritual son aspectos generalmente descuidados durante el manejo médico de los pacientes con enfermedades en fase terminal, y aunque algunos centros están mostrando un interés creciente al respecto, hasta el momento no existen estrategias o instrumentos para evaluar las necesidades espirituales de los pacientes pediátricos con cáncer.

Lo cierto es que estas creencias son con frecuencia un elemento que hace menos difícil la fase terminal y facilita la aceptación de la muerte, tanto para el paciente como para su familia. Durante la comunicación, el equipo de cuidados paliativos debe ser siempre respetuoso e imparcial ante todos los aspectos espirituales del paciente y su familia, es importante escuchar y evitar imponer las propias creencias.

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Ginecología y Radioterapia	
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos	
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CHMH-DM-OR-11-CPP	Página Página 51 de 60

### PRINCIPALES OBSTÁCULOS PARA OTORGAR CUIDADOS PALIATIVOS EFECTIVOS

Atender a un niño o adolescente que muere es una situación particularmente difícil, requiere destrezas para el manejo de los síntomas y para la comunicación con paciente y su familia. A continuación, se enlistan los principales obstáculos que pueden interferir con los cuidados paliativos:

1. Discrepancias entre el personal médico acerca de la condición terminal del paciente.
2. Excesos terapéuticos derivados de la buena intención de controlar la enfermedad.
3. Falla en reconocer los síntomas clave que generan sufrimiento al paciente.
4. Falta de conocimiento para prescribir ciertos medicamentos (por ejemplo, opioides o sedantes).
5. Inaccessibilidad a medicamentos opioides.
6. Prejuicios relacionados con el uso de opioides debido a la preocupación de la familia, y en ocasiones del personal médico del desarrollo de farmacodependencia o sedación excesiva.
7. Interrupción de los fármacos indicados para el control de los síntomas, cuando aún son necesarios.
8. Falta de recursos hospitalarios (Servicio de Medicina del Dolor, anestesiólogos para proporcionar anestesia en procedimientos dolorosos, Servicio de radioterapia).
9. Subestimación del beneficio de las intervenciones con el argumento de la corta esperanza de vida de los pacientes o de la toxicidad potencial del tratamiento.
10. Falta de guías de tratamiento.
11. Fallas al comunicar de manera sensible al paciente y su familia, la información relacionada con la muerte.
12. Falsas expectativas del paciente o su familia de que la enfermedad mejorará, con la consecuente negación de la condición terminal del caso.
13. Pérdida de confianza de la familia o el paciente en el médico o médicos tratantes.
14. Conflictos familiares.
15. Limitaciones económicas por parte de la familia.
16. Limitaciones sociales o culturales que afectan el apego al tratamiento.



CHAH  
CENTRO HOSPITALARIO DE  
HIDALGO  
Contigo 100

## CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

### LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

CHMH-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 52 de 60

#### PROCESO DE ADMISION HOSPITALARIA POR URGENCIAS

##### **OBJETIVO:**

Dar continuidad a la atención de pacientes que posterior a la clasificación (Triage), requieren ser manejados en área de urgencias.

Establecer un procedimiento para otorgar atención médica quirúrgica de manera integral y con oportunidad.

##### **Políticas.**

La atención del paciente de urgencias es prioritaria.

Todo paciente que sea trasladado de un área de hospital a otra deberá ser presentado al personal a cargo del área que recibe.

El paciente en corta estancia y área de contingencia idealmente deberá tener destino en menos de 6 hrs.

El procedimiento aplica para todos los pacientes que ameritan hospitalización en áreas de urgencias (estancia corta, reanimación, interconsulta y de contingencia)



CHMH  
CENTENARIO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO  
Córdoba - 100

## CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

### LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

CHMH-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 53 de 60

#### PROCESO DE ADMISIÓN ÁREA DE PROCEDIMIENTOS

#### OBJETIVO:

Dar continuidad a la atención del paciente, en cuanto a un síntoma descontrolado (dolor), requiere ser manejado en área de procedimientos. Establecer un procedimiento para otorgar atención médica oportuna.

#### Políticas:

La atención médica estará orientada preferentemente para el paciente que no cuente con derechohabencia a otra institución de salud pública  
Es requisito indispensable contar con expediente clínico vigente del hospital para recibir atención médica.  
Todo trámite o solicitud escrita debe contener los datos completos que se soliciten en el formato (nombre, edad, fecha, nombre y firma del médico)

No. Actividad	Responsable	Descripción de la actividad								
1	Médico Tratante	<p>Informar al paciente que requiere ingreso a área de procedimientos.</p> <p>Otorga información relacionada con el diagnóstico y propuesta de tratamiento.</p>								
2	Médico Tratante	<p>Elaborar <b>hoja de ingreso e indicaciones médicas</b> en expediente clínico electrónico acerca de procedimiento a realizar.</p> <p>Informa al paciente y/o familiar pasar con enfermera a cargo de área de procedimientos</p>								
3	Enfermera de área de procedimiento	<p>Solicita al paciente y/o familiar la <b>hoja de indicaciones médicas</b>.</p> <p>Solicita a Archivo Clínico el <b>expediente clínico</b>.</p> <p>Verifica si el paciente es ambulatorio.</p> <p>¿Es ambulatorio?</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50px;">Si</td> <td>Pasa al paciente a Control de síntomas.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Verifica disponibilidad de cama para procedimiento.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Solicita disponibilidad de camas a enfermera encargada de área del servicio donde será internado el paciente.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Corroborar con enfermería el ingreso del paciente</td> </tr> </table>	Si	Pasa al paciente a Control de síntomas.		Verifica disponibilidad de cama para procedimiento.		Solicita disponibilidad de camas a enfermera encargada de área del servicio donde será internado el paciente.	Si	Corroborar con enfermería el ingreso del paciente
Si	Pasa al paciente a Control de síntomas.									
	Verifica disponibilidad de cama para procedimiento.									
	Solicita disponibilidad de camas a enfermera encargada de área del servicio donde será internado el paciente.									
Si	Corroborar con enfermería el ingreso del paciente									



**CENTENARIO HOSPITAL  
MIGUEL HIDALGO**

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

**LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

CHMH-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 54 de 60

**PROCESO DE ADMISION HOSPITALARIA POR CONSULTA EXTERNA**

**OBJETIVO:**

Conocer el proceso administrativo para consulta externa.

**Políticas:**

La atención médica estará orientada preferentemente para el paciente que no cuente con derechohabencia a otra institución de salud pública.

Es requisito indispensable contar con expediente clínico vigente del hospital para recibir atención médica.

Todo trámite o solicitud escrita debe contener los datos completos que se soliciten en el formato (nombre, edad, fecha, nombre y firma del médico)

La responsabilidad directa para gestionar algún trámite administrativo al anterior del hospital, (admisión, traslado, alta).

Cualquier trámite administrativo al exterior del hospital debe ser informado y autorizado por la dirección médica o jefatura del departamento Médico que atiende al paciente.

Cualquier duda en la forma de proceder debe ser comunicada al jefe inmediato superior, para normar la conducta a seguir.

En las actividades medico asistenciales, en las que participe personal becario, serán supervisadas por el médico tratante del paciente.

La atención estará sujeta a la capacidad hospitalaria y podría verse limitada en situaciones de saturación.

No. Actividad	Responsable	Descripción de la actividad
1	Médico Tratante	Informar al paciente que requiere ingreso a hospitalización.  Otorga información relacionada con el diagnóstico y propuesta de tratamiento.
2	Médico Tratante	Elaborar <b>hoja de ingreso e indicaciones médicas</b> en expediente clínico electrónico.  Elabora <b>hoja de internamiento</b> y entrega al paciente.  Informa al paciente y/o familiar pasar a ventanilla de admisión hospitalaria.
3	Trabajadora Social Admisión Hospitalaria	Solicita al paciente y/o familiar la <b>hoja de internamiento</b> .  Solicita a Archivo Clínico el <b>expediente clínico</b> .  Verifica si el paciente es ambulatorio o requiere internamiento en hospitalización.  ¿Es ambulatorio?  <b>Si</b> Pasa al paciente a Control de Admisión Hospitalaria.



EMAR  
 Contigo...100

**CENTENARIO HOSPITAL  
 MIGUEL HIDALGO**

Fecha de emisión:  
 Diciembre 2020

Área Responsable:  
 Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
 Octubre 2021

Tipo de Documento:  
 Manual de Procedimientos

CHMH-DM-OR-11-CPP

Página  
 Página 55 de 60

**LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

		<p><b>No</b> Verifica disponibilidad de camas en hospitalización.</p> <p>Solicita disponibilidad de camas a enfermera encargada de área del servicio donde será internado el paciente.</p> <p>Disponibilidad de camas</p> <p><b>Si</b> Corroborar con enfermería el ingreso del paciente</p> <p><b>No</b> Localiza a médico tratante e informa para su reprogramación</p>
4	Trabajadora Social Admisión Hospitalaria	<p>Solicita al familiar ficha de depósito y/o cobertura por Seguro Popular.</p> <p>Solicita, en su caso, comprobante de donación sanguínea.</p> <p><b>Paciente ambulatorio</b> Solicita al familiar lo acompañe al vestidor de Admisión Hospitalaria para que se coloque bata hospitalaria.</p> <p>Solicita al familiar deposite en casillero la ropa del paciente y guarde la llave.</p> <p>Avisa a Auxiliar Paramédico para trasladar paciente a Ambulatoria.</p> <p><b>Paciente hospitalizado</b> Verifica disponibilidad de camas en hospitalización.</p> <p>Informa al familiar el piso y número de cama en donde hospitalizado el paciente</p> <p>Le informa al familiar pase a Vigilancia para entrega de <b>Gafete de Permanencia</b>.</p> <p>Entrega <b>Reglamento de Hospitalización</b></p>
5	Enfermera	<p>Solicitar <b>expediente clínico</b> y verificar existencia de indicaciones de ingreso.</p> <p>Notifica a Médico Residente del servicio correspondiente el ingreso del paciente.</p>



Contigo 100

# CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

## LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

CHIMI-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 56 de 60

### 4. Formatos.

- 4.1 Expediente clínico
- 4.2 Hoja de internamiento
- 4.3 Hoja de Ingreso
- 4.4 Pase de visita para familiar
- 4.5 Gafete de Permanencia
- 4.6 Reglamento de hospitalización
- 4.7 Indicaciones médicas

### 5. Conservación de registros.

¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Cuánto tiempo?
Expediente clínico	Jefatura de Archivo Clínico	Carpeta	Permanente
Formato de internamiento	Trabajo Social	Anexado al Expediente Clínico	Permanente
Nota de Ingreso	Médico Tratante	Anexado al Expediente Clínico	Permanente
Indicaciones médicas	Médico Tratante	Anexado al Expediente Clínico	Permanente

### MEDICO ASISTENCIAL.

Brindar atención oportuna con calidad y seguridad para los pacientes  
 Procurar apegarse a los procedimientos y guías clínicas de manejo establecidas por la institución.  
 Para realizar cualquier procedimiento invasivo será necesario contar con un consentimiento informado por escrito y firmado por el paciente o el familiar.

 <p><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	<b>Fecha de emisión:</b> Diciembre 2020	<b>Área Responsable:</b> Departamento de Oncología y Radioterapia
	<b>Fecha de Revisión:</b> Octubre 2021	<b>Tipo de Documento:</b> Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		<b>CHMH-DM-OR-11-CPP</b>
		<b>Página</b> Página 57 de 60

### PROCESO DE SOLICITUD MEDICAMENTO CONTROLADO

#### **OBJETIVO:**

Conocer el procedimiento específico para solicitar medicamento controlado y dar cumplimiento a la normativa.

#### **POLÍTICAS:**

Se debe contar con cédula profesional para poder emitir receta de medicamentos controlados. La solicitud del medicamento controlado será realizada por el médico tratante. La receta para medicamento controlado deberá cumplir con los lineamientos establecidos por la COFEPRIS ( Manual de manejo de Medicamentos Psicotrópicos y estupefacientes).

#### **PROCEDIMIENTO**

No ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	MEDICO TRATANTE	Elaborar la receta autorizada para indicar medicamento controlado, con los datos solicitados por la secretaria de salud.
2.-	MEDICO TRATANTE	Entrega receta a enfermera responsable del servicio
3.-	ENFERMERA DE SERVICIO	Entrega receta a farmacia.
4.-	PERSONAL DE FARMACIA	Verifica que la receta cumpla con normativa y Verifica existencia. En el caso que no existiera medicamento, entrega receta a los familiares para surtir externamente.
5.-	PERSONAL DE FARMACIA	Entrega medicamento y registra la salida del mismo en la bitácora de registro y entrega de medicamentos controlados.

#### **Formatos.**

- 4.1 Expediente clínico
- 4.2 Indicaciones médicas
- 4.3 Receta autorizada para indicar medicamento controlado
- 4.4 Bitácora de registro y entrega de medicamentos controlados

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	Fecha de emisión: Diciembre 2020	Área Responsable: Departamento de Oncología y Radioterapia
	Fecha de Revisión: Octubre 2021	Tipo de Documento: Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CIMIH-DM-OR-11-CPP Página Página 58 de 60

### PROCEDIMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Objetivo.**

Conocer el procedimiento de solicitud de consentimiento informado, así como dar cumplimiento a NOM 004 SSA3 2012, y al reglamento de hospitalización, incluyendo a los derechos de los pacientes.

**Políticas:**

- La referencia normativa para elaborar cualquier documento del expediente clínico será de la NOM 004 SSA3 2012
- La información que contienen los expedientes clínicos, debe ser considerada como confidencial
- Todo trámite por escrito debe contener los datos completos que se solicitan en el formato (nombre paciente, edad, no. Expediente, no. De cama, fecha, nombre y firma del médico que solicita).
- Cualquier trámite administrativo al exterior del hospital debe ser informado y autorizado por la Dirección Médica o la jefatura del departamento médico que atiende al paciente.
- Para realizar cualquier procedimiento invasivo ó quirúrgico, será necesario contar con un consentimiento informado por escrito con la firma del paciente y/o familiar.
- En situaciones de urgencia vital inminente, donde no sea posible obtener consentimiento informado por paciente o por ausencia de familiares deberá ser autorizado por el grupo médico que atiende a la emergencia atestiguando trabajo social se trate de una situación de emergencia.
- En las actividades médico asistenciales en que participe personal becario, serán supervisadas por el médico tratante del paciente.

### **LISTADO DE PROCEDIMIENTOS QUE REQUIEREN CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Procedimientos Invasivos.

- Colocación de dispositivo subcutáneo.
- Hidratación por dispositivo subcutáneo.
- Infusiones continuas con bomba de infusión

Procedimientos anestésicos:

- Anestesia General
- Anestesia regional
- Anestesia Troncal
- Sedación

Procedimientos invasivos fuera de quirófano

- paracentesis.

 <p style="text-align: center;"><b>CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO</b></p>	Fecha de emisión: Diciembre 2020	Area Responsable: Departamento de Oncología y Radioterapia
	Fecha de Revisión Octubre 2021	Tipo de Documento: Manual de Procedimientos
<b>LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS</b>		CHMH-DM-OR-11-CPP Página Página 59 de 60

### 3. Procedimiento:

No. Actividad	Responsable	Descripción de la actividad
1	Médico Tratante y/o Residente	Informar al paciente y/o familiar que requiere procedimiento invasivo.
2	Médico Tratante y/o Residente	Informar al paciente y familiares sobre procedimiento a realizar.  Explicar procedimiento a realizar en forma clara y entendida, incluyendo riesgos y beneficios.  Preguntar si quedó clara y entendida la explicación, en caso contrario explicar nuevamente.
3	Médico Tratante y/o Residente	Pedir autorización del procedimiento, registrar en <b>Formato de Consentimiento Informado</b> de acuerdo con lo establecido en la NOM 004 SSA2 2013; en caso que no ser autorizado consiga en formato la no autorización.  Si el paciente es menor de edad o se encuentra inconsciente, registrar dichas condicione en el expediente y solicitar la autorización de los padres y/o tutores responsables.
4	Médico Tratante y/o Residente	Solicitar nombre completo y firma del paciente y/o responsable y de dos testigos  Firmar el <b>consentimiento informado</b> y presentarse con el responsable de la atención del paciente.
5	Médico Tratante y/o Residente	Anexar el formato al <b>expediente clínico</b> .

### 4. Formatos.

4.1 Expediente clínico

4.2 Formato de consentimiento informado

### 5. Conservación de registros.

¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Cuánto tiempo?
Formato consentimiento informado	de Médico Tratante	Anexado al Expediente clínico	Permanente
Expediente clínico	Jefatura de Archivo Clínico	Carpeta	Permanente



Contigo 100

### CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Fecha de emisión:  
Diciembre 2020

Área Responsable:  
Departamento de Oncología y Radioterapia

Fecha de Revisión:  
Octubre 2021

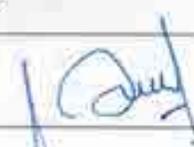
Tipo de Documento:  
Manual de Procedimientos

### LINEAMIENTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

CHMH-DM-OR-11-CPP

Página  
Página 60 de 60

#### AUTORIZACIONES:

	Nombre y Puesto de Trabajo	Firma	Fecha
Elaboró	Dra. Sandra Elizabeth Jiménez Cetina Médico Paliativista		NOVIEMBRE 2021
Revisó	Dra. Zoila Cruz Rivera Jefe del Departamento de Calidad y Auditoría Médica		Nov en las 2021
Revisó	Dr. José Juan Ramírez Jaime Jefe del Departamento de Oncología y Radioterapia		Nov 2021
Revisó	Dra. Lucila Martínez Medina Director del Área Médica		Nov 2021
Aprobó	Dr. Armando Ramírez Loza Director del Centenario Hospital Miguel Hidalgo		Nov 2021