

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización
2017

**CUIDADOS PALIATIVOS
EN PACIENTES ADULTOS**

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-440-11

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **cuidados paliativos en pacientes adultos**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

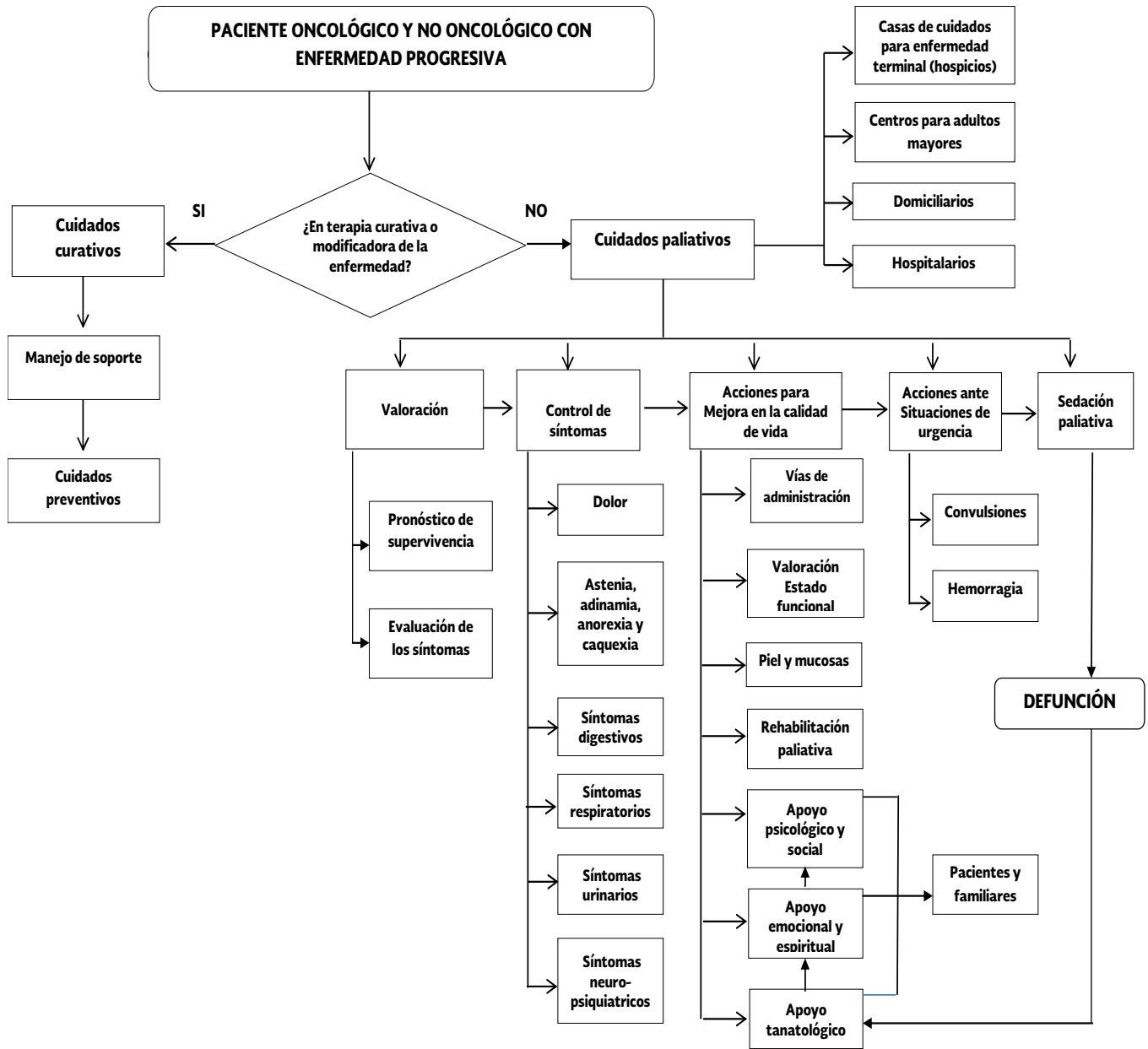
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

<http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

Debe ser citado como: **cuidados paliativos en pacientes adultos**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO



Fuente: Elaborado por el grupo desarrollador

2. INTERVENCIÓN EN SALUD

DIAGNÓSTICO DE LOS SINTOMAS

Recomendación Clave	GR*
En el caso de optar por el uso de escalas de valoración de síntomas, se recomienda la utilización de instrumentos validados como la escala <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> (ESAS) (ver cuadro 3.2.1).	D
Utilizar la escala <i>Palliative Prognostic Score</i> (PaP) para la evaluación de los pacientes que requieren cuidados paliativos (Ver cuadro 3.2.2 y 3.2.3).	D
Utilizar la escala de Karnofsky para evaluar la supervivencia.	D
En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA), (ver cuadro 3.2.4.) escala de dolor para pacientes con demencia (PAINAD) (ver cuadro 3.2.5), el Cuestionario Breve del Dolor (CBD) o la que el médico tratante considere adecuada (ver cuadro 3.2.6).	C
Se sugiere emplear el test mini mental de Folstein (MMT) para realizar evaluación de la función cognitiva (ver anexo 3.2.7).	D
Utilizar las escalas de Confussion Assesment Method para la detección del delirium(ver anexo 3.2.8).	D
Se recomienda utilizar el inventario de Beck para valorar la depresión (ver cuadro 3.2.9).	B
Es recomendable utilizar el inventario de BECK para evaluar la ansiedad (ver cuadro 3.3.10).	B

TRATAMIENTO DE LOS SINTOMAS

Recomendación Clave	GR*
La vía subcutánea puede resultar una opción adecuada, a través de catéteres intermitentes (punzocat o aguja tipo mariposa), aplicación de dosis usando jeringas de insulina, o infusión continua mediante dispositivos portátiles.	D

La vía endovenosa es frecuentemente utilizada en pacientes hospitalizados, en los que ya se dispone de un acceso central o periférico, o bien cuando resulta imprescindible para la administración de fármacos no disponibles por otra vía.	D
Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS así como fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente (ver cuadro 3.2.11).	D
La administración de fármacos debe titularse en forma progresiva, adecuar dosis de forma individualizada, monitorizar la respuesta y en lo posible evitar la polifarmacia.	D
La morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia.	A
La morfina es el fármaco de elección para rescate en el dolor irruptivo, excepto, en los pacientes con insuficiencia renal (10 % de la dosis diaria por dosis).	D
En ausencia de evidencia que permita predecir qué pacientes pueden beneficiarse más del tratamiento con oxígeno para aliviar la disnea, se recomienda valorar la pertinencia del tratamiento según la respuesta individual.	B
A través de ejercicios de relajación, respiración controlada y ejercicio supervisado es posible disminuir la angustia y la ansiedad por dificultad respiratoria.	C
La morfina es el fármaco de primera elección, por vía oral y parenteral, para el manejo de disnea.	A
En caso de necesidad de tratamiento farmacológico en enfermedad terminal, los corticoides son los fármacos de elección para anorexia, astenia o caquexia. No se recomienda el uso de hidracina.	A
Si se opta por la rehidratación parenteral, puede considerarse en primer lugar la vía subcutánea, siempre que se cuente con los medios necesarios y personal preparado (personal médico, personal de enfermería, promotor de salud o cuidadores entrenados en caso de no contar con el recurso humano mencionado).	B
La prevención de la mucositis mediante fármacos o medidas locales (enzimas hidrolíticas, hielo, sulfato de zinc) o parenterales (amifostina) puede realizarse en casos seleccionados y cuando se disponga del recurso.	B
Los fármacos se encuentran aprobados por la FDA para el tratamiento de la xerostomía: pilocarpina y cevimeлина.	B

En los pacientes oncológicos con candidiasis oral pos tratamiento inmunosupresor, puede utilizarse el miconazol, ketoconazol y fluconazol.	A
La dieta debe adaptarse a las características clínicas de la disfagia. Se recomienda una dieta blanda, de acuerdo a los gustos de cada paciente. En el caso de disfagia por líquidos se pueden utilizar espesantes.	D
En los vómitos inducidos por quimioterapia con moderado o bajo riesgo de emesis, se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT3 (como ondansetrón) y corticoides.	B
La metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náuseas y vómitos; sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los antagonistas de 5HT3 (ondansetrón) pueden añadirse a la terapia convencional en caso de escaso control de síntomas.	B
Considerar el alprazolam para el tratamiento de vómitos anticipatorios.	B
De acuerdo con el estado clínico del paciente se recomienda el uso de laxantes estimulantes (ejemplo: senosidos, glicerol) junto con una dieta rica en fibra, hidratación suficiente y ejercicio adaptado.	A
La prescripción de opioides debe acompañarse de medidas preventivas para el estreñimiento, incluidos los laxantes.	B
El ejercicio reduce el riesgo de constipación; debe alentarse cuando sea posible, así como fomentar una mayor ingesta de fibra, salvado o formulaciones de fibra soluble, teniendo presente que estos suplementos requieren actividad y la ingesta de líquidos para evitar la impactación.	D
La loperamida está indicada cuando persista la diarrea de origen no infeccioso, incluidos los estadios 1 y 2 producidos por quimioterapia o radioterapia.	B
En caso de diarrea refractaria puede utilizarse octreótida por vía subcutánea en casos seleccionados con una dosis inicial óptima de 0,1 mg tres veces al día.	B
El haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delirium.	B
La terapia inicial del paciente deprimido en cuidados paliativos comprende intervenciones estructuradas psicosociales, incluida la psicoterapia por el personal del equipo que le atiende y, si el caso lo requiere, por personal especializado dentro de un programa estructurado.	B

Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando el apoyo psicológico no es suficiente. Pueden utilizarse benzodiazepina, preferentemente las de acción corta o intermedia.	D
Se recomienda el abordaje inicial mediante una estrategia cognitivo-conductual en todos los pacientes con insomnio.	D
Se recomienda prescribir una benzodiazepina o un agonista de receptores benzodiazepínicos a los pacientes que no respondan bien al tratamiento no farmacológico o que no puedan esperar a la aplicación del mismo.	D
Las medidas de prevención de las úlceras por presión son: cambios posturales (cada 2 horas), adecuada nutrición, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza e hidratación.	C
Se recomienda utilizar superficies especiales de apoyo en pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión.	A
Considerar apósitos profilácticos para prevenir las úlceras sacras y del talón en los pacientes con riesgo.	A
Se puede considerar el uso de ácidos grasos hiperoxigenados en pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión.	A
El tratamiento de la retención aguda de orina se basa en realizar un vaciado de la vejiga mediante sondaje asociado a alfa-1 bloqueadores.	D
El tratamiento de la retención aguda de orina se basa en realizar un vaciado de la vejiga mediante sondaje asociado a alfa-1 bloqueadores.	A
Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en cuidados paliativos deben ofrecer un soporte emocional básico.	B
Evaluar el apoyo social percibido, la autoeficacia como elementos asociados al afrontamiento de la enfermedad, el ajuste y el deterioro físico debido a la enfermedad oncológica.	B
Debe ofrecerse a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información.	C

Una evaluación espiritual debe ser parte integral del plan de cuidados paliativos.	Fuerte
Se recomienda la terapia con counselling en pacientes con cuidados paliativos y sus familiares.	C
Realizar actividad física es una intervención segura y posible para los pacientes con cáncer en estado avanzado.	D
Mantener móvil las articulaciones, evitando rigidez de las mismas que puedan dificultar la atención digna y correcta del enfermo.	D
El tratamiento inicial de la crisis convulsiva es diazepam intravenoso. La opción alternativa es midazolam subcutáneo.	D
El consentimiento verbal se considera suficiente, si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Es imprescindible dejar constancia en la historia clínica.	A
Se recomienda la utilización de midazolam como primera opción para la sedación paliativa en la mayoría de los síntomas.	D
Considerar la aplicación de barbitúricos en aquellos casos en los cuales el midazolam no tenga buen resultado.	D
Se sugiere el uso de propofol como sedante como última opción terapéutica.	D
Tras iniciar el tratamiento con sedación paliativa, se recomienda monitorizar el nivel y profundidad de la sedación mediante una escala validada, dejando constancia de ello en la historia clínica (ver cuadro 3.2.12).	D

CRITERIOS PARA ATENCIÓN PALIATIVA

Recomendación Clave	GR*
Todos los enfermos en fase final de la vida deben tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención.	D
Se sugiere integrar equipos interdisciplinarios para la otorgar atención paliativa.	D
El domicilio del enfermo con enfermedad progresiva o al final de la vida, debe ser considerado como el sitio más adecuado para la prestación de los servicios de cuidados paliativos.	Punto de buena práctica
El médico tratante deberá aplicar protocolos de tratamiento para brindar cuidados paliativos generales y específicos, en su caso, determinar aquellos que puedan ser aplicados por los familiares en su domicilio, para el manejo del dolor y los principales síntomas que aquejan a los enfermos, los cuales deberán contener las indicaciones básicas para detectar situaciones que ameriten que el enfermo, sea trasladado al servicio de urgencias de un establecimiento de atención médica.	Punto de buena práctica
<p>Con la finalidad de evitar desplazamientos innecesarios del enfermo con enfermedad progresiva o al final de la vida, a los establecimientos para la atención médica hospitalaria, éste o en su caso, sus familiares, tutor o representante legal, tendrán derecho a recibir información e instrucciones precisas por escrito, así como capacitación respecto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los cuidados generales y propios de la condición del enfermo en situación terminal, signos y síntomas que conforme a la enfermedad, es probable que se presenten; • Los fármacos y esquemas terapéuticos a administrar y; • Los números telefónicos para recibir apoyo y asesoría ante una crisis. 	Punto de buena práctica
El médico tratante será responsable de explicar detalladamente las causas de los principales síntomas que se prevé puedan presentarse, en términos claros que el enfermo en situación terminal y sus familiares puedan comprender y asociar con medidas terapéuticas estandarizadas.	Punto de buena práctica
<p>Los criterios que los prestadores de servicios de atención médica deben observar para el internamiento de enfermos con enfermedad progresiva o al final de la vida que van a recibir cuidados paliativos, son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que exista una complicación reversible que amerite hospitalización para su tratamiento; • Que se trate de pacientes con enfermedades progresivas con dolor o síntomas físicos o psicológicos severos, que no sean controlables con las medidas establecidas para los cuidados ambulatorios o en el domicilio del enfermo; • Que sea necesaria la prevención o tratamiento de crisis de claudicación familiar, que pudiera poner en riesgo la eficacia de los cuidados paliativos; • Que el régimen terapéutico se haya tornado complejo y la familia no pueda suministrar la medicación o las acciones terapéuticas en forma adecuada y/o, • Que se tengan que practicar estudios de diagnóstico especiales o tratamiento de cuidados paliativos especializados. 	Punto de buena práctica

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 3.2.1. Cuestionario de Evaluación de Síntomas Edmonton (ESAS)

Evalúa el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un periodo de tiempo determinado (24 horas, 48 horas y 1 semana), según la condición del paciente. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

Fuente: Watanabe, S. M., Nekolaichuk, C. L. and Beaumont, C. The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement. *Psycho-Oncology*. 2012; 21: 977–985.

Cuadro 3.2.2. ESCALA PALLIATIVE PROGNOSCTIC SCORE (PaP SCORE)

VARIABLE		PUNTAJE
Disnea	Presente	1
	Ausente	0
Anorexia	Presente	1
	Ausente	0
Estimación clínica	>12	0
	11-12	2
	9-10	2.5
	7-8	2.5
	5-6	4.5
	3-4	6
	1-2	8.5
Índice de Karnofsky	>30	0
	10-20	2.5
Leucocitos totales por mm³	<8.500	0
	8.501 – 11.000	0.5
	>11.000	1.5
Porcentaje de linfocitos	< 12	2.5
	12-19.9	1
	>20	0

		PUNTAJE TOTAL
Grupos de Riesgo	A Probabilidad de sobrevivir a 30 días > 70%	0 – 5.5
	B Probabilidad de sobrevivir a 30 días 30-70%	5.6 – 11
	C Probabilidad de sobrevivir a 30 días < 30%	11.1 – 17.5

Fuente: López B. Validación del Índice Pronóstico de Supervivencia (Pap Score) en Cuidados Paliativos. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;13(3):162-166

Cuadro 3.2.3 escala de valoración funcional de Karnofsky

ESCALA	VALORACIÓN FUNCIONAL
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
40	Invalidez, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
30	Invalidez grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
10	Moribundo
0	Fallecido

Fuente: López B. Validación del Índice Pronóstico de Supervivencia (Pap Score) en Cuidados Paliativos. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;13(3):162-166

Cuadro 3.2.4. ESCALA VISUAL ANÁLOGA

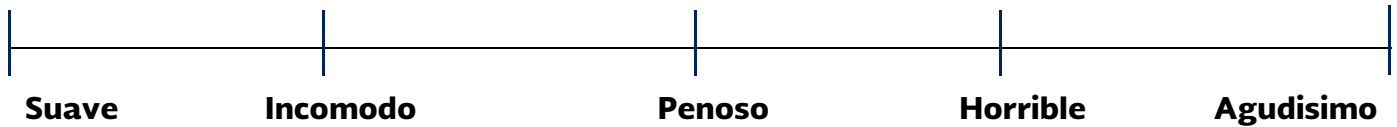
Sin dolor

Máximo dolor

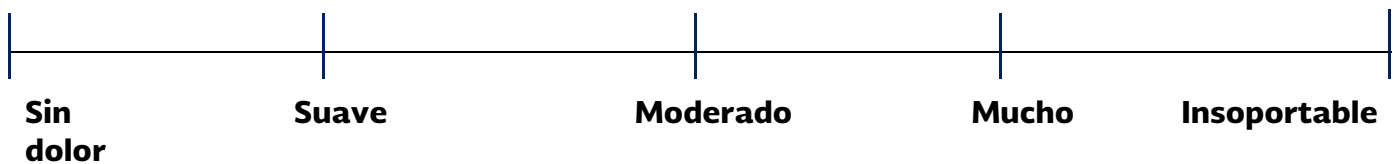
Fuente: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo del dolor 3ª edición. 2013.

ESCALAS VERBALES DESCRIPTIVAS

Escala de Melzack



Escala de Keele



Fuente: Del Castillo de Comasa Carmen, Díaz Díez-Picazo Luis, Barquinero Canales Cándido. Medición del dolor: escalas de medida. JANO 2008; 1.712. Disponible en www.jano.es

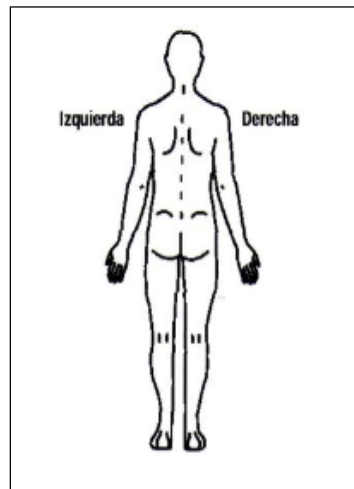
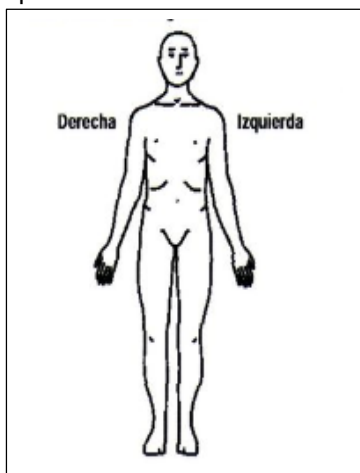
Cuadro 3.2.5. Escala de valoración del dolor a pacientes con demencia Painad

Items	0	1	2	Puntuación
Respiración (Independiente de la verbalización-vocalización del dolor)	Normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Cortos períodos de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos períodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stoke.	
Vocalización (verbalización negativa)	Ninguna	Gemidos o lamentos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación	Llamada agitadas y repetitivas. Gemidos o lamentos con volumen alto. Llanto.	
Expresión facial	Sonriente o inexpresiva(o)	Triste, atemorizada(o) asustada(o) o ceño fruncido.	Muecas de disgusto y desaprobación.	
Lenguaje corporal	Relajada(o)	Tensa(o). Camina de forma angustiada, no deja de mover las manos.	Rigido, puños cerrados, rodillas flexionadas, agarra o empuja, agresividad física.	
Consolabilidad (Capacidad de alivio)	No necesita que se le consuele	Se distrae o tranquiliza por la voz o el contacto.	No es posible consolarle, distraerlo o tranquilizarlo	
Puntuación Total				

Fuente: Montoro M, Canalias M. Pain and advanced dementia. Literature review. Gerokomos. 2015; 26(4):142-147

Cuadro 3.2.6. CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque una cruz en la zona que mas le duele.



2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor en la última semana.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad mínima de su dolor en la última semana.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad media de su dolor.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor ahora mismo.

Ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor? ejemplo: caminar, estar de pie, levantar algo.

7. ¿Qué tipo de cosas le empeora el dolor? ejemplo caminar, estar de pie, levantar algo.

8. ¿Qué tratamiento o medicación esta recibiendo para el dolor?

9. En la última semana, ¿hasta que punto le han aliviado los tratamientos o medicación para el dolor? Por favor rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

Ningún alivio 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Alivio total

10. Si toma medicación, ¿Cuánto tarda en volver a sentir dolor?

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> La medicación para el dolor no me ayuda nada | 5. <input type="checkbox"/> 4 horas |
| 2. <input type="checkbox"/> 1 hora | 6. <input type="checkbox"/> De 5 a 12 horas |
| 3. <input type="checkbox"/> 2 horas | 7. <input type="checkbox"/> Mas de 12 horas |
| 4. <input type="checkbox"/> 3 horas | 8. <input type="checkbox"/> No tomo medicación para el dolor |

11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas

Creo que mi dolor es debido a:

- | | | |
|----|----|---|
| Si | No | A. Los efectos del tratamiento (ejemplo, medicación, operación, radiación, prótesis) |
| Si | No | B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se esta tratando y evaluando) |
| Si | No | C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (ejemplo artrosis) |
- Por favor, describa esta situación: _____

12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz – si- o –no- si ese adjetivo se aplica a su dolor.

Dolorido/continuo	Si	No	Mortificante (calambre)	Si	No
Palpitante	Si	No	Agudo	Si	No
Irradiante	Si	No	Sensible	Si	No
Punzante	Si	No	Quemante	Si	No
Fatigoso (pesado)	Si	No	Adotador	Si	No
Penetrante	Si	No	Entumecido (adormecido)	Si	No
Persistente	Si	No	Penoso	Si	No
			Insoportable	Si	No

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta que punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

a. Actividad en general

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

b. Estado de ánimo

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

c. Capacidad de caminar

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

d. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

e. Relaciones con otras personas

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

f. Sueño

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

g. Disfrutar de la vida

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado por completo
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor

1. De forma regular
2. Sólo cuando lo necesito
3. No tomo medicación para el dolor

15. Tomo mi medicación para el dolor en un período de un día):

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. No todos los días | 4. 5 a 6 veces al día |
| 1. 1 a 2 veces al día | 5. Más de 6 veces al día |
| 2. 3 a 4 veces al día | |

16. ¿Cree que necesita medicación mas fuerte para el dolor?

1. Sí
2. No
3. No lo sé

17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?

1. Sí
2. No
3. No lo sé

18. ¿Esta preocupado/a por que toma demasida medicación para el dolor

1. Sí
2. No
3. No lo sé

Si la respuesta es –Si-, ¿Por qué?

19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?

1. Sí
2. No

¿Qué efectos secundarios?

20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?

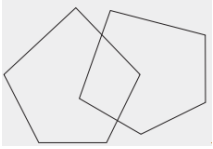
1. Sí
2. No

21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le aplique)

Compresas calientes	Compresas frias	Técnicas de relajación
Distracción	Biofeedback	Hipnosis
Otros	Por favor, especifique_____	

22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son:

Cuadro 3.2.7. ESCALA MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN (MMSE-30)

Orientación temporal						
Día	0	1				
Fecha	0	1				
Mes	0	1				
Estación	0	1				
Año	0	1				
Orientación espacial						
Hospital o lugar	0	1				
Planta	0	1				
Ciudad	0	1				
Provincia	0	1				
Nación	0	1				
Fijación						
Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:						
Papel	0	1				
Bicicleta	0	1				
Cuchara	0	1				
Concentración (solo una de las 2 opciones)						
a.Restar desde 100 de 7 en 7	0	1	2	3	4	5
b.Deletree la palabra "MUNDO" al revés	0	1	2	3	4	5
Memoria						
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0	1	2	3		
Lenguaje						
Mostrar un bolígrafo, ¿Qué es esto?	0				1	
Repetirlo con el reloj	0				1	
Repita la frase: "Ni si, ni no, ni peros"	0				1	
Tome este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0	1	2	3		
Lea esto y haga lo que CIERRE LOS OJOS	0				1	
Escriba una frase	0				1	
Copie este dibujo	0				1	
						
Total =						
Años escolarización=						
Deterioro cognitivo:						
<18puntos en analfabetos.						
<21puntos en escolaridad baja(no estudios primarios).						
<24puntos en escolaridad alta(estudios primarios o más).						

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Bermejo F, Morales JM, Valerga C, Del Ser T, Artolazábal J, Gabriel R. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia. Datos de un estudio en ancianos residentes en la comunidad. Med Clin[Barc] 1999; 112: 330-4.

3.2.8 detección del síndrome confusional agudo (DELÍRIUM). Confusion assessment method (CAM)

Confusion assessment method (CAM)	
Criterio1 Comienzo agudo y fluctuante	Hay evidencia de un cambio agudo o reciente en el estado mental del paciente, o bien la conducta o el estado mental fluctúa durante el día.
Criterio2 Desatención	El paciente tiene dificultad para concentrarse, se distrae fácilmente.
Criterio3 Pensamiento desorganizado	El paciente tiene una conversación vaga, incoherente, ilógica, flujo de ideas o cambios no justificados de un tema a otro.
Criterio4 Nivel de conciencia disminuido	La respuesta a preguntas es lenta, o bien está somnoliento.
Para establecer la sospecha de síndrome confusional (delirium) se requieren los criterios 1 y 2 de forma obligada y uno cualquiera de los criterios 3 y 4.	

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Howitz, RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990;113, 941-8.

3.2.9 CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)**Instrucciones: Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión**

<p>1.</p> <p>a) No me siento triste.</p> <p>b) Me siento triste.</p> <p>c) Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.</p> <p>d) Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>6.</p> <p>a) No creo que este siendo castigado.</p> <p>b) Creo que puedo ser castigado.</p> <p>c) Espero ser castigado.</p> <p>d) Creo que estoy siendo castigado.</p>
<p>2.</p> <p>a) No me siento especialmente desanimado ante el futuro.</p> <p>b) Me siento desanimado con respecto al futuro.</p> <p>c) Siento que no tengo nada que esperar.</p> <p>d) Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.</p>	<p>7.</p> <p>a) No me siento decepcionado de mi mismo.</p> <p>b) Me he decepcionado a mi mismo.</p> <p>c) Estoy disgustado conmigo mismo.</p> <p>d) Me odio.</p>
<p>3.</p> <p>a) No creo que sea un fracaso.</p> <p>b) Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.</p> <p>c) Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un monton de fracasos.</p> <p>d) Creo que soy un fracaso absoluto como persona.</p>	<p>8.</p> <p>a) No creo ser peor que los demás.</p> <p>b) Me critico por mis debilidades o errores.</p> <p>c) Me culpo siempre por mis errores.</p> <p>d) Me culpo de todo lo malo que sucede.</p>
<p>4.</p> <p>a) Obtengo tanta satisfaccion de las cosas como la que solia obtener antes.</p> <p>b) No disfruto de las cosas de la manera en que solia hacerlo.</p> <p>c) Ya no tengo verdadero satisfaccion de nada.</p> <p>d) Estoy insatisfecho o oaburrido de todo.</p>	<p>9.</p> <p>a) No pienso en matarme.</p> <p>b) Pienso en matarme, pero no lo haria.</p> <p>c) Me gustaria matarme.</p> <p>d) Me mataria si tuviera la oportunidad.</p>
<p>5.</p> <p>a) No me siento especialmente culpable.</p> <p>b) No me siento culpable una buena parte del tiempo.</p> <p>c) Me siento culpable casi siempre.</p> <p>d) Me siento culpable siempre.</p>	<p>10.</p> <p>a) No lloro más de lo de costumbre.</p> <p>b) Ahora lloro más de lo que lo solia hacer.</p> <p>c) Ahora lloro todo el tiempo.</p> <p>d) Solia poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.</p>

Fuente: Vega J, et al. Validity of a version in Spanish of the Beck Depression Inventory in medical in-patients. Rev Neuropsiquiatr 2014;77 (2).

3.2.10 CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)**Instrucciones: Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión**

<p>11.</p> <p>a) Las cosas no me irritan más que de costumbre. b) b. Las cosas me irritan más que de costumbre c) c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo. d) d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.</p>	<p>17.</p> <p>a) No me canso más que de costumbre. b) Me canso más fácilmente que de costumbre. c) Me canso sin hacer nada. d) Estoy demasiado cansado como para hacer algo.</p>
<p>12.</p> <p>a) No he perdido el interes por otras cosas. b) Estoy menos intiresado en otras personas que de costumbre. c) He perdido casi todo el interes por otras personas. d) He perdido todo mi interes por otras personas.</p>	<p>18.</p> <p>a) Mi apetito no es peor que de costumbre. b) Mi apetito no es tan bueno como solia ser. c) Mi apetito esta mucho peor ahora. d) Ya no tengo apetito.</p>
<p>13.</p> <p>a) Tomo decisiones casi siempre. b) Postergo la adopcion de decisiones más que de costumbre. c) Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes. d) d. Ya no puedo tomar decisiones.</p>	<p>19.</p> <p>a) No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente. b) He rebajado más de dos kilos y medio. c) He rebajado más de cinco kilos. d) He rebajado más de siete kilos y medio.</p>
<p>14.</p> <p>a) No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre. b) Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos. c) Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo. d) Creo que me veo feo.</p>	<p>20.</p> <p>a) No me preocupo por mi salud más que de costumbre. b) Estoy preocupado por problemás fisicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento. c) Estoy preocupado por mis problemás fisico y me resulta dificil pensar en otra cosa. d) Estoy tan preocupado pror mis problemás fisicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.</p>
<p>15.</p> <p>a) Puedo trabajar tan bien como antes. b) Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo. c) Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa. d) No puedo trabajar en absoluto.</p>	<p>21.</p> <p>a) No he notado cambio alguno reciente en mi interes por el sexo. b) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solia estar. c) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. d) He perdido por completo el interes en el sexo.</p>
<p>16.</p> <p>a) Puedo dormir tan bien como antes. b) No puedo dormir tan bien como solia. c) Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir. d) Me despierto varias horas antes de lo que solia y no puedo volver a dormir.</p>	

Fuente: Vega J, et al. Validity of a version in Spanish of the Beck Depression Inventory in medical in-patients. Rev Neuropsiquiatr 2014;77 (2)

3.2.11 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (Beck Anxiety Inventory BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

Fuente: Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Clínica y Salud 25 (2014) 39-48

3.2.12 ESCALA DE SEDACIÓN RAMSAY

Nivel de sedación	Características
Nivel 1	Paciente ansioso y agitado.
Nivel 2	Paciente colaborador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Paciente dormido que obedece a órdenes.
Nivel 4	Paciente dormido con respuesta a estímulos auditivos intensos.
Nivel 5	Paciente dormido con respuesta mínima a estímulos.
Nivel 6	Paciente dormido sin respuesta a estímulos.

Fuente: Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxalone alphadolone. BMJ. 1974;22:656-9