



Criterios de referencia a la Red de Clínicas de Control del Dolor y Cuidados Paliativos para las enfermedades terminales no oncológicas (CCSS)

Insuficiencia renal crónica terminal

Criterios de inclusión:

1. El paciente debe haber sido diagnosticado, valorado y adecuadamente tratado por Nefrología previamente.
2. Siempre referir a personas con ERC estadio 5 que requiere diálisis y rechaza diálisis: como una prioridad **paliativa no urgente**.
3. Siempre referir siempre referir a paciente con ERC estadio 5 que tenga síntomas severos no controlados independientemente de recibir terapia de soporte renal o no (DPCA, HD) como una prioridad **paliativa urgente**.

VIH

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con condición de vida limitada (enfermedades cardiovasculares, neurológicas, etc.)
2. VIH estadio C3 (enfermedades oportunistas)
3. Pacientes con Dolor Refractario
4. Karnofsky menor a 40 puntos.
5. Comorbilidades oncológicas, relacionadas o no al VIH
6. Enfermedades hematológicas (linfomas)
7. Conteo de CD4 menores a 200
8. Resistencias primarias o secundarias que limiten la respuesta del TARGA.
9. Pacientes para control de síntomas
10. Apoyo en el momento del diagnóstico.

Esclerosis Lateral Amiotrófica

Criterios de inclusión:

Todo paciente con ELA/EMN debe ser referido al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos y continuar un manejo en conjunto con la Clínica de la Red según área de atracción, coordinado por el Equipo de ELA del CNC DYCP

1. Diagnóstico de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)/Enfermedad de la Motoneurona (EMN) según criterios de El Escorial
2. Diagnóstico confirmado por Neurología
3. Estudios de neuroimagen (TAC y/o RMN) descartan otras patologías
4. Estudios neurofisiológicos (EMG y/o VCN) apoyan el diagnóstico

Demencia

Criterios de inclusión:

1. Demencia avanzada clasificación GDS 7 FAST C (ver anexo 1), con adecuado diagnóstico y manejo y al menos uno de los siguientes criterios:
 - a) Disfagia con la vía de alimentación no asegurada.
 - b) Presencia de úlceras por presión grado 3 y 4.
 - c) 3 o más internamientos y/o consultas a servicios de urgencias en los últimos 2 meses.

Neumopatías (EPOC y EPID)

Criterios de inclusión:

• Criterios de inclusión en EPOC:

- 1) El paciente debe haber sido valorado, diagnosticado y adecuadamente tratado por el neumólogo.
- 2) Grupo D de la clasificación GOLD ($mMRC \geq 2$ y $CAT \geq 10$).

Criterio de ingreso en EPID:

Debe cumplir con los siguientes 3 criterios:

- 1) El paciente debe haber sido valorado, diagnosticado y adecuadamente tratado por el neumólogo.
- 2) Una puntuación mayor de 50 puntos en el "Mortality risk score system for patients with IPF".
- 3) Al menos 2 hospitalizaciones en los 12 meses previos.

Hepatopatías

Criterios de inclusión:

- 1) El paciente debe ser adecuadamente diagnosticado y tratado por el Gastroenterólogo.
- 2) Además, el paciente debe cumplir uno de los siguientes criterios:
 - a. Ascitis de difícil manejo / refractaria / no responde a diurético.
 - b. Síndrome hepatorenal.
 - c. Síndrome hepatopulmonar.
 - d. Encefalopatía Hepática, estadio III / IV.
 - e. Hipertensión portal, con alto riesgo de sangrado de várices esofágicas.
 - f. Peritonitis bacteriana a repetición.
 - g. MELD > 30 pts.
 - h. Caquexia/Albumina < 2 g.
 - i. IK menor 50% por causa de la hepatopatía.

Tuberculosis

Criterios de inclusión:

- 1) Pacientes con tuberculosis y coinfección por HIV
- 2) Pacientes con tuberculosis multi-fármacos-resistente (MDR-TB)
- 3) Pacientes con tuberculosis extensa-resistencia a fármacos (XDR-TB)
- 4) Pacientes con tuberculosis sensible a tratamiento, MDR/XDR-TB, con criterio para suspender el tratamiento activo, basado en:
 - a) Criterio de calidad de vida del paciente: Los fármacos de la terapia MDR-TB tiene múltiples efectos adversos, se determina el riesgo/beneficio, e impacto sobre la calidad de vida, el continuar la terapia ocasiona mayor sufrimiento al paciente.
 - b) Criterio interés sobre la salud pública: continuar el esquema de tratamiento cuando se ha detectado fallo terapéutico ocasiona aumento de la resistencia, así como un gasto de los recursos.
 - c) Criterio de efecto adverso tóxico grave ocasionado directamente por los tratamientos antituberculosos como hepatitis, alteraciones hematológicas o neuropatía severa.

Enfermedad Arterial Periférica

Criterios de inclusión:

- 1) Todos los casos deben de tener una valoración previa del médico vascular para agotar las posibilidades de revascularización de la extremidad, y así no impedir la posibilidad reversión de los síntomas.
- 2) Además, deben cumplir con uno de los siguientes criterios:
 - a) Claudicación que comprometa severamente actividades de la vida diaria, sin posibilidades de resolución quirúrgica (revascularización) u otra alternativa terapéutica.
 - b) Paciente con oclusión aortica y compromiso renal no candidato a cirugía.
 - c) Paciente portador de Isquemia Crónica Crítica con pie diabético, + úlcera infectada
 - d) Presencia de isquemia, dolor con el miembro en descanso, con estudios hemodinámicos alterados (índice mano-tobillo <0.40).
 - e) Paciente sin alternativa quirúrgica con presencia de úlcera profunda, con gangrena extensa, + Estudios hemodinámicos (índice mano-tobillo <0.40) + SRIS.
 - f) Dolor Crónico, Herida extensa, uso de antibioticoterapia a repetición, pie diabético, con falla a cirugía endovascular o bypass.
 - g) Paciente que posterior a la amputación con dolor refractario a tratamiento, posterior a estabilización de sus comorbilidades, y sin presencia de úlceras infectadas.
 - h) Presencia de isquemia Crónica en lesiones oclusivas infrapoplíteas que amenazan la extremidad sin respuesta a terapia endovascular, ni bypass de la vena safena mayor.
 - i) Pacientes no candidatos a una amputación mayor primaria o secundaria por sus comorbilidades graves.

Cardiopatías

Criterios de inclusión:

- 1) Todos los pacientes deben de tener una insuficiencia cardíaca avanzada (Estadio D) adecuadamente diagnosticado y tratado por cardiología.
- 2) Y al menos uno de los siguientes criterios:
 - a) 3 o más internamientos o consultas a urgencias debido a descompensaciones de la cardiopatía en el último año.
 - b) Síntomas físicos o psicológicos a pesar de una educación y un tratamiento optimizado por el médico especialista en cardiología.
 - c) Arritmias sintomáticas pese a tratamiento optimizado.

Enfermedad neurodegenerativa en el adulto joven (Esclerosis Múltiple, Enfermedad de Huntington, Enfermedad por Priones, Corea Acantosis, Ataxia de Friedreich)

Criterios de inclusión:

Debe cumplir los siguientes dos criterios:

- 1) Diagnóstico específico y objetivo de la enfermedad neurodegenerativa.
- 2) Evidencia de progresión clínica de la enfermedad manifestada por al menos una de las siguientes complicaciones:
 - a) Internamientos hospitalarios a repetición (3 internamientos u hospitalizaciones al año)
 - b) Deterioro cognitivo por Demencia GDS Fast 7C.
 - c) Escala de Barthel menor o igual a 60 puntos.



b) Presencia de complicaciones asociadas por: comorbilidades, infecciones a repetición, disfgia, disnea, desnutrición, úlceras por presión y pérdida de peso no intencionada mayor al 10% en los últimos 6 meses.

Enfermedades reumatológicas avanzadas

Criterios de inclusión:

- 1) Todos los pacientes deben haber sido valorados, diagnósticos y tratados por el reumatólogo
- 2) Además, deben de cumplir los siguientes criterios específicos según la enfermedad:

Artritis Reumatoide

- a) Cambios degenerativos que ya han afectado la articulación en particular, deformidad severa, la funcionalidad de las articulaciones y la amplitud de movimiento totalmente perdidos también. Paciente presenta un (Karnofsky menor 60).
- b) Dolor severo incapacitante donde debe valorarse el uso de opioides fuertes para su manejo.
- c) Dependencia de aparatos ortopédicos, férulas y otros aparatos ortóticos para mantener una funcionalidad básica.
- d) Cumplimiento de criterios de inclusión de otras enfermedades.

Lupus Eritematoso sistémico

- a) Nefropatía lúpica, Compromiso Renal IRC estadio V.
- b) Vasculitis SNC.
- c) Cumplimiento de criterios de inclusión de otras enfermedades.

Esclerosis sistémica

- a) Alveolitis Fibrosis Pulmonar
- b) Hipertensión Arterial pulmonar
- c) IRC Estadio V
- d) Disfunción esofágica por estenosis y adenocarcinoma.
- e) Síndrome CREST
- f) Cirrosis biliar.
- d) Cumplimiento de criterios de inclusión de otras enfermedades.

Dermatomiositis

- a) Pérdida de fuerza generalizada con dependencia (Karnofsky menor 60).
- b) Dolor severo incapacitante donde debe valorarse el uso de opioides fuertes para su manejo.
- c) Cumplimiento de criterios de inclusión de otras enfermedades.

Anexos

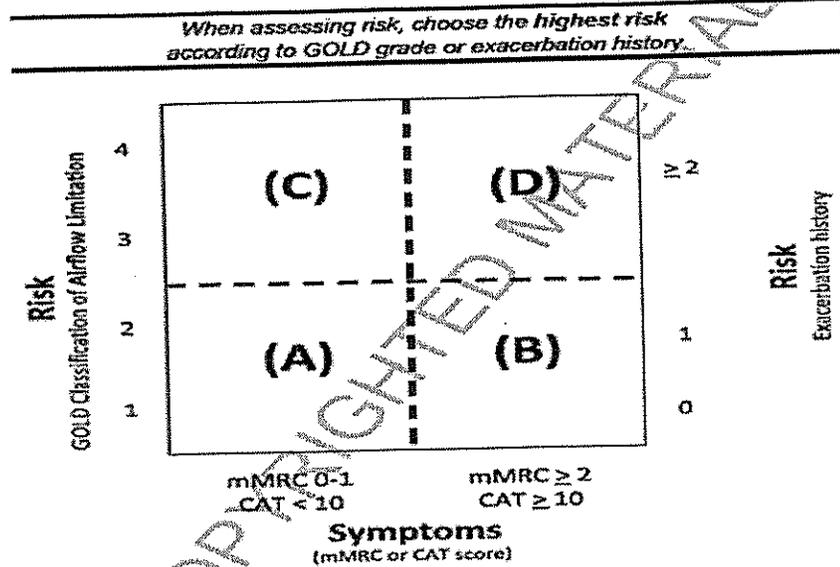
Anexos Demencias:

ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS-EAST)

Estadio	Fast clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Oligo MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Discreto límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos clínicos. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> Haberse perdido en un lugar no familiar Evidencia de rendimiento laboral pobre Dificultad para recordar palabras y nombres una la lección sobre cosas materiales olvida la ubicación, pierde o coloca inadecuadamente objetos de valor escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve/moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficit observables en tareas complejas como el control de las acciones económicas personales o planificación de comidas cuando hay invitados	De defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> olvido de hechos cotidianos o recientes déficit en el recuerdo de su historia personal dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Presumiblemente no hay de éstos en: <ul style="list-style-type: none"> orientación en tiempo y persona reconocimiento de citas y personas familiares capacidad de viajar lugares conocidos Labilidad a ferrea Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Disminución de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las costumbres	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el uso ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (fines de semana, teléfonos, nombres de familiares) Se fractura cuando desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Disminución en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; especialmente, pueden ocurrir los siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la conciencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Refiere algunos datos del pasado Desorientación temporos espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia a los familiares de los desconocidos Ritmo diario fuertemente alterado Presen cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o apatía) y abulia cognoscitiva
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subcategorías: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una o varias palabras c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicoemocionales como la discriminación Con frecuencia se observan signos neurológicos

Anexos Neumopatías:

Figure 2.3. Association Between Symptoms, Spirometric Classification, and Future Risk of Exacerbations



- Pacientes Grupo A: Bajo riesgo, pocos síntomas
- Pacientes Grupo B: Bajo riesgo, mas síntomas.
- Pacientes Grupo C: Alto riesgo, poco síntomas
- Pacientes Grupo D: Alto Riesgo, mas síntomas

Tabla 2.5 Escala de valoración de la disnea del MRC modificada ^a	
MARQUE EL RECUADRO QUE PROCEDA EN SU CASO (UN SOLO RECUADRO) (Grados 0-4)	
Grado 0 de mMRC. Tan solo me falta el aire al realizar ejercicio intenso.	<input type="checkbox"/>
Grado 1 de mMRC. Me falta el aire al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.	<input type="checkbox"/>
Grado 2 de mMRC. No puedo mantener el paso de otras personas de mi misma edad en llano o tengo que detenerme para respirar al andar en llano a mi propio paso.	<input type="checkbox"/>
Grado 3 de mMRC. Me detengo para respirar después de andar unos 100 metros después de andar pocos minutos en llano.	<input type="checkbox"/>
Grado 4 de mMRC. Tengo demasiada dificultad respiratoria para salir de casa o me cuesta respirar al vestirme o desvestirme.	<input type="checkbox"/>

^a Fletcher CM. BMJ 1960; 2: 1662.

¿Cómo es la EPOC que padece? Realización del COPD Assessment Test (CAT)

		PUNTAJACIÓN
Nunca toso	0 1 2 3 4 5	Siempre estoy tosiendo
No tengo flema (mucoosidad) en el pecho	0 1 2 3 4 5	Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucoosidad)
No siento ninguna opresión en el pecho	0 1 2 3 4 5	Siento mucha opresión en el pecho
Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta el aire	0 1 2 3 4 5	Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, me falta mucho el aire
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	0 1 2 3 4 5	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	0 1 2 3 4 5	No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco
Duermo sin problemas	0 1 2 3 4 5	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco
Tengo mucha energía	0 1 2 3 4 5	No tengo ninguna energía
Haga clic para obtener su puntuación total		

TABLE 4. MORTALITY RISK SCORING SYSTEM FOR PATIENTS WITH IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS

(1) Sum individual scores corresponding to level of each risk factor for a given patient		(2) Find expected 1-year probability of death corresponding to total risk score	
Risk Factors	Score	Total Risk Score	Expected 1-Year Risk of Death
Age			
≥70	8		
60-69	4	0-4	<2%
<60	0	8-14	2-5%
History of respiratory hospitalization		16-21	5-10%
Yes	14	22-29	10-20%
No	0	30-33	20-30%
% Predicted FVC		34-37	30-40%
≤50	18	38-40	40-50%
51-65	13	41-43	50-60%
66-79	8	44-45	60-70%
≥80	0	47-49	70-80%
24-Week change in % predicted FVC		>50	>80%
≤ -10	21		
-5 to -9.9	10		
> -4.9	0		

* For example: total score for a patient aged 70 years, with no history of respiratory hospitalization, a % predicted FVC of 51-65, and a 24-week change in % predicted FVC of -5 to -9.9, is 31 (8 + 0 + 13 + 10) and predicted 1-year probability of death, 20-30%.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Dirección de Centros Especializados
Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
Coordinación Técnica Red de Apoyo Teléfono: 2103-9600

Elaborado por:

- Dra. Andrea Medina Méndez
Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios
- Dr. Pablo Segura Corrales
Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Max Peralta
- Dra. Melissa Vargas Roldan
Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital San Vicente de Paul
- Dr. José Pablo Villalobos Cascante
Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios
- Dr. José Ernesto Picado Ovares
Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Blanco Cervantes
- Dra. Flavia Solórzano Morera
Clínica de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, Área de Salud de Palmares
- Dra. Maribel Vargas De León
Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
- Dr. Marco Ferrandino Carballo
Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
- Dr. Isaías Salas Herrera
ExDirector Médico Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
- Dra. Catalina Saint-Hilaire Arce
Directora Médica Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos

—

oo

oo

...

o

o