

DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD: DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO
TÍTULO QUE OTORGA: ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

1. PERFIL DEL EGRESADO:

El especialista en dolor y cuidados paliativos deberá estar capacitado para abordar integralmente la compleja sintomatología asociada con el cáncer y el dolor crónico de origen no oncológico, mediante la conformación de grupos interdisciplinarios dinámicos, que soporten conductas terapéuticas acordes con los requerimientos individuales del paciente, el pronóstico de su enfermedad y los recursos institucionales disponibles.

Podrá realizar funciones de gestión, para organizar una Unidad de Dolor y Cuidado Paliativo con base en hospitales de 2 y 3 nivel, y de la misma forma, podrá liderar la organización y controlar el funcionamiento de programas como el hospital de día o la atención domiciliaria de pacientes con enfermedad avanzada.

Estará capacitado para desarrollar programas de formación médica en dolor y cuidado paliativo, a nivel de pregrado y postgrado, así como programas educativos dirigidos a otros profesionales de la salud y a la comunidad en general, donde realizará labores de prevención terciaria.

Tendrá una visión global del problema, lo cual a nivel nacional, le permitirá plantear estudios de investigación y nuevos modelos de atención tendientes a encontrar soluciones que mejoren la calidad de vida del paciente con dolor crónico y enfermedad evolutiva no curable.

2. REQUISITOS PARA EL INGRESO A LA ESPECIALIDAD

- 2.1. Ser médico general o especialista en anestesiología, medicina familiar, fisiatría, medicina interna y sus diferentes ramas, cirugía general y oncología, graduado en una universidad Colombiana o extranjera con título de médico homologado de acuerdo a la legislación vigente.
- 2.2. Haber cursado el Servicio Social Obligatorio
- 2.3. Requisitos exigidos por cada uno de los programas y facultades

3. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LOS ESTUDIANTES

- 3.1. Prueba de conocimientos
- 3.2. Puntaje del examen de estado en medicina, para médicos generales que al momento de cursar su internado estaban obligados por el Decreto 1716 de 2001
- 3.3. Entrevista y Análisis de la hoja de vida

4. OBJETIVOS GENERALES DE LA ESPECIALIDAD:

- 4.1. Capacitar al medico general o especialista para que adquiera los conocimientos y destrezas necesarios para tratar pacientes con dolor agudo y crónico, hacer control de síntomas y prevención de las complicaciones asociadas con la evolución de las enfermedades crónicas no curables y manejar de manera humana y ética, práctica y costo-efectiva, la fase terminal de las mismas.
- 4.2 Fomentar la formación de unidades de Dolor y Cuidado paliativo, la investigación en el área a nivel nacional y el desarrollo de programas de educación para pacientes y la comunidad en general.

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 5.1. Adquirir conocimiento profundo de la fisiopatología del dolor agudo y crónico, así como de los demás síntomas asociados con el cáncer y las enfermedades crónicas no curables.
- 5.2. Estudiar con detalle la farmacología clínica de los medicamentos analgésicos, co-analgésicos y otros grupos útiles en el control de síntomas.
- 5.3. Revisar con énfasis en sus efectos secundarios e interacciones medicamentosas, los fármacos utilizados en el tratamiento del cáncer y SIDA.
- 5.4. Conocer detalladamente la historia natural, los métodos diagnósticos, esquemas terapéuticos y complicaciones de las patologías oncológicas mas frecuentes en nuestro medio.
- 5.5. Estudiar con profundidad la historia natural, métodos diagnósticos y esquemas de tratamiento, de las patologías no oncológicas mas frecuentemente asociadas con dolor crónico.
- 5.6. Ordenar y controlar esquemas analgésicos utilizados en dolor agudo*, incluyendo la analgesia controlada por el paciente y la analgesia epidural.

* Hay que aclarar que el programa admite diferentes especialistas del área clínica y quirúrgica y no solo a anestesiólogos, ya que su objetivo no es únicamente el manejo del dolor agudo postoperatorio. Al

- 5.7. Desarrollar la destreza y el conocimiento para realizar procedimientos analgésicos invasivos*
- 5.8. Familiarizarse con la normatividad vigente en Colombia en materia de salud y seguridad social (Ley 100 de 1993) y sus implicaciones en la practica de la especialidad. Así mismo, revisar la normatividad vigente para la formulación de medicamentos de control (Ley 30 de 1986) y adquirir la información necesaria para su consecución y manejo.
- 5.9. Centrarse en el contexto ético, social y humano del paciente colombiano con enfermedad crónica no curable, analizando las tremendas barreras que el sistema nos impone tanto a usuarios como a terapeutas y los profundos dilemas éticos que conllevan el final de la vida y la muerte.

6. CONTENIDOS TEORICOS BASICOS OBLIGATORIOS PARA LA FORMACION DEL ESPECIALISTA:

6.1 Diagnostico y Tratamiento del Dolor

6.1.1 Ciencias básicas y dolor

- 6.1.1.1 Célula y neurona
 - 6.1.1.1.1 Citología neuronal
 - 6.1.1.1.2 Síntesis y transporte de proteínas en la neurona
 - 6.1.1.1.3 Canales iónicos
 - 6.1.1.1.4 Potencial de membrana
 - 6.1.1.1.5 Canales iónicos voltaje dependientes y potencial de acción
 - 6.1.1.1.6 Transmisión sináptica, directa y mediada por segundos mensajeros
 - 6.1.1.1.7 Liberación de neurotransmisores
 - 6.1.1.1.8 Mensajeros químicos, péptidos y moléculas pequeñas
 - 6.1.1.1.9 Vesículas sinápticas
 - 6.1.1.1.10 Enfermedades de la sinapsis neuromuscular
 - 6.1.1.1.11 Enfermedades de la unidad motora
 - 6.1.1.1.12 Reacciones de la neurona ante la lesión

6.1.2. Anatomía funcional del sistema nervioso

- 6.1.2.1 Bases neuronales de la percepción y el movimiento
- 6.1.2.2 Anatomía del sistema somático sensorial
- 6.1.2.3 Control del movimiento y efectores del sistema motor
- 6.1.2.4 Efectores musculares y reflejos espinales
- 6.1.2.5 Síndromes clínicos de la medula espinal y el tallo cerebral

respecto, la Ley 6ª. de 1992 reglamenta el ejercicio de la anestesiología en Colombia, pero de ninguna manera limita la práctica de procedimientos o la aplicación de técnicas con fines analgésicos a esta especialidad, y por lo tanto, algunos procedimientos como el bloqueo de plexos o nervios y la administración de analgésicos por vía venosa, subcutánea, peridural o subaracnoidea, pueden ser practicados por otros especialistas debidamente entrenados, siempre que su objetivo sea el alivio del dolor o la realización de una prueba diagnóstica con el mismo fin, y no el de inducir un estado anestésico con fines quirúrgicos, practica debidamente reglamentada y limitada a los especialistas en anestesiología.

6.1.3. Modelos experimentales e investigación en dolor

6.2 Conceptos básicos en dolor

6.2.1. Taxonomía y aspectos semiológicos del dolor

6.2.1.1 Definición de términos

6.2.1.2 Clasificación del dolor

6.2.1.3 Mecanismo fisiopatológico y correlación clínica

6.2.2. Anatomía aplicada al dolor

6.2.3. Mecanismos del dolor y su modulación

6.2.3.1 Mecanismos periféricos del dolor

6.2.3.2 Mecanismos espinales del dolor

6.2.3.3 Mecanismos supraespinales

6.2.3.4 Mecanismos de la regulación inhibitoria

6.2.3.5 Sistema nervioso autónomo y dolor

6.2.4. Evaluación del paciente con dolor

6.2.4.1 Presentación del dolor y su correlación con el mecanismo fisiopatológico.

6.2.4.2 Métodos de evaluación del dolor en adultos y niños

6.2.4.3 Ayudas diagnosticas

6.2.4.3.1 Radiología, electrodiagnóstico, medicina nuclear

6.2.4.3.2 Pruebas farmacológicas en el diagnostico del dolor

6.2.5. Aspectos psicológicos y socioculturales del dolor

6.3 Dolor como un Síndrome

6.3.1 Dolor músculo esquelético

6.3.1.1 Osteoartritis

6.3.1.2 Artritis reumatoide

6.3.1.3 Artritis crónica juvenil

6.3.1.4 Dolor miofacial

6.3.1.5 Síndrome de fibromialgia

6.3.2 Dolor neuropático

6.3.2.1 Polineuropatías dolorosas

6.3.2.2 Síndromes de dolor regional complejo

6.3.2.3 Dolor pos amputación

6.3.2.4 Síndromes de dolor por atrapamiento de nervio periférico

6.3.2.5 Neuralgia pos herpética

6.3.2.6 Dolor de origen central

6.3.2.7 Dolor en pacientes con trauma raquimedular

- 6.3.3 Dolor de origen cutáneo y vascular
- 6.3.4 Cefaleas y neuralgias craneanas
- 6.3.5 Dolor Crónico cérico- braquial
- 6.3.6 Dolor lumbar crónico
- 6.3.7 Dolor abdominal, urogenital y pélvico crónico
- 6.3.8 Hombro doloroso
- 6.3.9 Pie doloroso

6.4 Dolor como un Síntoma

- 6.4.1 Dolor agudo pos-operatorio
- 6.4.2 Dolor en paciente quemado
- 6.4.3 Dolor en paciente con trauma mayor y UCI
- 6.4.4 Dolor por cáncer en el paciente adulto
- 6.4.5 Dolor por cáncer en el paciente pediátrico

6.5 Métodos para el tratamiento del dolor

6.5.1. Tratamiento Farmacológico

- 6.5.1.1 Farmacología clínica de los AINES, consideraciones en ancianos y niños, pacientes con falla renal y hepática
- 6.5.1.2 Farmacología clínica de los opioides, consideraciones en ancianos y niños, embarazo, lactancia, pacientes con falla renal y hepática
 - 6.5.1.2.1 Farmacocinética de las diferentes vías de administración:
 - 6.5.1.2.1.1 Venosa, subcutánea
 - 6.5.1.2.1.2 Peridural, subaracnoidea, intraventricular
 - 6.5.1.2.1.3 Transdérmica, transmucosa, inhalada y rectal.
 - 6.5.1.2.2 Rotación entre opioides potentes
 - 6.5.1.2.3 Tolerancia, dependencia y pseudo-adicción
 - 6.5.1.2.4 Diagnostico y tratamiento de la adicción a opioides
 - 6.5.1.2.5 Tratamiento del dolor en pacientes con adicción
- 6.5.1.3 Farmacología clínica de los antineurálgicos, consideraciones en ancianos y niños, pacientes con enfermedad cardiovascular, falla renal y hepática
 - 6.5.1.3.1 Anticonvulsivantes
 - 6.5.1.3.2 Antidepresivos
 - 6.5.1.3.3 Baclofén, lidocaina, mexiletina
 - 6.5.1.3.4 Agentes tópicos, capsaicina, EMLA, clonidina y AINES
- 6.5.1.4 Farmacología clínica de los anestésicos locales y agentes neurolíticos
 - 6.5.1.4.1 Lidocaina, bupivacaína, ropivacaína
 - 6.5.1.4.2 Fenol y Etanol

6.5.2. Tratamiento no Farmacológico

6.5.2.1. Educación del paciente, la familia y terapia conductual

- 6.5.2.1.1 Programas de educación
- 6.5.2.1.2 Bases de la intervención conductual
- 6.5.2.1.3 Técnicas de terapia conductual
- 6.5.2.1.4 Adaptación y habilidades

6.5.2.2 Programas de rehabilitación, ejercicio y medios físicos

- 6.5.2.2.1 Ejercicios de flexibilidad y movilidad
- 6.5.2.2.2 Fortalecimiento muscular
- 6.5.2.2.3 Ejercicio aeróbico
- 6.5.2.2.4 Medios físicos; calor, frío, electroterapia
- 6.5.2.2.5 Indicaciones y usos de las órtesis y prótesis

6.5.2.3. Cirugía ortopédica y alivio del dolor; indicaciones e impacto funcional

- 6.5.2.3.1 Cadera y rodilla
- 6.5.2.3.2 Cuello de pie y pie
- 6.5.2.3.3 Hombro, codo, muñeca y mano

6.5.2.4. Neurocirugía y alivio del dolor; indicaciones e impacto funcional

- 6.5.2.4.1 Tractotomía, Rizotomía y gangliectomía
- 6.5.2.4.2 Cordotomía
- 6.5.2.4.3 Mielotomía
- 6.5.2.4.4 Lesión de la zona de entrada de la raíz dorsal DREZ
- 6.5.2.4.5 Talamotomía, hipofisectomía
- 6.5.2.4.6 Estimulación cortical y cerebral profunda
- 6.5.2.4.7 Estimulación medular

6.5.2.5. Procedimientos anestésicos útiles para diagnóstico diferencial, pronóstico y tratamiento del dolor

- 6.5.2.5.1 Bloqueo del ganglio de Gasser y ramas del V par
- 6.5.2.5.2 Esteroide peridural abordaje translaminar y transforaminal
- 6.5.2.5.3 Punción e implante de catéter peridural
- 6.5.2.5.4 Bloqueo de la articulación zigapofisiaria
- 6.5.2.5.5 Bloqueo paravertebral
- 6.5.2.5.6 Bloqueo de la articulación sacroilíaca
- 6.5.2.5.7 Bloqueo articular en hombro, codo, muñeca, rodilla y cuello de pie
- 6.5.2.5.8 Bloqueo de nervios periféricos
- 6.5.2.5.9 Bloqueo simpático cervical
- 6.5.2.5.10 Bloqueo simpático lumbar
- 6.5.2.5.11 Puntos miofaciales y puntos gatillo

6.6 CUIDADOS PALIATIVOS

6.6.1 Medicina paliativa y su relación con la oncología y otras especialidades

6.6.2 Dilemas éticos en cuidado paliativo

- 6.6.2.1 Paciente que rechaza el cuidado paliativo
- 6.6.2.2 El paciente incompetente para tomar decisiones
- 6.6.2.3 Distribución de recursos y justicia sanitaria
- 6.6.2.4 Aspectos éticos de las terapias experimentales- Fase I
- 6.6.2.5 La muerte, antropología del dolor y el sufrimiento
- 6.6.2.6 Dilemas éticos al final de la vida
- 6.6.2.7 Aspectos éticos de las intervenciones para terminar la vida, suicidio asistido

6.6.3 Concepto de calidad de vida

- 6.6.3.1 Evaluación de síntomas
- 6.6.3.2 Instrumentos validados para la evaluación de síntomas
- 6.6.3.3 Calidad de vida revisión de las escalas disponibles
- 6.6.3.4 Consideraciones espirituales y culturales

6.6.4 Síntomas comunes en pacientes crónicos y cáncer (sin incluir el dolor)

- 6.6.4.1 Síntomas generales
 - 6.6.4.1.1 Náusea y vómito
 - 6.6.4.1.2 Dispepsia, disfagia y flatulencia
 - 6.6.4.1.3 Estreñimiento y diarrea
 - 6.6.4.1.4 Síndrome de astenia, anorexia, caquexia
 - 6.6.4.1.5 Disnea y tos
 - 6.6.4.1.6 Mucositis y xerostomía
 - 6.6.4.1.7 Prurito
- 6.6.4.2 Síntomas relacionados con la esfera psicosomática
 - 6.6.4.2.1 Alteraciones del sueño
 - 6.6.4.2.2 Alteración cognoscitiva (Delirium)
 - 6.6.4.2.3 Ansiedad y depresión
 - 6.6.4.2.4 Encefalopatías de origen metabólico
- 6.6.4.3 Otros cuadros de importancia
 - 6.6.4.3.1 Obstrucción intestinal en el paciente con cáncer o estado terminal
 - 6.6.4.3.2 Ascitis e ictericia
 - 6.6.4.3.3 Síndrome de vena cava superior
 - 6.6.4.3.4 Síndromes neurológicos asociados con metástasis de base de cráneo
 - 6.6.4.3.5 Metástasis cerebrales
 - 6.6.4.3.6 Síndrome de compresión epidural
 - 6.6.4.3.7 Síndromes paraneoplásicos
 - 6.6.4.3.8 Hipercalcemia maligna
- 6.6.4.4 Síntomas relacionados con el cuidado de la piel

- 6.6.4.4.1 Manejo de las ostomías
- 6.6.4.4.2 Prevención y manejo de las úlceras por decúbito
- 6.6.4.4.3 Manejo de las úlceras sobreinfectadas y la fetidez
- 6.6.4.4.4 Manejo de los edemas

6.6.5 Control de síntomas

- 6.6.5.1 Tratamientos dirigidos a la enfermedad
 - 6.6.5.1.1 Quimioterapia como tratamiento paliativo
 - 6.6.5.1.2 Radioterapia como tratamiento paliativo
 - 6.6.5.1.3 Cirugía paliativa
 - 6.6.5.1.4 Manejo ortopédico paliativo del paciente con metástasis óseas
 - 6.6.5.1.5 Soporte nutricional en el paciente con cáncer y estado terminal
 - 6.6.5.1.6 Soporte transfusional en el paciente con cáncer y estado terminal
 - 6.6.5.1.7 Oxígeno terapia con objetivo paliativo
 - 6.6.5.1.8 Antibióticoterapia con objetivo paliativo
 - 6.6.5.1.9 Conceptos básicos en la terapia del paciente con SIDA
 - 6.6.5.1.9.1 Dolor en el paciente con SIDA
 - 6.6.5.1.9.2 Interacciones medicamentosas de los antirretrovirales
- 6.6.5.2 Farmacología clínica de los medicamentos útiles para el control de síntomas (sin incluir el dolor)
 - 6.6.5.2.1 Antieméticos
 - 6.6.5.2.2 Laxantes
 - 6.6.5.2.3 Diuréticos
 - 6.6.5.2.4 Esteroides
 - 6.6.5.2.5 Octeotride - Megestrol acetato – progestágenos
 - 6.6.5.2.6 Thalidomida
 - 6.6.5.2.7 Bifosfonatos
 - 6.6.5.2.8 Radiofármacos
 - 6.6.5.2.9 Benzodiacepinas- fenotiazinas- butirofenonas.
- 6.6.5.3 El uso de la vía subcutánea en el control de síntomas
 - 6.6.5.3.1 Administración de medicamentos
 - 6.6.5.3.2 Hidratación

6.6.6 Cuidado paliativo en el paciente pediátrico

- 6.6.6.2 Patología oncológica propia del paciente pediátrico
- 6.6.6.3 Consideraciones especiales en el manejo farmacológico

6.6.7 Rehabilitación en cuidados paliativos

- 6.6.7.2 Medidas para el manejo de los edemas
- 6.6.7.3 Terapia ocupacional
- 6.6.7.4 Rehabilitación de la voz

6.6.8 Aspectos prácticos en el uso de opioides y otros medicamentos de control

6.6.8.2 Convención internacional de Ginebra

6.6.8.3 Ley 30 de 1986 – Recetario oficial

6.6.9 Programas de atención domiciliaria

6.6.9.2 Indicaciones

6.6.9.3 Modelos de atención y objetivos

6.6.9.4 Requisitos básicos para su implementación

6.6.9.5 Evaluación

7. PROCEDIMIENTOS BASICOS OBLIGATORIOS PARA LA FORMACION DEL ESPECIALISTA:

Al terminar la especialidad el estudiante deber tener capacidad para realizar

7.1. Implante y manejo del catéter subcutáneo

7.2. Implante y manejo de catéter central con reservorio subcutáneo

7.3. Punción peridural translaminar y transforaminal

7.4. Implante y manejo del catéter peridural con o sin reservorio

7.5. Punción subaracnoidea

7.6. Bloqueo de la articulación zigapofisiaria

7.7. Bloqueo paravertebral

7.8. Bloqueo de la articulación sacroilíaca

7.9. Bloqueo articular en hombro, codo, muñeca, rodilla y cuello de pie

7.10. Bloqueo de nervios periféricos

7.11. Bloqueo simpático cervical

7.12. Bloqueo simpático lumbar

7.13. Infiltración de puntos miofaciales y puntos gatillo

7.14. Neurolisis ganglio de Gasser y ramas periféricas del V par

7.15. Neurolisis subaracnoidea nivel torácico, lumbar y sacro

7.16. Neurolisis eje simpático nivel torácico, espláncnicos, celíaco, lumbar, hipogástrico superior y ganglio impar

7.17. Intubación oro-traqueal

7.18. Paracentesis – toracentesis

8. COMPONENTES BASICOS EN INVESTIGACION

Durante Su entrenamiento el estudiante debe aprender como mínimo

8.1. Evaluación critica de la literatura

8.1.1 Diseño de los estudios mas frecuentes

8.1.2 Principales fuentes de error

8.1.3 Nociones básicas de bioestadística,

▪ Prueba de hipótesis, intervalos de confianza, valor P

8.1.4 Conceptos básicos de medicina basada en la evidencia

- 8.2. Habilidad en búsqueda de la literatura científica. Participación en un club de revistas semanal donde se aplique esta metodología
- 8.3. Metodología básica de la investigación en dolor y cuidado paliativo
- 8.4. Desarrollar un protocolo de investigación o participar activamente en líneas de investigación preestablecidas por el servicio.

9. DURACION MINIMA DEL PROGRAMA

- 9.1. Para médicos generales 3 años, 1 año de básicas (neumología, nefrología, neurología, UCI, anestesia) 1 año de dolor y 1 año de cuidado paliativo. Total de 6 semestres
- 9.2. Para especialistas 1 año. Total de 2 semestres

Con una dedicación de tiempo completo, 20% teórico y 80% práctico.

10. RECURSOS PARA DESARROLLAR EL PROGRAMA

- 10.1. Humanos: Los estudiantes requieren el contacto con un centro multidisciplinario, no obstante, todos los especialistas que conformen la unidad de dolor base del programa, deben ser especialistas en dolor y cuidado paliativo, certificados por una universidad reconocida o tener su título homologado por el ICFES.
- 10.2. Administrativos:
Contar con el apoyo logístico de una universidad y su facultad de medicina, así como, con un coordinador de tiempo completo.
- 10.3. Tecnológicos:
 - 10.3.1 Equipos para punción articular, bloqueos nerviosos, bloqueos del eje simpático, punción e infusión peridural y pequeña cirugía.
 - 10.3.2 Bombas de infusión volumétricas y para analgesia controlada PCA
 - 10.3.3 Fluoroscopio, preferiblemente con brazo en C
 - 10.3.4 Tomografía axial computarizada
 - 10.3.5 Otros equipos compartidos por el resto de las especialidades
- 10.4. Características necesarias para los escenarios de formación
 - 10.4.1. Hospital de alta complejidad, con una clínica de dolor establecida desde el punto de vista físico (consultorios, área de observación, camas para hospitalización) y administrativo (personal medico de planta, procesos, procedimientos y manual de funciones), que se relacionara estrechamente y de forma dinámica COMO MÍNIMO con:
 - 10.4.2. Unidad de oncología clínica, oncología pediátrica, radioterapia y cirugía oncológica.
 - 10.4.3. Departamento de neurociencias, donde rotaran con el grupo de cirugía de columna, movimientos anormales, enfermedades neurodegenerativas y clínica de sueño.

- 10.4.4. Los servicios de medicina interna, fisiatría y Salud Mental.
- 10.4.5. Sala de procedimientos, cirugía ambulatoria y radiología.
- 10.4.6. Biblioteca especializada con acceso a bases de datos y suscripciones actualizadas a las principales revistas medicas, en el tema específico: Pain - J Pain Symp Manag - Reg Anesth – Neurology – Palliative Care - N Eng J Med.

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE ESTE PROGRAMA.

POR CONVOCATORIA DEL ICFES, Y CON EL APOYO DE ASCOFAME, ESTE PROGRAMA DEBE SER REVISADO Y ACTUALIZADO CADA DOS AÑOS POR PARTE DE LOS COMITES DE ESPECIALIDADES DE ASCOFAME CONSTITUIDOS HASTA POR 4 JEFES DE POSGRADO Y UN REPRESENTANTE DE LA RESPECTIVA SOCIEDAD CIENTÍFICA, SELECCIONADOS A TRAVÉS DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA ASOCIACIÓN.

