



GACETA OFICIAL

DIGITAL

Año CXVII

Panamá, R. de Panamá lunes 18 de junio de 2018

N° 28549

CONTENIDO

MINISTERIO DE SALUD

Resolución N° 738
(De viernes 18 de mayo de 2018)

QUE ADOPTA LA GUÍA DE MANEJO CLÍNICO DE PROBLEMAS COMUNES DE LA ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA EN PANAMÁ DENTRO DEL PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Resolución N° 739
(De viernes 18 de mayo de 2018)

QUE ADOPTA EL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN PANAMÁ 2018-2022.

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

Resolución N° SBP-FID-A-0037-2018
(De viernes 12 de enero de 2018)

POR LA CUAL SE EXPIDE CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN A FAVOR DE GLOBAL BANK CORPORATION., A FIN DE QUE CONTINÚE EJERCIENDO EL NEGOCIO DE FIDEICOMISO, DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES DEL RÉGIMEN FIDUCIARIO.

Resolución N° SBP-FID-A-0038-2018
(De miércoles 17 de enero de 2018)

POR LA CUAL SE EXPIDE CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN A FAVOR DE PRO FUTURO-ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES Y CESANTIA, S.A., A FIN DE QUE CONTINÚE EJERCIENDO EL NEGOCIO DE FIDEICOMISO, DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES DEL RÉGIMEN FIDUCIARIO.

Resolución N° SBP-FID-A-0039-2018
(De miércoles 17 de enero de 2018)

POR LA CUAL SE EXPIDE CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN A FAVOR DE CENTRAL FIDUCIARIA, S.A. EN ESPAÑOL (CENTRAL TRUST, INC. EN INGLÉS), A FIN DE QUE CONTINÚE EJERCIENDO EL NEGOCIO DE FIDEICOMISO, DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES DEL RÉGIMEN FIDUCIARIO.

Resolución N° SBP-FID-A-0040-2018
(De miércoles 17 de enero de 2018)

POR LA CUAL SE EXPIDE CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN A FAVOR DE SWISS ARIFA TRUST COMPANY, S.A., A FIN DE QUE CONTINÚE EJERCIENDO EL NEGOCIO DE FIDEICOMISO, DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES DEL RÉGIMEN FIDUCIARIO.

Resolución N° SBP-FID-A-0041-2018

(De viernes 19 de enero de 2018)

POR LA CUAL SE CORRIGE EL PÁRRAFO SEXTO DEL CONSIDERANDO DE LA RESOLUCIÓN SBP-FID-A-0037-2018 DE 12 DE ENERO DE 2018.

Resolución N° SBP-FID-A-0042-2018
(De lunes 29 de enero de 2018)

POR LA CUAL SE EXPIDE CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN A FAVOR DE FINANCIAL WAREHOUSING OF LATIN AMERICA, INC., A FIN DE QUE CONTINÚE EJERCIENDO EL NEGOCIO DE FIDEICOMISO, DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES DEL RÉGIMEN FIDUCIARIO.

CONSEJO MUNICIPAL DE ALANJE / CHIRIQUÍ

Acuerdo N° 011-2018
(De lunes 21 de mayo de 2018)

POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL ACUERDO NO. 033-2017 DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 2017 Y SE ADICIONA UN PROYECTO QUE FORMARÁ PARTE DEL PLAN DE OBRAS E INVERSIONES, FINANCIADO CON LOS APORTES DEL IMPUESTO DE BIENES INMUEBLES, PARA LA VIGENCIA FISCAL 2017.

Acuerdo N° 013-2018
(De lunes 11 de junio de 2018)

POR MEDIO DEL CUAL EL CONSEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE ALANJE, SUPRIME LOS CARGOS DE CORREGIDOR Y DE CORREGIDOR NOCTURNO Y SE CREAN LOS CARGOS EN LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL MUNICIPIO DE ALANJE DE JUEZ DE PAZ, JUECES DE PAZ NOCTURNO, MEDIADOR COMUNITARIO, CORREGIDOR DE DESCARGA Y FUNCIONARIOS DE CUMPLIMIENTO.

Acuerdo N° 014-2018
(De lunes 11 de junio de 2018)

POR MEDIO DEL CUAL EL CONSEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE ALANJE MODIFICA EL ACUERDO MUNICIPAL NO. 07-2015 DE 17 DE AGOSTO DE 2015.

AVISOS / EDICTOS



**REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD**

RESOLUCIÓN No. 738
(De 18 de Mayo de 2018)

Que adopta la Guía de Manejo Clínico de Problemas Comunes de la Atención Paliativa Pediátrica en Panamá dentro del Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

EL MINISTRO DE SALUD

en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:



Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá, establece que es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social;

Que el Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, creó el Ministerio de Salud, para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud, que por mandato constitucional son responsabilidad del Estado. Como Órgano de la función ejecutiva, el Ministerio de Salud tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Estado;

Que la Ley 68 del 20 de noviembre de 2003 en su capítulo V, artículo 23 establece que: “El equipo de salud actuante de toda unidad hospitalaria deberá mantener aquellas medidas que permitan la mejora calidad de vida posible del paciente, hasta su fallecimiento, para lo cual deberá contar con unidades operativas de cuidados paliativos”. “Los centros de atención primaria ofrecerán los cuidados paliativos prolongados, que garanticen la mejor calidad de vida y alivio del dolor, mediante la atención del personal médico de que dispongan”;

Que el artículo tercero de la resolución No. 499 del 21 de junio de 2010, que crea el Programa Nacional de Cuidados Paliativos y dicta otras disposiciones contempla que “el ámbito del Programa Nacional de Cuidados Paliativos abarcará a toda la población del país que requiera atención de cuidados paliativos, debido a una enfermedad crónica en fase terminal y a sus familiares”.

Que de acuerdo al Manual de Organización del Ministerio de Salud, la Dirección General de Salud Pública tiene entre sus funciones elaborar todas las normas y procedimientos jurídicos y técnicos para el desarrollo de los programas y actividades en población y ambiente del Sistema Nacional de Salud;

Que los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) deben brindarse integrados dentro del programa Nacional de Cuidados Paliativos, reconociendo las particularidades de la población de niños y adolescentes; dadas las diferencias biológicas, farmacológicas y sociales de esta etapa del ciclo de vida;

Resolución N° 738 de 18 de Mayo de 2018.

Que adopta la Guía de Manejo Clínico de Problemas Comunes de la Atención Paliativa Pediátrica en Panamá dentro del Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Que los equipos de salud requieren una guía clínica para el manejo de temas como la comunicación que ésta tiene una particular diferencia cuando el interlocutor es un niño, niña o adolescente, el uso correcto de escalas de evaluación adaptadas para niños, el manejo del dolor y otros padecimientos, así como competencias para afrontar el acompañamiento a largo plazo por patologías que iniciando en la infancia y adolescencia pueden ser de larga evolución.

RESUELVE:

Artículo 1. Adoptar la la Guía de Manejo Clínico de Problemas Comunes de la Atención Paliativa Pediátrica en Panamá para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país en marco del Programa Nacional de Cuidados Paliativos, que se reproducen en el Anexo 1 y que forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2. Las instalaciones de salud del país podrán elaborar manuales, guías o trípticos para su uso local para adecuación de sus procesos operativos sin apartarse de lo señalado en la Guía anexa.

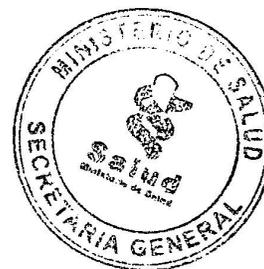
Artículo 3. La presente resolución empezará a regir al día siguiente de su promulgación.

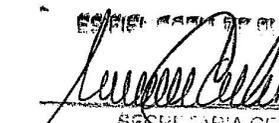
FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Decreto de Gabinete 1 del 15 de enero de 1969, Ley 68 del 20 de noviembre de 2003 y la Resolución No. 499 del 21 de junio de 2010.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE.


DR. MIGUEL A. MAYO DI BELLO
 Ministro de Salud






 SECRETARÍA GENERAL
 MINISTERIO DE SALUD 2505-18

PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS**GUÍA DE MANEJO CLÍNICO DE PROBLEMAS
COMUNES DE LA ATENCION PALIATIVA PEDIÁTRICA
EN PANAMÁ**

Hospital del Niño de Panamá Dr. José Renán Esquivel, Ciudad de Panamá
Hospital de Especialidades Pediátricas de la Caja del Seguro Social Omar
Torrijos Herrera, Ciudad de Panamá
Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía, David, Chiriquí

Autores:

María Sabina Ah Chu
Aida Achura
Lilibeth B. de Casal
Basilio Dobras
Jessica Gómez
Teodoro León
Nora Lyne
Jeanette Precilla
Helen Samaniego

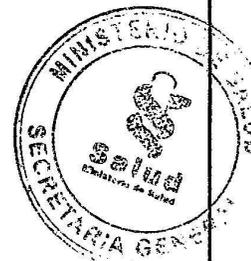
Con la Colaboración de:

Gaspar Da Costa
Nisla Camargo

Colaboradora especial

Elizabeth Moreno de Du Bois

Panamá, 23 de mayo del 2016



MANEJO DE SINTOMAS MÁS COMUNES DEL PACIENTE PEDIATRICO EN MANEJO PALIATIVO

PRESENTACIÓN

Nos da mucho gusto presentar a ustedes una sugerencia de normas de cuidado paliativo para niños con enfermedad terminal. Estas guías han sido creadas con el propósito de apoyar la labor del personal de salud interdisciplinario que atiende pacientes pediátricos que requieren de cuidados paliativos en sus modalidades hospitalarias, ambulatorias o domiciliarias. En ellas se contienen recomendaciones y guías actualizadas para el manejo de los síntomas más frecuentes, el duelo y otras situaciones comunes a los pacientes y familiares de pacientes con enfermedad terminal de cuidados paliativos.



Principios generales para el control de síntomas.....3

I. DOLOR.....4

1.1 Concepto del dolor total.....4

1.2 Expresión del dolor según las etapas del desarrollo.....7

1.3 Manejo multidisciplinario del dolor.....15

1.4 Manejo del dolor asociado a procedimientos.....22

II. Síntomas generales.....25

2. Anorexia.....26

III. Síntomas respiratorios

3.1 Disnea, Tos.....26

IV. Síntomas Gastrointestinales.....27

4.1 Cuidados de la boca.....27

4.2 Náuseas y vómito.....27

4.3 Estreñimiento.....28

V. Cuidados de la piel.....29

5. Prurito.....29

VI. Síntomas Psico-emocionales.....29

6.1 Ansiedad.....29

6.2 Agitación.....29

VII. Cuidados integrales a la familia del paciente.....

7.1 Reuniones familiares.....

VIII. Sedación Paliativa.....

IX. Reflexiones sobre re-estructurar el plan de manejo al final de la vida.....

X. Manejo de la agonía.....

XI. Manejo del duelo.....39

XII. Acompañamiento Espiritual.....40



CONTROL DE LOS SÍNTOMAS

PRINCIPIOS GENERALES DE CONTROL DE SINTOMAS

- a) Evaluar antes de tratar, evitando atribuir los síntomas sólo al hecho de tener la enfermedad que amenaza la vida y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto. Además de la causa, debemos evaluar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma.
- b) Explicar las causas de estos síntomas en términos que el paciente y familiares puedan comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar.
- c) La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además, deben fijarse los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.
- d) Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas) y esquemas de registro adecuados
- e) Atender los detalles, con actitudes y conductos adecuados por parte del equipo (escucha, risa, terapia ocupacional, contacto físico, etc.)

Las herramientas de evaluación de síntomas pueden ser útiles en la evaluación de los síntomas y en la medición de la gravedad antes y después de las intervenciones, especialmente en el manejo del dolor, la náusea o vómitos, estreñimiento y fatiga. Han sido validados en los niños con cáncer, y también para la disnea en niños con enfermedades respiratorias, igual que las escalas de depresión y delirium en niños con trastornos emocionales. Pero no están validados específicamente para los cuidados paliativos, y en ocasiones pueden subestimar el dolor de un niño en comparación con el auto informe del niño. Una vez utilizada una herramienta dada se debe continuar utilizándola consistentemente con un niño en particular.¹

I. DOLOR

DEFINICIÓN:

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión en los tejidos real o potencial, o descrita en términos de dicho daño².

CONCEPTO DE DOLOR TOTAL:



En el origen del dolor, influyen no solo aspectos orgánicos, sino también factores emocionales, sociales y económicos. Si no se interviene sobre estas áreas, el dolor puede transformarse en un síntoma intratable, a pesar de estar adecuadamente manejado desde el punto de vista farmacológico. Esta multicausalidad ha dado origen al concepto de dolor total³. De allí que, al abordar a un niño con dolor, debemos hacerlo con un enfoque interdisciplinario para poder contemplar cada uno de los aspectos intervinientes y poder brindar el alivio adecuado.

Principios básicos para el control del dolor:

1. Créale al niño y reconozca el valor de la opinión de los padres.
2. Use la escala analgésica de la OMS.
3. La primera opción que sea por vía oral.
4. Si el paciente está con dolor fuerte, y es la primera vez lo que ve; haga una rápida historia y cerciórese de evaluar de intensidad del dolor.
5. Use diferentes herramientas y escalas para medir el dolor.
6. Use técnicas no farmacológicas para el tratamiento y control del dolor. La relajación, el control del estrés y fantasías son de mucha utilidad.
7. Con frecuencia se necesita un esquema de tratamiento “por reloj”.
8. Evaluar y monitorizar frecuentemente.
9. El metabolismo de los fármacos es diferente en los niños y lactantes.
10. Asegúrese que los cuidadores sepan seguir instrucciones³

Terminología para la evaluación del Dolor⁴:

- **Analgesia**: *eliminación del dolor mediante el bloqueo de las vías de transmisión del mismo, de los mediadores dolorosos, y/o de los centros del dolor*
- **Anestesia**: *ausencia de la sensibilidad al dolor en un determinado territorio*
- **Alodinia**: *dolor debido a un estímulo no doloroso*
- **Hiperpatía**: *respuesta aumentada ante estímulos repetitivos no doloroso*
- **Disestesia**: *sensación anormal, no placentera*



- **Hiperestesia:** *sensibilidad aumentada ante los estímulos*
- **Hipoestesia:** *sensibilidad disminuida ante los estímulos*
- **Hiperalgesia:** *sensación aumentada ante el estímulo doloroso*
- **Hipoalgesia:** *sensación disminuida ante el estímulo doloroso*
- **Umbral de Dolor:** *estímulo mínimo ante el que aparece el dolor*

El dolor es una experiencia sensorial y emocional. Por esta razón la evaluación debe hacerse desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo.

La cualidad del dolor está dada por:

- Localización.
- Duración.
- Características del dolor.

Factores que aumentan y disminuyen el dolor.

Nemotecnia para Evaluar dolor en Niños

Q Preguntar al niño

U Usar escalas

Y Evaluar conducta y cambios psicológicos

S Involucrar a la familia

T Tome en cuenta las causas del dolor

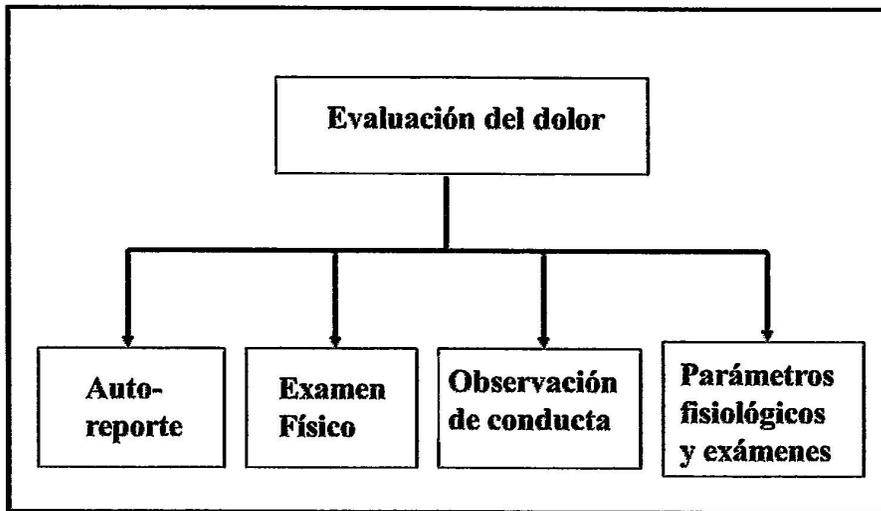
T Tome acciones y evalúe resultados

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN NIÑOS⁵

Factores a considerar en la evaluación del Dolor en Niños

- El reporte del paciente (auto -evaluación)
- Examen físico.
- Observación de la conducta.
- Parámetros fisiológicos.





Entrevista para el niño con Dolor. Presentamos un abordaje inicial, en idioma comprensible para el niño:

- Explicame como es el dolor
- Explicame como era el dolor anteriormente
- Cuando tienes dolor ¿le cuentas a alguien? ¿A quién?
- ¿Qué haces cuando tienes dolor?
- ¿Qué te gustaría que hicieran los otros cuando tienes dolor?
- ¿Qué no te gustaría que hicieran los otros cuando tienes dolor?
- ¿Qué es lo que más te ayuda a eliminar el dolor?
- ¿Hay algo más o especial que quieras que yo sepa acerca de usted cuando estas con dolor? Si es así, dímelo.

Entrevista para el Familiar o cuidador del Niño con dolor:

- ¿Qué palabras usa el niño para hablar o describir su dolor?
- Describa la experiencia dolorosa anterior del niño.
- ¿Le cuenta el niño, a ustedes o alguien más cuando tiene dolor?
- ¿Cómo se da usted cuenta cuando el niño tiene dolor?
- ¿Qué hace usted cuando el niño tiene dolor?
- ¿Qué hace el niño cuando tiene dolor?
- ¿Qué palabras son las mejores para disminuir o quitar el dolor de su niño?

Barreras en la Evaluación y tratamiento del Dolor en Niños⁶

- Por la condición de ser niños.
- Mitos, creencias erróneas y desconocimiento.
- Actitudes personales de los encargados de cuidar a los niños
- No reconocer el dolor.



- No le dan importancia.

EXPRESIÓN DEL DOLOR SEGÚN ETAPAS DEL DESARROLLO

Dolor Fetal y Neonatal:

El feto humano ya está bioquímicamente activo desde la concepción. Si entendemos el dolor como una sensación orgánica y emocional desagradable con daño potencial o real sobre los tejidos, y que esta sensación es bioquímicamente transmitida, lógicamente llegaremos a concluir que el feto y el neonato sienten.⁷

Los receptores periféricos sensoriales cutáneos aparecen entre la semana 7 a 8 durante la gestación. La percepción consciente del dolor aparece con la viabilidad de la vía tálamo cortical a la semana 28 de la gestación.

¿Cómo evaluamos en dolor en estas etapas? En el neonato prematuro los indicadores fisiológicos del dolor guardan especial importancia como lo muestra la escala de PIPP (Premature Infant Pain Profile, Stevens 1996).⁷

PIPP (Premature Infant Pain Profile, Stevens 1996)

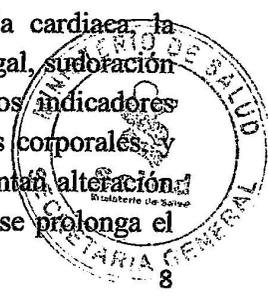
Indicador (tiempo de observación)	0	1	2	3
Gestación	≥ 36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	≤ 28 semanas
Comportamiento *(15 seg)	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales	Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales	Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales	Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales
Aumento de FC *(30 seg)	0 - 4 lpm	5 - 14 lpm	15 - 24 lpm	≥ 25 lpm
Disminución Sat O ₂ *(30 seg)	0 - 2.4%	2.5 - 4.9%	5 - 7.4%	≥ 7.5%
Entreciejo fruncido *(30 seg)	0 - 3 seg	3 - 12 seg	> 12 - 21 seg	> 21 seg
Ojos apretados *(30 seg)	0 - 3 seg	3 - 12 seg	> 12 - 21 seg	> 21 seg
Surco nasolabial *(30 seg)	0 - 3 seg	3 - 12 seg	> 12 - 21 seg	> 21 seg

* Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso

* Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso

Interpretación: 0-6 dolor leve o no dolor; 7-12 dolor moderado; >12 dolor intenso.

Los indicadores fisiológicos de dolor incluyen cambios en la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, saturación de oxígeno, el tono vagal, sudoración palmar, y las concentraciones de cortisol plasmático o catecolaminas. Los indicadores conductuales incluyen cambios en las expresiones de la cara, movimientos corporales, y llanto, pero estos pueden estar ausente en algunos recién nacidos que presentan alteración neurológica o que se encuentran farmacológicamente paralizados. Cuando se prolonga el



dolor, ocurren cambios sorprendentes en los indicadores fisiológicos y de comportamiento del bebé.

Durante episodios de dolor prolongado, los neonatos entran en un estado de pasividad con pocos, si los hay, movimientos del cuerpo; cara inexpresiva; disminución de la frecuencia cardíaca y la variabilidad respiratoria; y la disminución de consumo de oxígeno, todo sugerente de una marcada conservación de la energía. El dolor prolongado o repetido también aumenta la respuesta provocada por futuros estímulos dolorosos (hiperalgesia) e incluso por estímulos usualmente no dolorosos (alodinia).

El neonato para fines prácticos se categoriza dentro de la población pediátrica que no puede expresarse verbalmente, por lo tanto, puede ser útil la escala del dolor de FLACC que la explicaremos más adelante.

Principales signos y síntomas de los niños según su etapa del desarrollo⁹

Niños menores de 1 año. Puede:

- Presentar rigidez de cuerpo, agitarse bruscamente o sacudirse, puede incluso presentar arqueado de su cuerpo.
- Presentar expresión facial de dolor, (cejas caídas y juntas, ojos fuertemente apretados, boca abierta y angulada).
- Llorar de manera intensa y gritar.
- Doblar las rodillas hasta el pecho.
- Rechazar la vía oral.
- Tener dificultades para dormir

Niños menores de 3 años:

- Mostrar vocabulario agresivo y llanto intenso.
- Mostrar conducta regresiva, retraído e invertido.
- Mostrar resistencia física defendiéndose antes de cualquier estímulo.
- Proteger el área dolorosa de su cuerpo.
- Tener dificultades para dormir.

Niños de 3 a 6 años:

- Verbalizar intensidad del dolor.
- Pensar en el dolor como un castigo.
- Presentar sacudidas bruscas de manos y piernas.
- No cooperar.
- Mostrar adherencia y apego a los familiares, enfermera o cualquier otra persona significativa.
- Solicitar apoyo emocional, (abrazos, besos y otros).



- Entender que hay ganancias secundarias asociados al dolor.
- Tener dificultades para dormir.

Niños de 6 a 12 años:

- Verbalizar su dolor.
- Usar escalas objetivas para medir dolor.
- Ser influenciado por creencias culturales.
- Sufrir pesadillas relacionadas con el dolor.
- Mostrar conducta de demora o de rodeos.
- Mostrar rigidez muscular como puños apretados, nudillos blancos, rechinar de dientes, contractura de extremidades, cuerpo arqueado, frente arrugada.
- Mostrar conducta preescolar o de niños más pequeños.
- Tener dificultades para dormir

Niños mayores de 12 años:

- Localizar y verbalizar dolor.
- Negar dolor en presencia de otros adolescentes.
- Mostrar cambios en el patrón de sueños.
- Ser influenciado por creencias culturales.
- Mostrar rigidez y tensión muscular.
- Mostrar conductas regresivas en presencia de su familia.
- Tener dificultades para dormir

Examen Físico^{4,5}

A través del examen físico se puede establecer una relación entre la enfermedad y la presencia de dolor. Atención especial debe darse al abdomen y sistema gastrointestinal, sobre todo en pacientes que toman opioides, buscando efectos secundarios de estos, que puedan agravar el dolor. Se deben considerar todos los sistemas y órganos al momento de la evaluación física.

Observación en la Conducta del niño⁹: Se puede aplicar en niños de cualquier edad. Especialmente en la etapa no verbal y pre verbal.

- Las observaciones incluyen:
 - *Vocalizaciones.*
 - *Verbalizaciones.*
 - *Expresiones faciales.*
 - *Respuesta motora.*
 - *Postura corporal*
 - *Actividad*



- *Apariencia*
- Otras conductas deben interpretarse cautelosamente, tales como:
 - *Patrón de juego.*
 - *Patrón de sueño.*
 - *Alimentación.*
- Tome en cuenta aspectos culturales, sociales y emocionales del niño y su familia.

Parámetros Fisiológicos y estudios Diagnósticos^{10, 11}. Las medidas fisiológicas no deben usarse de manera aislada para establecer el nivel de dolor. Son datos complementarios al auto-reporte y las observaciones de conducta. Las medidas fisiológicas o biológicas no discriminan adecuadamente entre dolor u otras formas de estrés del organismo. Si fuera necesario deben considerarse la aplicación de exámenes de gabinete y/o laboratorio.

Las respuestas fisiológicas al dolor incluyen:

- *Piel enrojecida*
- *Diaforesis*
- *Elevación de la presión arterial*
- *Taquicardia*
- *Taquipnea*
- *Desaturación de oxígeno*
- *Inquietud, agitación*
- *Dilatación de las pupilas*

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR^{4,5}

- Fisiopatológica: Nociceptiva, neuropática, psicógena, mixta.
- Cronológica: aguda, crónica.
- Anatómica: central, periférica.
- Intensidad: leve, moderado, Severo.
- Frecuencia: Episódico, continuo, paroxístico, recurrente, incidental

VALORACIÓN DEL DOLOR

La responsabilidad de evaluar la intensidad y causa del dolor debe ser compartida por el personal médico, de enfermería y la familia del niño de modo que permitan emprender acciones terapéuticas y evaluar sus eficacias.

La evaluación debe ser:

***Según el tiempo:** al inicio y constante tras la instauración del tratamiento.



***Según la intensidad de las experiencias dolorosas**

***Según la causa del dolor:** será esencial una correcta historia clínica y exploración.

EVALUACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR^{9,10}

El auto informe es el método de preferencia del proceso de evaluación del dolor en niños mayores de tres años. En niños en etapa pre verbal o con alteraciones cognitivas, se deberá evaluar el impacto del dolor a través de los cambios en el comportamiento. Siempre se tiene que escuchar la opinión de los padres.

Para niños que no auto declara el dolor:

- Escala FLACC

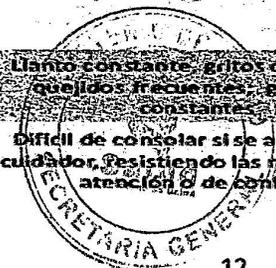
Para niños que auto declaran el dolor tenemos las siguientes escalas:

- Escala Visual Análoga
- Escala Numérica
- Escala de Dibujos Faciales (Wong-Baker)

Escala de FLACC

Se basa en la observación de la cara (F, Face), los movimientos de las piernas (L, legs), actividad general (A, activity), las características del llanto (C, cry) y qué lo consuela (Consolability). La escala de FLACC es útil en neonatos, lactantes y también en los niños que están muy comprometidos neurológicamente o que por su situación clínica no pueden verbalizar la expresión de su dolor⁷.

Categorías	0	1	2
F Face	Sin expresión particular o sonríe	Mueca o gesto ocasional, retraído, desinteresado; parece triste o preocupado	Ceño fruncido constante, mandíbula apretada, barbilla temblorosa; cara angustiada: expresión de miedo o pánico
L Legs	Posición normal o relajada	Inquieto, agitado, tenso, temblores ocasionales	Patadas o marcado aumento de la espasticidad, temblores constantes o sacudidas
A Activity	Acostado en silencio, posición normal; se mueve con facilidad	Se retuerce hacia atrás y adelante, tenso; agitado ligeramente, respiraciones superficiales y suspiros intermitentes	Arqueado, rígido, da sacudidas; agitación severa, se golpearse la cabeza; temblor, aguanta la respiración, jadeo severo
C cry	No llora (despierto o dormido)	Gime o lloriquea, ocasionalmente	Llanto constante, gritos o sollozos, quejidos frecuentes, gruñidos constantes
C Consolability	Contenido, relajado	Se tranquiliza por el contacto ocasional, abrazos, o al hablarle.	Difícil de consolar si se aparta del cuidador, resistiendo las medidas de atención o de confort



Categorías	0	1	2
F Face	Sin expresión particular o sonríe	Mueca o gesto ocasional, retraído, desinteresado; parece triste o preocupado	Ceño fruncido constante, mandíbula apretada, barbilla temblorosa; cara angustiada : expresión de miedo o pánico
L Legs	Posición normal o relajada	Inquieto, agitado, tenso; temblores ocasionales	Patadas, o marcado aumento de la espasticidad; temblores constantes o sacudidas
A Activity	Acostado en silencio, posición normal, se mueve con facilidad	Se retuerce hacia atrás y adelante, tenso; agitado ligeramente, respiraciones superficiales y suspiros intermitentes	Arqueado, rígido, da sacudidas; agitación severa, se golpearse la cabeza; temblor, aguanta la respiración, jadeo severo
C cry	No llora (despierto o dormido)	Gime o lloriquea, ocasionalmente	Llanto constante, grito o sollozos, quejidos frecuentes, gruñidos constantes
C Consolability	Contenido, relajado	Se tranquiliza por el contacto ocasional, abrazos, o al hablarle.	Difícil de consolar si se aparta del cuidador, resistiendo las medidas de atención o de confort

Interpretación de los resultados de la escala FLACC: se considerará 0 (ausencia de dolor), 1-2 (dolor leve), 3-5 (dolor moderado), 6-8 (dolor intenso) 9-10 (máximo dolor imaginable).

Otra escala útil en niños que no verbalizan es la de Susan-Givens-Bell que combina datos objetivos en cuanto a repercusión del dolor en las constantes fisiológicas. Se considerará 0= ausencia de dolor; 1-4= dolor leve; 5-8= dolor moderado; >9= dolor intenso.

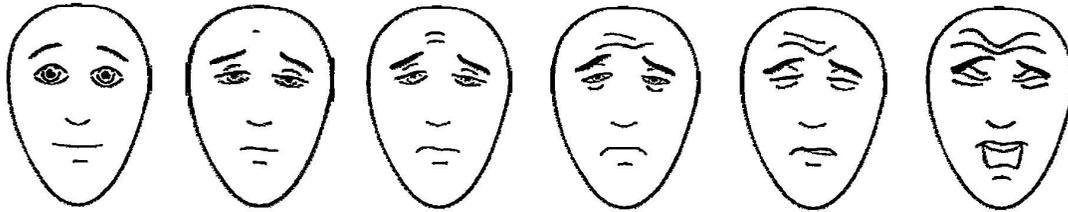
Escala de Susan-Givens-Bell



Signos conductuales	2	1	0
Duerme durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5 y 10 minutos	Duerme más de 10 minutos
Expresión facial de 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 en menos de 1 minuto
Llanto	Llanto vigoroso	Quejido	No llora ni se queja
Signos fisiológicos	2	1	0
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
Frecuencia respiratoria y cualidades	Apnea o taquipnea	Pausas de apnea	Dentro de la normalidad
SaO ₂	> 10% aumento de FiO ₂	≤ al 10% aumento de FiO ₂	Ningun aumento de FiO ₂

Para niños que ya verbalizan: Está la escala de rostros y la Escala Visual Análoga (EVA) y la escala numérica¹¹.

Escala de Calificación CARAS de Wong-Baker



Escala numérica		6-12 años									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada de dolor									El peor dolor imaginable		
Escala analógica visual											
Nada de dolor		_____								El peor dolor	

***De 3 a 6 años:**

Escalas de rostros. Secuencia de 6 a 9 caras, desde la sonrisa (ausencia del dolor) hasta el llanto desconsolado (mayor dolor)

***De 6 a 12 años:**

Escalas numéricas, escala analógica visual. Puntuando de 0 (no dolor) a 10 (dolor insoportable)

***Más de 12 años:**

Escala verbal. El paciente verbaliza de 0 a 10 la intensidad de dolor.

Interpretación de los resultados de las tres escalas:

En estas 3 últimas se considera las puntuaciones de la siguiente manera:

- 0: ausencia de dolor,
- 1 a 3: dolor leve,
- De 4 a 6: dolor moderado y
- De 7 a 10: dolor severo.

CAUSA DEL DOLOR:

Las causas más frecuentes son¹²:

- **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.

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Una vez establecidas las causas, los mecanismos y la intensidad del dolor debemos proceder a su tratamiento¹³.

Los objetivos del tratamiento del dolor son:

1. Mantener al niño libre o lo más libre de dolor posible
2. Permitirle que se mueva aun cuando tenga dolor
3. Evitar los efectos secundarios
4. Mantener la capacidad de interactuar

Para obtener un alivio efectivo, es necesario plantear una estrategia de abordaje que incluya:

1. Explicación
2. Modificación del proceso patológico
3. Elevación del umbral del dolor
4. Modificación del estilo de vida
5. Interrupción de las vías del dolor
6. Inmovilización

Explicación: informar al niño y a la familia acerca de las perspectivas de aliviarlo a corto y largo plazo. El equipo de salud puede brindar alivio del síntoma, no solo mediante la indicación de analgésicos, sino también a través de brindar una información adecuada y de enseñar al niño y a la familia medidas sencillas para controlarlo.

Tratamiento no farmacológico

Estas estrategias forman parte integral del tratamiento del dolor, complementan el tratamiento medicamentoso adecuado, pero no lo sustituyen.

Se pueden dividir en las siguientes categorías¹⁴:

Físicas:

Afectan los sistemas sensoriales (presión, masaje, frío, calor, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea).

La aplicación de calor o frío es más eficaz en dolores localizados. Los dolores asociados a alteraciones posturales o contracturas musculares responden bien al calor. La aplicación de frío produce un enlentecimiento de la conducción de



impulsos hacia el sistema nervioso, acompañado de relajación muscular por enlentecimiento de los impulsos motores que llegan a los músculos de la zona dolorosa. El frío presenta más ventajas y menos efectos secundarios que el calor.

Psicológicas

* **Cognitivas:** influyen los pensamientos del paciente, modifican el foco de atención (distracción, visualización, musicoterapia).

* **Conductuales:** tienden a modificar conductas (relajación, técnicas de respiración, Mindfulness)

* **Complementarias¹⁵:** Musicoterapia (la utilización de la música para el manejo del stress y el dolor), arte terapia (la utilización de la creación artística para concentrar la mente de manera productiva y que de esta concentración salga un producto que pueda ser admirado por todos), yoga (la ejercitación del cuerpo mediante la adquisición de flexibilidad y equilibrio corporal y mental), reiki (la movilización de energías corporales hasta lograr la relajación)

Tratamiento farmacológico

La OMS propone lineamientos básicos

Principio

El tratamiento óptimo del dolor puede necesitar un enfoque integral consistente en la combinación de analgésicos no opioides, analgésicos opioides, adyuvantes y estrategias no farmacológicas. El enfoque integral es posible incluso en entornos con escasos recursos. Son también aplicables a otras causas de dolor agudo y/o crónico):

Por la vía apropiada: siempre que sea posible, la vía de elección es la oral. La elección de vías alternativas de administración (IV, SC, rectal) se realizará en base a disponibilidad, evaluación clínica y preferencias del paciente. La administración intramuscular es dolorosa, por lo que su utilización debe ser evitada.

Por reloj: los analgésicos deben ser administrados de forma regular y no según dolor; el objetivo es prevenir su aparición; para ello es necesario que el paciente reciba la dosis antes que el dolor reaparezca.

Para cada niño: toda medicación se debe dosificar según las circunstancias de cada niño. Lo deseable es establecer una dosis que evite que el enfermo sienta dolor antes

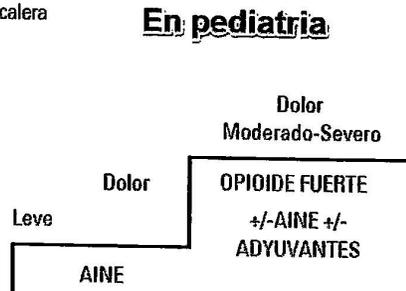


de la indicación de la siguiente. La dosis de opioide adecuada es aquella suficiente para aliviar el dolor con la menor cantidad de efectos adversos.

Por escalera: el esquema analgésico se elige según la intensidad del dolor

Figura 3. Esquema analgésico por escalera

Figura 3. Esquema analgésico por escalera



Hoy el día, en el campo de la angiología se prefiere usar el concepto del “elevador analgésico” es decir que el médico tratante no tiene que empezar por el acetaminofén si se trata de un dolor moderado o intenso. Así mismo, a estos pacientes que tienen ciertos prejuicios contra el uso de narcóticos puede explicarse efectivamente que el opioide se usar cuando se necesita, y que no está relacionado su uso en modo alguno con el inicio de la etapa terminal¹⁷.

Analgésicos No opioides

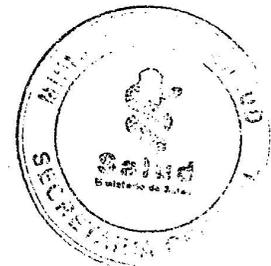
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Paracetamol, Ibuprofeno, naproxeno

Opioides

- Morfina, metadona, fentanilo, oxicodona

Coadyuvantes

- Anticonvulsivantes
- Antidepresivos
- Corticoides
- Relajantes musculares



ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS Y PARACETAMOL

Paracetamol o Acetaminofén: la dosis es 15 mg/kg VO cada 4 horas, dosis máxima de 4 g/día o 75 mg/kg/día. Efectos adversos: a dosis terapéuticas ligero aumento de las enzimas hepáticas. Sobredosis (10- 15 g) pueden producir necrosis hepática potencialmente irreversible y su toxicidad hepática es dosis dependiente. Su uso crónico condiciona daño renal.

Ibuprofeno: la dosis es 10 mg/kg VO cada 6 horas. No utilizarlo si hay riesgo de sangrado.

Efectos Adversos de los AINES:

Toxicidad gastrointestinal

Leve: dispepsia, ardor epigástrico, náusea, vómito, anorexia, diarrea, estreñimiento, flatulencia, sensación de plenitud, dolor epigástrico y abdominal.

Grave: sangrado, úlceras, perforación. Los efectos graves no siempre son precedidos por efectos gastrointestinales menores; los pacientes deben ser informados de la importancia de vigilar cualquier síntoma gastrointestinal.

Toxicidad hepática y renal

Puede ocurrir en cualquier momento durante el tratamiento con AINES, pero es más común durante el uso crónico.

El riesgo de toxicidad renal es mayor en pacientes con edad avanzada, enfermedad renal preexistente, insuficiencia cardíaca, alteraciones en la función hepática, hipovolemia y terapia concomitante con otros fármacos nefrotóxicos como los diuréticos o con niveles altos de angiotensina II o catecolaminas.

No olvidar que los efectos antipiréticos y antiinflamatorios de los AINES pueden enmascarar los síntomas y signos usuales de infección.

OPIOIDES

Consideraciones respecto al uso de la morfina

La morfina está indicada para el manejo del dolor severo. Por esta razón, no es preciso pasar previamente por el escalón previo de analgesia para utilizarla. Puede empezarse directamente el tratamiento con morfina si el dolor es de intensidad severa (ascensor terapéutico). Se les puede asociar un analgésico no opioide y/o un coadyuvante.

La titulación inicial con morfina se ha de hacer con morfina de acción rápida, ya sea oral, subcutánea o intravenosa. La pauta habitual para el dolor es instaurar morfina oral comenzando por una dosis de 0,1 mg/kg a 0.2 mg/kg cada 4 horas (dosis máxima inicial 5



mg cada 4 horas). En pacientes menores de 6 meses, menores de 10 kg o con daño cerebral, utilizar un tercio de la dosis para comenzar. En menores de tres meses pautar cada 12 horas

Aunque la vía de administración oral es la de elección, el paciente que presenta dolor severo que requiera alivio urgente debería ser tratado y titulado con opioides parenterales, sea por vía subcutánea o intravenosa.

Como no tiene dosis tope, la dosis de morfina posteriormente se puede aumentar hasta aliviar el dolor. En el fallo renal, la excreción del metabolito activo se encuentra disminuida, por lo que es necesario reducir las dosis para evitar efectos adversos.

La dosis correcta es la que calma el dolor^{4, 9}. Si esa dosis inicial no lo alivia o el dolor reaparece antes de las cuatro horas, se la debe incrementar entre un 30 y 50% de la dosis, en el momento que aparece el dolor, y se reinicia desde entonces el esquema cada cuatro horas²⁰. Se valora nuevamente en 24 horas.

Indicar el uso de dosis de rescate, en el caso de presentar dolor repentino agudo; esta dosis equivale al 10 a 15% de la dosis diaria total y se puede repetir al cabo de 1 hora si es necesario. La dosis de morfina deberá ajustarse según la cantidad total de rescate requerido.

Cuando se administran opioides cada cuatro horas, se puede dar una doble dosis nocturna para evitar las interrupciones del sueño y permitir un descanso adecuado.

Al pasar de morfina oral a parenteral, se debe dividir la dosis individual en mg por 2 o 3 y administrar esta dosis por vía parenteral.

No deben administrarse simultáneamente dos opioides, porque pueden antagonizarse entre sí y provocar mayor dolor, salvo que se trate de rescates durante la titulación de la dosis de los de larga vida media (metadona); estos rescates se hacen con opioides de corta vida media (morfina).

Para realizar el descenso de este grupo de drogas en pacientes que los han recibido por más de siete días, se debe disminuir un 30% de la dosis cada 48 horas, sin modificar el intervalo de dosis⁹.

La indicación de morfina se basa en la intensidad del dolor y no en el pronóstico de vida del paciente

Una vez alcanzada la dosis total diaria eficaz se puede pasar a un opioide de liberación retardada dividiendo la dosis total en dos o tres dosis.



En el caso de rotación de opiodes^{9,4} se utilizan las tablas de dosis equianalgésia.
100 mg tramadol = 10 mg morfina = 5 mg oxycodona = 0,1 mg fentanilo = 130 mg codeína.

Debe reservarse la medicación en perfusión continua cuando existe dolor incontrolable por vía oral a pesar de dosis muy elevadas, o hay imposibilidad de administración de fármacos por vía oral (disminución importante del nivel de conciencia, sedación excesiva, dificultad para deglutir, náuseas o vómitos, íleo), o 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 a vía parenteral siempre tener en cuenta las dosis equianalgésia mencionadas anteriormente¹⁶.

Los lactantes menores de seis meses durante la dosis inicial de opioides deben observarse rigurosamente, por el riesgo de depresión respiratoria retardada como efecto secundario¹⁷.

COADYUVANTES

Son drogas que, habitualmente, se utilizan con otros fines terapéuticos, pero que, asociadas a los analgésicos primarios, contribuyen al alivio del dolor. Son de importancia en el dolor que responde parcialmente a los opioides, en particular, el neuropático. Los principales grupos son: los anticonvulsivantes, antidepresivos y corticoides.

Anticonvulsivantes

Son útiles en el dolor de tipo punzante y paroxístico que ocurren luego de una lesión nerviosa:

-- *Gabapentina*: La dosis en pediatría es de 5 a 35 mg/kg/d cada 8 horas.

Sus efectos adversos son infrecuentes, entre ellos se describen: somnolencia, mareos, ataxia.;

-- *Carbamazepina*: A pesar de ser una droga clásica para el manejo del dolor neuropático, actualmente no se la considera de elección. La dosis inicial es de 5mg/kg/d, con un máximo de inicio de 100 mg, y se va aumentando, gradualmente, hasta 10 a 20 mg/kg/día, repartidos en 2 o 3 tomas (máximo 500 mg). Se debe monitorizar función hepática y hemograma.

Antidepresivos

-- *Amitriptilina*: Indicada en dolor neuropático constante, en tenesmo rectal, o cuando hay insomnio o depresión asociados. Se administra una vez al día.



preferentemente, a la noche, para hacer uso de sus propiedades sedantes. La dosis inicial es de 0,2 a 0,5 mg/kg con una dosis de inicio máxima de 25 mg antes de acostarse; se puede ir aumentando en un (25%) cada 2 a 3 días hasta llegar a un total de 0,5 a 2,5 mg/kg. Los efectos adversos incluyen: sequedad de boca, somnolencia, hipotensión postural y menos frecuentemente desorientación, retención urinaria, constipación y taquiarritmias. Los efectos anticolinérgicos obligan a limitar la dosis. Debe realizarse ECG previo a su utilización y emplearse con precaución en niños con riesgo aumentado de disfunción cardíaca. Contra indicado en intervalo QT prolongado corregido o bloqueo cardíaco.

Antagonistas NMDA

Pueden ser utilizados para cualquier tipo de dolor ya sea neuropático, inflamatorio, o debido a enfermedad vascular periférica. La metadona combina la acción opioide con el antagonismo de los receptores NMDA.

Corticosteroides^{18, 19}

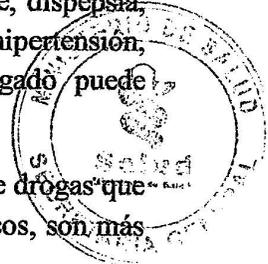
Son útiles para aliviar el dolor por compresión de vías nerviosas, por compresión epidural de la medula espinal, metástasis óseas, cefalea por hipertensión endocraneana y para el dolor secundario a distensión capsular. Pueden ser añadidos a los opioides para el manejo del dolor en la plexopatía braquial o lumbosacra. Además, producen gran variedad de efectos que incluyen mejoramiento del estado de ánimo, actividad antiinflamatoria, actividad antiemética y estimulación del apetito.

Estos efectos pueden ser benéficos en el manejo de la caquexia y de la anorexia en enfermedades terminales.

-- *Dexametasona*: es la más comúnmente utilizada por su potencia, duración de efecto y mínima acción mineralocorticoide. Debido a la constelación de efectos adversos que produce, es conveniente su utilización por pulsos, es decir ciclos cortos de 3 a 5 días, y hay que repetirlos cuando los síntomas lo hagan necesario. La dosis de Dexametasona es de 0,3 a 0,6 mg/kg/d cada 8 horas (máximo 8 mg cada 8 horas).

Entre los efectos secundarios, se mencionan: edema, facies cushingoide, dispepsia, sangrado digestivo, riesgo incrementado de infecciones, osteoporosis, hipertensión, hiperglucemia, alteraciones en el estado de ánimo. El uso prolongado puede producir supresión suprarrenal.

Para el tratamiento del dolor neuropático es necesario la combinación de drogas que actúen por distintos mecanismos. Los opioides, aunque menos específicos, son más



potentes que los coadyuvantes. Siempre es necesario considerar su incorporación ante dolor neuropático de intensidad severa.

OTROS TRATAMIENTOS

Otras terapéuticas adyuvantes en el manejo del dolor por cáncer son:

. La analgesia controlada por el paciente (PCA) se puede utilizar con seguridad y eficacia en niños mayores de 6 años. En los niños más pequeños, La analgesia controlada por enfermera (NCA) se puede usar. En general, los padres no deben controlar el dispositivo PCA excepto en algunas circunstancias raras.²⁰

- *Radioterapia²¹*: en las metástasis óseas, o local para el dolor localizado por infiltración tumoral
- *Bifosfonatos (acidozoledronico)*: inhiben la resorción ósea, se utilizan en el tratamiento de la hipercalcemia y las metástasis óseas
- *Infiltración local, bloqueo nervioso, bloqueo epidural*
- *Cirugías paliativas*

1.4 MANEJO DE DOLOR ASOCIADO A PROCEDIMIENTOS

Para muchos niños, el dolor generado por los procedimientos diagnósticos y terapéuticos es peor que el que se deriva de la propia enfermedad.

Los procedimientos pueden generar dolor de intensidad variable en cada niño y hay que tener en cuenta que puede presentarse acompañado de ansiedad y es necesario abordar ambos componentes del sufrimiento.

En la profilaxis del dolor producido por procedimientos, tienen que integrarse enfoques farmacológicos y no farmacológicos. Los métodos concretos que se utilicen se adaptarán a cada niño y al procedimiento a realizar

MEDIDAS GENERALES²²

- **Información:** brindar tanto al niño como a su familia información que los prepare para lo que se realizará, debiéndose explicar el procedimiento que se llevará a cabo y el porqué de su necesidad. La información es mejor aceptada si se adapta a las necesidades del niño. Hay familias que solicitan información, mientras que, para otras, un exceso de información genera más ansiedad. Por lo tanto, la preparación siempre debe ser individualizada.



- Nunca se debe mentir al niño acerca de los procedimientos dolorosos, porque desconfiará y temerá lo que se haga con él en el futuro.
- Evitar realización de estudios innecesarios.
- Tratar de realizar todos los estudios de laboratorio con la misma muestra de sangre, y cuando sea posible usar un catéter venoso central.
- Para todos los procedimientos utilizar ambientes tranquilos.

Recordar el derecho del paciente al consentimiento informado para cada procedimiento.

TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS

Forman parte, pero no reemplazan una analgesia farmacológica adecuada en niños sometidos a procedimientos dolorosos.

Técnicas cognitivas y comportamentales

- Participación de los padres: deben ser alentados a permanecer con el niño durante el procedimiento.
- Técnicas de autocontrol: la respiración profunda, la relajación progresiva.
- La distracción: con frecuencia, los padres son hábiles en este método, porque conocen las preferencias de sus hijos. Se puede utilizar como recursos la música, contar una historia o un cuento, en lactantes y niños más pequeños atraer su atención con objetos o juguetes.
- La visualización: hacer que el niño se concentre en la imagen mental de una experiencia agradable o de colores, sonidos y lugares, en lugar de concentrarse en el dolor.

Técnicas físicas

Modifican los sistemas sensoriales

- Tacto
- Frío

TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS

El tratamiento farmacológico se adaptará a cada niño y al tipo de procedimiento a realizar. Cuando se empleen fármacos que producen sedación consciente, el niño debe estar bajo la observación atenta de una persona que controle la respiración y el nivel de conciencia y siempre se debe emplear oximetría de pulso.



Debe estar presente una persona experta en el control de la ventilación y provista de equipo de reanimación.

Anestésicos locales

Para los procedimientos que requieren punciones con aguja, suelen ser útiles los anestésicos locales.

• Lidocaína gel al 2%: anestésicos locales que se aplica sobre la piel bajo apósito oclusivo durante una hora como mínimo. El tiempo de aplicación máximo es de 4 horas.

• La lidocaína aplicada mediante inyección sub-dérmica con aguja de pequeño calibre. La quemazón que produce la administración local es menor si la sustancia se tampona con una solución estándar de bicarbonato de sodio a razón de 9 partes de lidocaína por 1 parte de bicarbonato de sodio.

Sedantes e hipnóticos²³

Los sedantes y los hipnóticos proporcionan alivio de la ansiedad y sedación, *pero no analgesia* y, por lo tanto, no se deben emplear solos en los procedimientos dolorosos, sino juntamente con un analgésico.

• *Los benzodiacepinas*, entre ellas el Diazepam y el Midazolam, se pueden emplear asociadas a un opioide para proporcionar alivio durante los procedimientos que ocasionan dolor moderado a severo (por ejemplo: aspiraciones de médula ósea). Estos fármacos se deben utilizar bajo vigilancia estricta de la ventilación, porque el riesgo de depresión respiratoria aumenta cuando se dan con un opioide. La dosis inicial recomendada es de 0,2 mg en bolo intravenoso, repetida si no hay respuesta en menos de un minuto, hasta un máximo de 4 veces. Si hay respuesta inicial, pero al cabo de 20 minutos vuelve a producirse la sedación, se puede repetir de nuevo la dosis.

• *El Midazolam* puede usarse a dosis de 0,3 a 0,5 mg/kg por vía oral hasta un máximo de 15 mg, 30 a 45 minutos antes del procedimiento, o bien, 0,05 mg/kg por vía intravenosa 5 minutos antes, y se puede repetir por dos veces si es necesario. Es el fármaco de elección en procedimientos dolorosos breves y se utiliza junto con un opioide. Es de acción corta y la solución se puede administrar por vía intravenosa o por vía oral incorporándose a un jarabe con sabor (por ejemplo: ibuprofeno).



I. SINTOMAS GENERALES

2-ANOREXIA

La anorexia, definida como falta de apetito, y la pérdida de peso pueden acompañar a la astenia. La caquexia es el cuadro de desnutrición y pérdida de peso que puede asociarse a la astenia, sobre todo en la fase final del paciente en cuidado paliativo.

Anorexia, es un síntoma que frecuentemente se ve en malignidades y contribuye a la caquexia y a su vez estos síntomas clínicos en enfermedades graves tienen diferente fisiopatología que la pérdida de peso por privación alimentaria.

La característica principal de este síndrome es la acelerada pérdida de músculo esquelético como respuesta a un estado inflamatorio crónico.

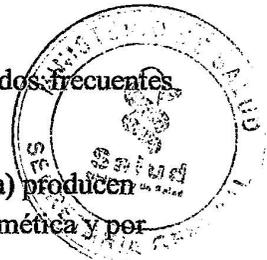
La instauración del síndrome de caquexia-anorexia es un indicador de mal pronóstico, acompañando a un empeoramiento de los síntomas y la calidad de vida, disminuyendo la supervivencia; por lo que debe ser considerado un síntoma a evaluar con prioridad.

Tratamiento

Considerar estos síntomas de tratamiento multidisciplinario, ya que muchas veces coexisten varios síntomas (depresión, tristeza, estado mal nutrición previo, cambio de apariencia, y los mismos factores para los cuidadores o familias).

Si bien su manejo se basa primordialmente en el tratamiento de la causa, existen medidas que pueden paliarlo:

- Realizar con los padres un debate honesto y solidario respecto a la alimentación y de los beneficios y desventajas de las intervenciones para aumentar el apetito o para proporcionar la nutrición.
- Fraccionar la dieta en 6-7 tomas y flexibilizar los horarios.
- Usar dietas semiblandas o blandas que suelen ser mejor toleradas.
- Optar por los alimentos favoritos del niño
- No insistir en nutriciones muy hipercalóricas o hiperproteicas.
- Uso fraccionado de líquidos (agua, infusiones, etc.), unido a cuidados frecuentes de la boca. Servir la comida en un plato chico
- Fármacos, como los corticoides (Dexametasona a dosis bajas, 0,1 mg/kg/día) producen mejoramiento del estado de ánimo, actividad antiinflamatoria, actividad antiemética y por



consiguiente han sido utilizados para estimular del apetito No debe interrumpirse abruptamente luego de uso prolongado ya que puede aparecer insuficiencia adrenal aguda.²² Existe una serie de medicamentos que se han propuesto para el tratamiento de la anorexia: acetato de megestrol, inhibidores de citokinas; anticuerpos monoclonales, clembuterol, benzfibrato, los cuales están pendientes de aprobación basada en estudios en pacientes pediátricos en cuidados paliativos.

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. También corresponde tomar en cuenta las consideraciones del paciente y los familiares.

III. SINTOMAS RESPIRATORIOS

3.1. DISNEA Y TOS²⁵

La disnea y la tos son síntomas molestos para el enfermo y angustiante para la familia.

Se deben descartar etiologías que sean susceptibles de tratamiento causal.

Manejo:

- Medidas no farmacológicas o generales: compañía tranquilizadora, aire fresco sobre la cara, ejercicios respiratorios, técnicas de relajación. Ponga al niño en una posición semi-sentada. Lo más importante es que esté cómodo.
- Medidas farmacológicas: oxigenoterapia intermitente, benzodiazepinas, opioides, La morfina a dosis bajas y aumentar paulatinamente. La dosis de morfina para la disnea es un 25-30% de la dosis de morfina para el dolor.

Precaución si se están utilizando opioides potentes (morfina, fentanilo, oxicodona) de no usar opioides débiles como la codeína, para tratar la tos, ya que pueden competir sobre los mismos receptores disminuyendo el control del dolor.

Si secreciones excesivas, asociar N-acetil cisteína (100-200 mg/8 h oral) o escopolamina/hioscina (5 mg/8-12 h) oral, subcutánea o IV²⁶.

El uso de oxígeno depende del estado del niño o adolescente. El simple hecho de saber que, ante esa falta de aire, se tiene el oxígeno disponible, contribuye a que el paciente se sienta mucho mejor¹. Sin embargo, en los casos de progresión de metástasis pulmonares el oxígeno no contribuye a resolver la fisiopatología.

Si la situación lo permite y hay fuente de electricidad, se puede disponer de un concentrador de oxígeno.



IV. SINTOMAS GASTROINTESTINALES

4.1 CUIDADOS DE LA BOCA^{3,22}

Enjuagues de agua con bicarbonato (250 ml de agua + 1/8 de cucharadita de bicarbonato) cada 6 horas, se puede mezclar con 2 ó 3 gotas de jugo de limón. Chupar pedacitos de hielo pequeños.

Para candidiasis oral: Nistatina suspensión 5 ml, tres veces al día, por 7 días. Ketoconazol 5-10 mg/kg/día VO por 7 días.

Lidocaína: se puede aplicar sobre las úlceras dolorosas con una gasa antes de comidas² Si la boca tiene una infección bacteriana añadida se recomienda suspensión oral de metronidazol, 7,5 mg/kg cada 8 horas durante 7 días.

4.2 NÁUSEAS Y VÓMITOS²⁷

Etiología

- Por la enfermedad: hipertensión endocraneal, obstrucción intestinal, estreñimiento, tos, fiebre, gastroenteritis
- Por los tratamientos: quimioterapia, radioterapia, opioides, cualquier fármaco que los niños rechazan.
- Motivos ambientales: olores, insistencia en que coman, ansiedad, llamar la atención, etc.
- Traslados: en vehículo, movimientos o traslados en el hospital.

Medidas generales

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

Fármacos más utilizados

- **Ondansetrón:** 0,15 mg/kg/dosis ó 5 mg/m²/dosis (2-3 dosis) VO-IV.
- **Granisetron:** 20-40 µg/kg/dosis (dosis única diaria).
- **Metoclopramida:** 0,5-1 mg/kg/dosis cada 6 h VO, IV o IM. Útil cuando existe dismotilidad. Contraindicado en obstrucción intestinal. Debe vigilarse por reacción extrapiramidal.
- **Dexametasona:** 10 mg/m²/dosis (máx. 10 mg, como antiemético).



– **Clorpromacina:** 0,5 -1 mg/kg/dosis cada 6-8 h VO o IV

_ **Dimenhidrinato:** dosis 2mg/kg cada 6 horas

- o Niños de 6-12 años: se recomiendan dosis de 25 a 50 mg cada 6-8 horas sin exceder los 150 mg/día
- o Niños de 2-6 años: las dosis recomendadas son de 10-15 mg cada 6-8 horas, sin exceder los 75 mg/día
- o Lactantes y neonatos: no se han establecido la seguridad y eficacia del Dimenhidrinato

4.3 ESTREÑIMIENTO²²

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

Los fármacos recomendados son:

– Reguladores: *Plantago ovata*, metilcelulosa

_ **Osmóticos:** Periodo de latencia de 1 a 2 días. El fármaco de primera elección para el estreñimiento e impactación fecal en pacientes pediátricos es la lactulosa. Se debe iniciar su uso con 5 ml cada 12 horas hasta conseguir deposiciones de consistencia normal y que no produzcan molestias al defecar...

– Detergentes: parafina.

– Estimulantes: Periodo de latencia de 6-12 horas. Están contraindicados si se sospecha obstrucción intestinal.

El manejo inicial del estreñimiento puede realizarse con lactulosa vía oral. En caso de no haber respuesta luego de 48 a 72 horas debe incrementarse la dosis. Al término de otras 48 a 72 horas de no haber respuesta debe considerarse el uso de un nuevo laxante, como bisacodilo y considerar uso de hidróxido de magnesio y reevaluar en 48 a 72 horas. En caso de no existir respuesta debe considerarse el examen rectal. En caso de heces duras considerar supositorio de glicerina o enemas.²⁸

V. SINTOMAS CUTANEOS

5.1 PRURITO



Puede tratarse con el uso de difenhidramina 0,5-1 mg / kg cada 6 horas IV / VO (100 mg como máximo por día); puede causar una reacción paradójica en los niños pequeños. Otra opción es la hidroxizina a dosis de 0,5-1 mg / kg cada 6 horas IV / VO (600 mg como máximo por día)

VI. SINTOMAS DE INDOLE PSICOSOCIAL

6.1 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Los síntomas físicos de la depresión pueden ser difíciles de distinguir de los de la enfermedad de base. Se debe tener un umbral bajo para el tratamiento de la depresión.

Para la ansiedad puede utilizarse el Lorazepam a dosis de 0,025 mg / kg hasta 4 mg cada 6 horas IV / VO. Valorar por aumento de la dosis en un 20-30%

Para la depresión los inhibidores y estimulantes de la recaptación de serotonina son las intervenciones farmacológicas básicas. Debido a que los antidepresivos tradicionales pueden tomar semanas para aliviar la depresión, su iniciación se puede acoplar con metilfenidato, que tiene un efecto antidepresivo rápido. A medida que el antidepresivo tenga efecto, el metilfenidato puede disminuirse.

6.2 AGITACIÓN

El término «agitación» se usa para describir un conjunto de varios signos y síntomas. En esencia, la agitación es un estado de alerta potenciado y molesto. Se puede presentar en forma de discurso elevado de tono o enfadado, tensión muscular aumentada, excitación neurovegetativa (como diaforesis y taquicardia) o estado afectivo irritable²⁵.

Tratamiento

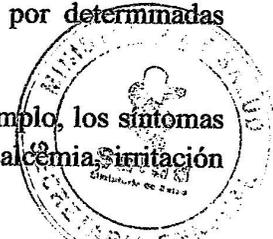
Comienza con la identificación de los síntomas y la consideración de las posibles causas. Los pasos siguientes proveen un esquema básico útil para tratar la agitación:

– **Tratar las posibles causas de malestar**, como el dolor, la disnea, la tensión o espasmo muscular, la plenitud vesical, el estreñimiento y la adopción de posturas incorrectas.

-Evaluar la ansiedad y los factores de estrés ambiental o provocado por determinadas situaciones.

– Evaluar los componentes médicos susceptibles de tratamiento. Por ejemplo, los síntomas resultantes del aumento de la presión intracraneal, fallo renal o hipercalcemia, agitación cerebral, hipoxia o hipercapnia.

-Considerar causas desencadenantes como la infección, los cambios cardíacos o del estado respiratorio y los efectos de la medicación.



- **Estimar la presencia de delirium.** Aunque el delirium pediátrico puede incluir un elemento de agitación, se caracteriza además por presentar problemas del sueño, alteración de la atención, labilidad del humor y confusión.
- **Revisar la medicación.** Algunos opiáceos, como la hidromorfona provocan mioclonías o síntomas de agitación hasta en un tercio de los pacientes hospitalizados. Finalmente, la interrupción brusca de tratamientos con anticonvulsivantes, clonidina, corticosteroides, opiáceos y sedantes hipnóticos pueden provocar agitación.

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento inicial de la agitación es casi siempre no farmacológico. Tratar de tranquilizar al niño mediante caricias y palabras suaves. Los objetos familiares del hogar pueden contribuir al confort. Los recursos orientadores como los calendarios o los tabloneros de anuncios, pueden ser de utilidad para los niños mayores que presentan confusión o delirium.

La restricción física está indicada en aquellos casos en los que los movimientos agitados del niño lo ponen en riesgo de dañarse. Debe emplearse el mínimo posible de restricción.

El uso razonable de estas medidas puede ser preferible al aumento de la medicación, aunque se debe evaluar con cuidado la aplicación de estas medidas y acordar con la familia si resultan apropiadas.

Tratamiento farmacológico

- **Neurolépticos:** (haloperidol, clorpromazina, risperidona). Los neurolépticos tienen un menor efecto sedante y se pueden utilizar en pacientes que no pueden tomar benzodiazepinas por motivos de intolerancia o depresión respiratoria. También pueden resultar más útiles cuando la principal característica de la agitación es el delirium. Pueden producir síntomas extrapiramidales que llegan a ser muy molestos.

Haloperidol: La dosis de haloperidol es 0,25 a 0,5 mg / kg VO dividido en 2 dosis al día, aumento de 0,25-0,5 mg cada 5-7 días (dosis máxima de 15 mg / kg / día); 0,5 mg / kg VO en caso de inicio agudo, repita en 1 hora si es necesario. No se ha establecido su seguridad en niños menores de 3 años.

Olanzapina: se usa en niños de más de 6 años, La dosis de 2.5 mg/día con incrementos posteriores a razón de 2.5 mg cada 4 a 7 días. La dosis máxima recomendada es de 20 mg.

VII.CUIDADOS INTEGRALES DE LA FAMILIA DEL PACIENTE

7.REUNIONES FAMILIARES²⁹

Se entiende a la familia como un sistema, como una entidad con características propias, definible y reconocible de su entorno, con capacidad para cambiar y ser funcional, que a su vez interactúa con el paciente y con el equipo de salud, conformando un gran sistema terapéutico. Al trabajar con niños o adolescentes, la mayoría de las veces, se entra en contacto con ellos y con alguno de sus padres, “el cuidador principal”, estos, reciben la mayor parte de la información respecto del tratamiento o del pronóstico, por lo que resulta de gran utilidad poder convocar a los otros miembros de la familia, para una reunión familiar (RF), con el fin de conocer qué “ saben”, “piensan” “temen”, “imaginan”, “conocen” o “no quieren saber” respecto de lo que está sucediendo en esta etapa tan difícil de sus vidas, y poder entender cómo esto impacta en el paciente y sus familiares, lo cual permitirá al equipo médico ayudarlos de una mejor manera.

La RF se realizará:

Al inicio del ingreso del paciente al programa de cuidados paliativos

- *Cuando hay síntomas que se descontrolan por causa emocional. (los síntomas no responden a la medicación).
- *Cuando la proximidad de la muerte no es considerada como posible por la familia y se establece la conspiración de silencio, (la familia no permite hablar de lo que sucede, ni al paciente ni a los familiares); la negación, (la familia no acepta la situación), el abandono, (el paciente queda solo) o la sobreprotección.
- *Cuando la familia comenta circunstancias que el niño y/o el adolescente no refiere.
- *Cuando es solicitada por la familia, o el médico, ante las dificultades para contener la situación.
- *Cuando la familia cree que:
 - *Negar la difícil realidad que atraviesa el paciente, lo protege.
 - *Desvalorizar o minimizar los síntomas del enfermo, lo alivia.
 - *Exigirle esfuerzos (que coma, que se levante), lo estimula.
 - *Ocultar los sentimientos que sienten los familiares, evita la depresión de los pacientes.

Participantes de la RF

Personal del equipo de Salud:



El médico tratante y el psicólogo, y otros miembros del equipo, como la enfermera, el guía espiritual (para responder a dudas espirituales o religiosas), trabajadora social, o a algún otro profesional tratante (oncólogo, médico de terapia intensiva etc.).

Familiares que conviven con el niño o adolescente, incluidos los hermanos, no importa la edad que tengan (aquellos que pueden asistir). También todas aquellas personas cercanas o significativas para el paciente, como los abuelos, tíos, o vecinos que lo cuidan. Cuando el enfermo es un adolescente, el novio o la novia.

Lugar de la reunión

Se debe disponer en el nosocomio de un lugar tranquilo en el cual la reunión no sea interrumpida, con espacio suficiente para que estén todos sentados. Además, hay que contar con tiempo (la RF puede durar entre 1 hora a 1.5 horas.) y tener la disposición para responder todas aquellas dudas, para re- explicar procedimientos, tratamientos, causas de la enfermedad, medicaciones, mitos y tabúes, así como para permitir la expresión de las emociones que surjan durante el encuentro.

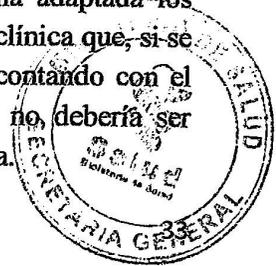
VIII.SEDACIÓN PALIATIVA

DEFINICIÓN:

Es la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, hasta el punto en que permita aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, para lo cual es necesario su consentimiento explícito, implícito o delegado³⁰. Es la reducción proporcionada del nivel de conciencia a la necesidad del alivio del sufrimiento.

La sedación en la agonía es un caso particular de la sedación paliativa, y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, por medio de la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima. Se trata de una sedación primaria y continua, que puede ser superficial o profunda.

Los criterios para iniciar una sedación paliativa en una persona adulta y el procedimiento para llevarla a cabo están bien establecidos. Sin embargo, con menores no existe un acuerdo explícito sobre estos criterios y, en general, se aplican de forma adaptada los criterios de las personas adultas. En cualquier caso, se trata de una práctica clínica que, si se realiza conforme a las indicaciones clínicas y prescripciones técnicas, y contando con el consentimiento informado de la persona menor o de su representante³¹, no debería ser considerada de un modo muy diferente al de cualquier otra actuación médica.



Lo que sí hay que hacer es extremar el proceso de información de la persona menor y sus representantes para que tengan ideas claras sobre los objetivos del tratamiento, sus consecuencias y la reversibilidad o irreversibilidad del proceso. Debe quedar claro que nuestro objetivo es aliviar el sufrimiento y no acelerar el proceso de la muerte, intentando mantener en la medida de lo posible la capacidad de comunicación entre la persona menor y su familia. Es decir, hay que asegurarse de que la familia no entienda este proceso como eutanasia, cuyo objetivo sería terminar con la vida como medio para poner fin al sufrimiento.

Es importante que, cuando se llegue a plantear la sedación, se haya realizado un Proceso de Planificación Anticipada de las Decisiones.

Durante el tiempo que la persona menor permanece bajo sedación, deben revisarse continuamente las necesidades de la familia por parte del equipo médico y proveer soporte emocional, tiempo y espacio adecuado para poder seguir acompañando a la persona menor en estos momentos.

Requisitos para el Proceso de la sedación paliativa

Indicación terapéutica correcta.

1. Lo que implica:

Una cuidadosa evaluación del diagnóstico de final de la vida.

La presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario.

2. Se necesita el consentimiento explícito del enfermo o de la familia si el enfermo fuera incompetente y por consiguiente es nuestro deber evaluar la competencia del paciente o en nuestro caso, de la familia a la hora de tomar decisiones.
3. Se debe consignar que se dio información clara y completa del proceso, con registro en la historia clínica.
4. La administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.

Por síntoma refractario se entiende aquél que no puede ser adecuadamente controlado, a pesar de los esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable, que no comprometa la conciencia y en un plazo de tiempo razonable.¹⁵ Resulta crucial, distinguir entre sufrimiento evitable y no evitable, para determinar sobre qué aspectos del sufrimiento del primer tipo es posible intervenir (a través del control de síntomas, intervenciones psicosociales, cuidado del entorno, etc.). Cuando se agotan las posibilidades de intervención, se entiende que el sufrimiento es refractario.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

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: Empezar a 0,05- 0,1 mg/kg/dosis. (Máximo 5 mg por dosis) Niños < 40 kg: 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. Empezar a 2,5-5 mg/dosis Niños > 40 kg: b) Si el paciente recibía previamente benzodiazepinas: aumentar la cantidad un 30- 50% hasta encontrar la dosis óptima que consiga controlar el síntoma.

Tiene dosis techo de 150 a 200 mg/día, a partir de la cual se producen reacciones paradójales.

La levomepromacina se utiliza como segundo escalón o en caso de delirium, la dosis techo es de aproximadamente 300 mg/día. El fenobarbital y el propofol sólo son de uso hospitalario y con estricto control por especialistas.

REFLEXIONES SOBRE RE-ESTRUCTURAR EL PLAN DE MANEJO AL FINAL DE LA VIDA

Una de las más importantes misiones del cuidador profesional es la **comunicación colaborativa**, sobre todo si el paciente está en una situación médica amenazante para la vida, o si los hechos clínicos nos conducen a un acortamiento de la vida de un niño.

Una manera práctica que comenzar cada vez una comunicación colaborativa con los padres de un niño que es tributario de cuidado paliativo es³³:

1. **¿De qué estamos hablando en esta ocasión?**
2. **¿Cuál es el problema u oportunidad que nos preocupa?**
3. **¿Qué es lo que tratamos de lograr en este caso?**
4. **¿Cuáles son los hechos que todos debemos conocer?**

En la tercera pregunta ¿qué es lo que tratamos de lograr en este caso? encuadra una cuestión básica en el cuidado paliativo porque muchas veces el qué que se persigue es el alivio de un síntoma, más la evolución natural de la enfermedad nos dicta que este síntoma no va a desaparecer y en caso de avance de la enfermedad, obviamente que puede progresar.



La situación de la atención paliativa pone al equipo ante la perspectiva de cambiar el plan de tratamiento, esto en una familia que había hecho un plan para la vida del niño/a.... plan que se vio truncado por una situación incurable y que puede empeorar hasta finalizar con la muerte.

Por consiguiente, siempre es importante ir preguntando a la familia, a los padres principalmente, ¿qué cambio de plan han hecho ellos? y evaluar qué tanto de la realidad médica conocen los padres.

Un excelente cuidado paliativo, a lo largo de esta evaluación, detectará nuevas expectativas; ayudar a re-enmarcar las metas, priorizando los asuntos más importantes.

Un ejemplo de interrogación es la siguiente frase:

“Dando que sabemos a lo que enfrenta tu hijo me gustaría saber ¿qué es lo que tú esperas?”
o **“¿Qué te preocupa?”**^{33,34}

La mayoría de los familiares solo quieren que el problema se mejore, incluso que desaparezca...Esto no quiere decir que están en negación. Mantener una esperanza es completamente fisiológico y el cuidado paliativo no pretende destruir estas esperanzas.

Una escucha atenta a ¿qué es lo que se espera? Permitirá establecer prioridades y hacer un nuevo plan.

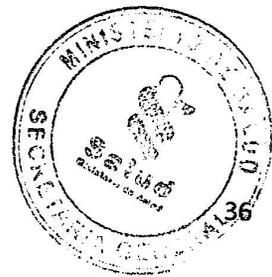
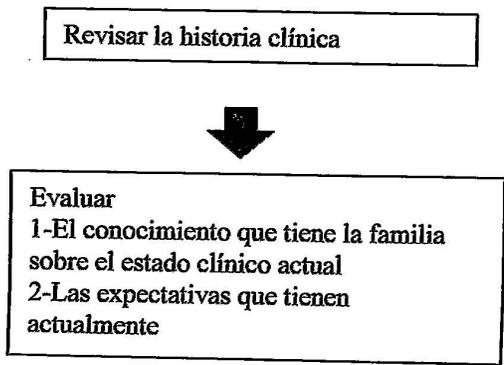
Una nota de Cuidados Paliativos ha de aclarar que la toma de decisiones es multidisciplinaria, y tomando en cuenta el mejor interés del menor y respetando las creencias de la familia.

Por último, nos referiremos a la adecuación de medidas. Más que una “limitación del esfuerzo”, el cuidado paliativo reestructura el plan de manejo que manera que prioricen las medidas que van a velar por la calidad de vida del niño:

- Evitando hacer el mal mediante la no instauración de procedimientos o tratamientos que no cambiarán el transcurso de la enfermedad y que sí implican riesgo para la fisiológica ya delicada del paciente
- Promoviendo terapias farmacológicas o no farmacológicas que contribuyan a una óptima calidad de vida del niño y su familia

Es un acompañamiento dinámico y activo teniendo en cuenta todos los aspectos en la vida de un niño.

Flujo grama de comunicación colaborativa en el establecimiento del plan de manejo:



IX.MANEJO DE LAAGONIA

9.1SIGNOS CLÍNICOS DE LA AGONÍA³³:

- 1-Alteración del nivel de conciencia.
- 2-Pérdida del tono muscular.
- 3-Enlentecimiento de la circulación.
- 4-Cambio de los signos vitales.
- 5-Afectación sensorial.

Que es importante en el momento de la agonía

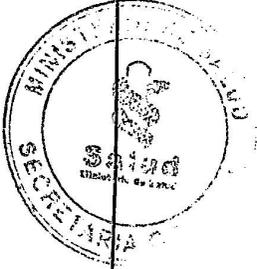
- EVITAR EL SUFRIMIENTO
- CONTROL DE SÍNTOMAS MOLESTOS.
- SOPORTE PSICOLÓGICO A PACIENTES Y FAMILIA.
- ATENDER NECESIDADES ESPIRITUALES Ó RELIGIOSAS.
- PONER EN CONTACTO A PACIENTE Ó FAMILIA CON JEFES RELIGIOSOS

TAREAS DE LA FAMILIA:

- Deben enfrentarse a:
 - Idea de la muerte de un ser querido.
 - Tomardecisiones.
 - Cumplir tareas.
- Deben intentarconseguir:
 - Equilibrio.
 - Redistribuir funciones.
 - Aceptar cuidador externo.
 - Despedirse del paciente.

NECESIDADES DE LA FAMILIA: Deben ser detectadas por el equipo de cuidadores

- De información clara y concisa.
- De saber que está haciendo algo.
- De contar con el apoyo del equipo.
- De tiempo.
- De privacidad e intimidad.
- De participar en los cuidados.
- De comunicar sentimientos y reparar la relación.
- De compañía y apoyo emocional.
- De expresarlasemociones.
- De conservar la esperanza real.
- De apoyo espiritual.



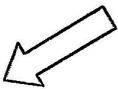
PRIMEROS AUXILIOS PARA EL APOYO EMOCIONAL

En aquellos casos en los cuales en final de la vida se acerca, naturalmente los padres pueden presentar reacciones de duelo; incluso aquella familia que ha acompañado al niño en todos los momentos de su enfermedad.

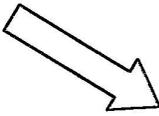
Para el personal de salud, el primer paso es la contención emocional. Si hay una persona especialista en salud mental, se acude a ella. Hay muchas ocasiones donde esta persona no está, por lo cual, todo lugar donde se brinden servicios de salud debe establecer un esquema de contención emocional del doliente, que simbólicamente se ha llamado "primeros auxilios" emocionales³⁴.
Ejemplo:

1. Contención emocional
Generalmente la madre o padre manifiesta su tristeza, o asombro, o miedo con llanto, gritos o movimientos involuntarios.
Para eso el personal de salud debe llevar a la persona a un sitio tranquilo

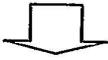
Ej.: Ofrecer un pañuelo, o un vaso de agua y estar preparado para contener verbalmente a la persona.



2. Calmar
La mayoría de las personas necesitan a alguien los exhorte a calmarse.
Ej.: ¡Míreme! Vamos a respirar lentamente



3. Brindar información
Debemos en este momento hablar con palabras sencillas, claras y pausadas



4. Consultar a la persona sobre sus necesidades

X.DUELO

DEFINICIÓN:

El Duelo es la reacción normal ante una pérdida, es un recurso normal de la psiquis humana para enfrentar las pérdidas significativas. Tanto el paciente que padece una enfermedad oncológica como su familia se ven enfrentados a diversas situaciones de duelo: desde la inicial pérdida de la salud, atravesando por la pérdida de ciertas funciones y capacidades, hasta la irremediable muerte del paciente. *El duelo es un proceso y no un estado.* El individuo en duelo va atravesando distintos estadios, con un curso irregular, lleno de avances y retrocesos, y a veces, detenciones en alguna etapa

El Duelo Complicado es una respuesta emocional anormal que implica una morbilidad psicológica. Puede ser el producto de una desviación cuantitativa o cualitativa del proceso de duelo.

MEDIDAS:

En cada momento de la enfermedad, el objetivo del trabajo con el duelo es promover los recursos necesarios para el desarrollo de un duelo saludable, e identificar indicios de riesgo, con la intención de prevenir la evolución hacia un duelo complicado, frente a las eventuales pérdidas que los familiares tengan que afrontar³¹.

Resulta difícil dar respuesta a todas las necesidades de una familia en duelo, pero medidas simples pueden hacer la experiencia significativamente mejor para la mayoría de ellas. Se considera que los beneficiarios últimos de la prevención del duelo familiar podrían ser los hermanos sanos del paciente. La muerte de un hermano es un evento traumático.

El objetivo principal de la intervención con los hermanos no es que se recuperen del duelo, sino que pueda reconocerlo y aprender a integrarlo a sus vidas, dado que es un recuerdo que llevarán por siempre.

Los profesionales del equipo de salud tienen la oportunidad de dar continuidad a los cuidados a través del conocimiento del cómo ayudar. Algunas intervenciones, llevadas a cabo antes y después de la muerte, pueden ayudar al paciente y a su familia a disminuir los riesgos de desarrollar un duelo complicado.

Antes de la muerte del paciente:

- Realizar un adecuado control de síntomas.



- Informar sobre el diagnóstico al paciente de manera apropiada y de acuerdo a su edad
- Informar de manera apropiada a la familia del paciente, sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.
- Incluir a todos los miembros de la familia e involucrar a los hermanos sanos en el cuidado del paciente.
- Estimular la comunicación entre el enfermo y su familia.
- Preparar a la familia para la etapa de agonía.
- Anticipar la cercanía de la muerte.
- Recomendar la participación de cada uno de los integrantes de la familia en los rituales funerarios, incluidos los niños mayores de 5 años.
- Identificar los miembros de la familia que presenten riesgo de desarrollar duelo complicado.

Luego de la muerte del paciente:

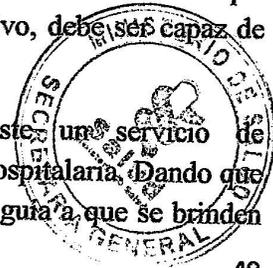
- Aclarar dudas.
- Hablar sobre las circunstancias del fallecimiento.
- Explorar sentimientos de culpa.
- Valorar los cuidados ofrecidos al enfermo por la familia.
- Reorientar falsas creencias.
- Investigar qué se hizo con las pertenencias del fallecido.
- Aconsejar que no se tomen decisiones apresuradas.
- Realizar psicoeducación del duelo.
- Ofrecer nuevas consultas.
- Establecer contacto telefónico, por carta y/o mail, en los cuales se trasmite las condolencias por la pérdida del ser querido y se ofrezca un espacio para la reflexión.
- Contactar nuevamente a aquellos miembros que se hayan identificado, durante la etapa previa al fallecimiento o en el llamado posterior, como personas con riesgo de desarrollar duelo complicado.

ACOMPANAMIENTO ESPIRITUAL

Dentro de los cuidados paliativos, el acompañamiento espiritual guarda especial importancia, dado que nuestro paciente, que es un niño o una niña y su familia, están viviendo una experiencia que pone en peligro o acorta su vida. Ante esta circunstancia, el personal de salud que los atiende, debe responder a las necesidades espirituales del momento.

La “dimensión espiritual” se puede definir como “aquellos aspectos de la vida humana que trascienden a los fenómenos sensoriales”³⁵. Un buen cuidado paliativo, debe ser capaz de responder a esta necesidad de transcendencia.

En la mayoría de los centros hospitalarios pediátricos existe un servicio de acompañamiento espiritual, que cursa bajo el nombre de capellanía hospitalaria. Dando que el cuidado paliativo implica una atención ambulatoria e incluso una guía a que se brinden



en casa, los servicios de acompañamiento espiritual deben mantener comunicación con quienes dan apoyo espiritual en la comunidad, llámese grupos de apoyo, pastorales, líderes espirituales según la creencia espiritual de la familia.

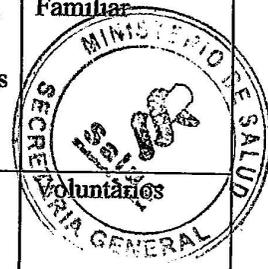
El respeto a los ritos religiosos hace parte de un buen cuidado paliativo, para lo cual, dentro de la historia clínica debe consignarse si la familia profesa religión y cuál es su religión.

La parte esencial del apoyo espiritual es, recoger información acerca de las necesidades espirituales del paciente y su familia; redactarlas de una manera ordenada y buscar a la persona especializada en cumplir este servicio (sacerdote, religioso, pastor).

Para valorar estas necesidades son imprescindible que nuestro paciente y su familia se sientan acompañados en su parte física y psíquica: por ejemplo: si vamos a evaluar la necesidad que tiene una madre, y esta nos dice que no ha comido...lo primero es evaluar esta necesidad física. Una vez la persona que siente acompañada, ella misma irá exteriorizando sus inquietudes espirituales.

A continuación, enumeramos una serie de situaciones propias del apoyo espiritual nivel de la atención del paciente hospitalizado:

Situación	Actividades	Personal que puede apoyar
Padres desean bautizar (consagrar) a su niño/a	1-Llamar al sacerdote o pastor a) Facilitar el equipo (agua) b) De ser posible, acompañar a la familia 2-En caso de que no pueda asistir el sacerdote, el personal puede aplicar el agua de socorro	Médico Enfermería Auxiliar Voluntario
Paciente o sus padres, con necesidad de resolver cuestiones espirituales	1- Informarnos de la religión que profesa esta familia (Revisar la hoja de admisión). 2-Llamar al ministro respectivo de la religión que profesa. 3-Si es un voluntario el que detecta la necesidad, éste debe avisar al personal de enfermería	Enfermería
Necesidad de los padres de llevar al paciente hospitalizado a un rito religioso específico	1-Analizar los pros y contras de la movilización 2- Autorización de permiso de salida, por escrito, escrito, del médico tratante 3-Compromiso del familiar de cumplir las normas administrativas	Médico Familiar
Necesidad de apoyo espiritual al familiar, durante la agonía del paciente	1-Sea la agonía corta o prolongada, el equipo de salud, debe contar con el apoyo del voluntariado	Voluntarios
Apoyo espiritual durante los	1-Observar la situación para hacer un abordaje	Médico



primeros instantes luego del fallecimiento del paciente	2- Según lo observado ofrecer a) Pañuelo b) Un vaso de agua c) Material religioso de apoyo 3-Preguntar si necesita que se avise a alguien	Enfermería Auxiliar Voluntario
---	---	--------------------------------------

PERFIL DEL VOLUNTARIO DE APOYO ESPIRITUAL EN CUIDADO PALIATIVO

Se requiere que todo voluntario que desempeñe su acción voluntaria tiene que cumplir las siguientes condiciones³⁶:

- Ser mayor de 18 años.
- Disponibilidad de Tiempo Libre suficiente.
- Habilidades de tolerancia al sufrimiento y habilidades de en situaciones difíciles.
- Habilidad de actitud de escucha activa y empatía.
- Habilidad para comunicarse con la familia y con los niños enfermos.
- Estabilidad emocional y personal
- Confidencialidad y discreción con la intimidad de las personas.
- Respeto hacia el credo, costumbres, valores e ideas de los otros
- Capacidad de integración y trabajo en equipo.
- Responsabilidad y compromiso en su acción voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Aquella persona que esté en fase de Duelo.
- Aquella persona con problemas psicológicos o psiquiátrico.
- No incluir a aquellos que estén en tratamiento activo y a los ex-enfermos dejarlo a criterio de la persona que seleccione (lo normal es que pasado entre 2 a 5 años del tratamiento).

Ya en páginas anteriores hemos dado guías de manejo y evaluación clínica de los síntomas, pautas de manejo de cuestiones familiares y sociales. Aquí presentamos un flujo de lo que podría ser abordaje espiritual. En lenguaje en que se efectúa este abordaje, debe ser el propio para que cualquier voluntario, con perfil y debidamente capacitado, lo pueda seguir:

Acercarse
Presentarse
Explicar por qué hemos venido:
 Ejemplo: *Buenas tardes. Yo soy María del servicio de acompañamiento espiritual. He venido a saludarla a usted y a su niño y a acompañarlos en este momento*



Recoger información
Ejemplo: *¿Qué edad tiene su niño/a? ¿De dónde son ustedes?*
Esta primera información da paso a que se establezca una comunicación
¿Qué religión practican? Ó ¿A qué iglesia van? Ó ¿Dónde se congregan?

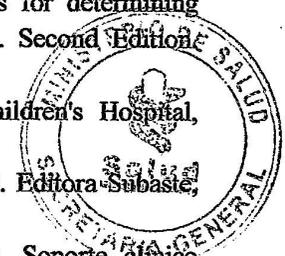


Mencionar algunas ayudas espirituales y evaluar posibles necesidades
Ejemplo: *He traído un libro de salmos. ¿Quiere que se lo lea?*
Ó: Hay un sacerdote que nos apoya.
¿Quiere que se le llame?



REFERENCIAS

1. Peralta L, Onoratelli M, Bevilacqua S.M. Manejo de Dolor. En: Cacciavillano, W. (Ed), Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. 1ª ed. Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer. 2013
2. WHO Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses 2014
3. Precilla J, Ah Chu M. Recomendaciones de manejo de los síntomas comunes del paciente en cuidados paliativos. Informe documentado presentado al Comité de Calidad del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, Panamá, marzo 2016.
4. Bonica's Management of Pain 3rd edition By John D. Loeser (Editor), Steven H. Butler (Editor), C. Richard Chapman (Editor), PhD Dennis C. Turk (Editor) By Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
5. Ullrich C, Wolfe J- Pediatric Pain and Symptom Control. En: Walsch D, Caraceni AT, Fainsinger R, Foley K, Radbruch L. Palliative Medicine, First Edition, 2009, Saunders
6. Martino-Alba R. (Ed), Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud - Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención. Ministerio de Salud, España
7. Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update American Academy of Pediatrics, Committee on and Fetus and Newborn and Section on Committee Surgery, Section on Anesthesiology and Pain Medicine, Canadian Pediatric Society and Fetus and Newborn Committee *Pediatrics* 2006;118;2231
8. Neonatal Pain. Giuseppe Buoncoure Carlo Bellineri en Neonatal Pain, Suffering, Pain and Risk of Brain Damage in the fetus and Newborn, Springer-Verlag, Italia, 2008.
9. Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Ann Goldman, Richard Hain and Stephen Liben. 2006.
10. Stuart B, Alexander C, Rainelle C, Connor S, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.
11. Shann R. Drug Doses, Sixteen Editions, Intensive Care Unit Royal Children's Hospital, Parkville, Victoria, Australia, 2014. Pag 78-81
12. Verges-López: Normas de Atención del Hospital del Niño de Panamá, 2008. Editora Subaste, Panamá
13. Rodríguez Goñi M.E. Reuniones Familiares. En: Cacciavillano, W. (Ed), Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. 1ª ed. Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer. 2013: 165-167
14. Sánchez Sobrino M, Sánchez Moyano P: Cuidados Paliativos Domiciliarios y Hospitalarios, en González Barón M, Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Editorial Panamericana Médica, S.A. 1995, pp. 85-95
15. Ducruet, L. Ramos, V: Fundación Amigos del Niño con Leucemia y Cáncer de Panamá 1998-2010, Revista Yo tengo un Amigo 2010, pp3-10



16. Villegas Rubio J.A., AntuñaGarcía M.J., Cuidados Paliativos Pediátricos. Bol Pediatr 2012; 52: 131-145
1. Quesada-Tristán L., Tratamiento del dolor en cuidado paliativo pediátrico en Capítulo 20, Cuidados Paliativos, Bruera E, De Lima L (editores) (2ª Edición) Guía para el Manejo Clínico, Organización Panamericana de Salud, 2002
2. Méndez C., García H.: Duelo. En: Cacciavillano, W. (Ed), Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. 1ª ed. Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer. 2013: 215-218
3. González-María E, Fuentillas-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gil-Rubio P. Guía de Práctica Clínica para el Manejo del dolor en niño con cáncer Ed 1 año 2013. <http://www.crisccancer.org>
4. Sánchez Sobrino M, Sánchez Moyano P: Cuidados Paliativos Domiciliarios y Hospitalarios, en González Barón M, Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Editorial Panamericana Médica, S.A. 1995, pp. 85-95
5. Rodríguez Goñi M.E. Reuniones Familiares. En: Cacciavillano, W. (Ed), Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. 1ª ed. Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer. 2013: 165-167
6. Ah Chu Sánchez M. Ayer y hoy de la escalera de la OMS. Presentación programada como evaluación de la rotación por el Departamento de Cuidados Paliativos, del 5 de septiembre, 2015. Instituto Oncológico Nacional Juan Demóstenes Arosemena.
7. Bokhara A., Bonello S., Kalbermatter A., Margetik M., Principios generales de control de síntomas. En: Cacciavillano, W. (Ed), Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. 1ª ed. Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer. 2013: 169-172
8. Navarro Vilarrubí S, Ricardo Martino Alba R., Cuidados Paliativos Pediátricos: Epidemiología, organización, Fallecimiento en el hospital. Sedación. http://www.sepho.es/mediapool/120/1207910/data/Actualizaciones/PPP_SEPHO_global_mod.pdf
9. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor crónico en niños con enfermedades médicas. Organización Mundial de la Salud, 2012
10. Gómez Sancho M (ed): Medicina Paliativa en la Cultura Latina, 1999, Madrid, Arán
11. Manejo de las Náuseas y vómitos asociados al tratamiento del cáncer en pediatría Peralta L, Onoratelli M, Bevilacqua S.M. Manejo de Dolor. En: Cacciavillano, W. (Ed), Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. 1ª ed. Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer. 2013.
12. Nallar M. Constipación en Pacientes Pediátricos con Patología Oncológica. En: Cacciavillano, W. (Ed), Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. 1ª ed. Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer. 2013
13. Joanne Lynn. Serving patients who may die soon and their families. JAMA 2001; 285:925-32
14. Kiman R.: Cuidados paliativos en el final de la vida. Sedación paliativa. En: Cacciavillano, W. (Ed), Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. 1ª ed. Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer. 2013: 203-208
15. Asamblea Legislativa de la República de Panamá: Ley 68 del 25 de noviembre del 2003: Que regula los derechos y deberes de los pacientes en materia de información y de decisión libre e informada. 2003, Gaceta Oficial de Panamá N° 2493,3-13.
16. García E: Asistencia al morir, el movimiento "Hospice", 1996, Quirón 27(3), pp82-89.



17. Feudtner Collaborative Communication in Pediatric Palliative Care: A Foundation for Problem-Solving and Decision-Making. *Pediatr Clin North Am.* 2007 October; 54(5): 583-ix
18. Martino Alba R; Monleón Luque, A: Limitar el esfuerzo terapéutico: un término poco apropiado. *Med Pal Madrid.* Vol 16, Nº1.2009. Cartas al editor, pág 2-3.
19. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos, una introducción y una propuesta Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL. Benito E, Barbero J, Payás A. 2008. http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_9.pdf.
20. PLAN DE VOLUNTARIADO EN CUIDADOS PALIATIVOS; Programa Regional de Cuidados, 2006. <http://www.plataforma.echaunamano.org/images/documentos/Publicaciones/>.
Página 21

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Aracelis Celes
SECRETARIA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD

250518





REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 739
De 18 de MAYO de 2018

Que adopta el Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022.

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que es función del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social;

Que de conformidad con la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, que aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá, le corresponde a la Dirección General de Salud Pública, las funciones nacionales de salud pública, de carácter directivo, normativo, regulador, de inspección y control;

Que mediante el Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, se crea el Ministerio de Salud y como órgano de la función ejecutiva tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno en el país;

Que el Decreto 75 de 27 de febrero de 1969, señala que le corresponde al Ministerio de Salud mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intra institucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada;

Que de igual forma, la precitada excerta legal, señala que la Dirección General de Salud Pública es el organismo directivo, normativo y fiscalizador del Ministerio de Salud y en ese carácter le corresponde dirigir, supervisar y evaluar el desarrollo de los programas que configuren el Plan Nacional de Salud;

Que la Tuberculosis es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que se trasmite de persona a persona, a través del aire cuando un enfermo de Tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe; basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada;

Que las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen a lo largo de la vida un riesgo de enfermar de Tuberculosis de un 10%; sin embargo, este riesgo es mucho mayor para las personas con sistema inmunológico suprimido como ocurre en casos de infección con VIH, malnutrición, diabetes, insuficiencia renal, pacientes que tomen medicamentos inmunosupresores para la Artritis, pacientes oncológicos y quienes consuman tabaco.

Que los enfermos por Tuberculosis a lo largo de 1 año pueden infectar a unas 10 a 15 personas por contacto estrecho y si no reciben el tratamiento adecuado descrito en la Norma Técnica Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá, contenido en la Resolución 235 de 17 de abril de 2017 pueden crear resistencias a los medicamentos antimicrobianos e incluso fallecer.



Resolución No. 739 de 18 de MAYO de 2018.
 Que adopta el Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022.

Que ha existido un avance considerable en el año 2016 respecto de la línea de base del año 2015, en cuanto a la reducción de la mortalidad por Tuberculosis en Panamá, logrando descender de 7,1 a 4,4 y encaminándonos a nuestra meta principal al año 2022 de llegar a una Mortalidad de 3,5. El Programa de Tuberculosis elaboró este Plan Estratégico en el Ecuador de la implementación del proyecto del Fondo Mundial denominado "Ampliando y Fortaleciendo la Respuesta en Tuberculosis y VIH" 2016-2018 y preparando una solicitud de financiamiento para la transición hacia la sostenibilidad, cuya implementación está prevista para los años 2019-2021, por lo cual este Plan contiene un documento de presupuesto y cronograma de gastos.

Que este Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis 2018-2022, ha adoptado el Plan Fin a la Tuberculosis OMS/OPS 2015-2035 con hitos al año 2020, que busca una reducción de la Mortalidad por Tuberculosis en un 35% y una reducción de la Tasa de Incidencia de un 20% con respecto al año 2015 buscando llegar a la meta final en el año 2035 de un Panamá libre de tuberculosis, con cero muertes por tuberculosis, cero nuevas infecciones y la desaparición del sufrimiento de las personas, familias y comunidades debido a la tuberculosis.

Que la misión de este Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis 2018-2022, es alcanzar el control de la Tuberculosis, asegurando las medidas de prevención de la infección y el tratamiento efectivo de las personas infectadas, mediante la provisión de los servicios necesarios establecidos por políticas adecuadas y basadas en la evidencia producida tanto a nivel internacional como en investigaciones realizadas en Panamá, que faciliten la comprensión de los determinantes sociales de la enfermedad.

Que de conformidad con lo antes señalado se

RESUELVE:

Artículo Primero: Adoptar el Plan Estratégico Nacional para el Control Integral de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022, que se reproduce en el Anexo I y que forma parte de la presente Resolución.

Artículo Segundo: La presente Resolución empezará a regir al día siguiente a su promulgación.

Fundamento Legal: Constitución Política de la República de Panamá, Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, Decreto 75 de 27 de febrero de 1969.

Comuníquese y Cúmplase.


 Dr. MIGUEL A. MAYO DE BELEO
 Ministro de Salud



ES FIJA COPIA DE SU ORIGINAL


 Secretaria General
 Ministerio de Salud

18-05-18

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN PANAMÁ 2018-2022

NOVIEMBRE DE 2017



*Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022***ÍNDICE**

1. PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN	3
2. METODOLOGÍA	3
3. VISIÓN Y MISIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS	4
4. METAS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS.....	4
5. PILARES DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS	6
6. OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS	7
7. POBLACIONES Y ÁREAS GEOGRÁFICAS PRIORIZADAS	8
8. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS	8
9. ACTIVIDADES DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS 2018-2022.....	11
PILAR 1. ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADA DE LA TUBERCULOSIS CENTRADA EN EL PACIENTE	11
PILAR 2. POLÍTICAS PARA LA RESPUESTA Y SISTEMAS DE APOYO	16
PILAR 3. INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN INTENSIFICADA	19
LÍNEAS DE ACCIÓN	22
RESPONSABILIDADES.....	23



*Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022***1. PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN**

El presente documento contiene el Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022 (PENTB 2018-2022), consensuado con todos los actores involucrados en la respuesta a la tuberculosis en el país.

La necesidad de este PENTB 2018-2022 se expresaba por diversos motivos. En primer lugar, el Plan Estratégico Nacional de Control de la Tuberculosis en Panamá 2014-2016 había perdido validez, por lo que se necesitaba dotar de un marco regulatorio a las acciones que en estos momentos el país lleva a cabo para responder a la tuberculosis.

Además, durante el periodo de vigencia del Plan anterior, se aprobó por parte de la OMS, con la aprobación de todos los países miembros, incluido Panamá, la Estrategia Fin a la Tuberculosis, que plantea un nuevo marco internacional programático para los planes nacionales, y existía la necesidad de adecuar la planificación nacional a dicha estrategia.

Por último, Panamá cuenta en el momento de elaboración de este plan con financiación del Fondo Mundial para apoyar la respuesta a la tuberculosis en el país, y se está elaborando el plan de transición hacia la sostenibilidad, puesto que se prevé que dicha financiación finalice durante el periodo de implementación de este nuevo plan. Por lo tanto, se presentó la necesidad de establecer un diálogo sobre las acciones que involucra dicha necesidad de transitar hacia la sostenibilidad de la respuesta con fondos nacionales, manteniendo los logros que se alcanzaron con la financiación internacional.

2. METODOLOGÍA

Este plan se ha elaborado teniendo en cuenta las metas y estructura de la Estrategia Fin de la TB de la OMS. Para la elaboración de los objetivos y la identificación de los resultados y las actividades, se consideró el análisis de situación elaborado por el MINSA (ver Anexo 1).

El día 23 de agosto de 2017 se llevó a cabo una reunión nacional para la validación del análisis de situación y la elaboración de un FODA y un análisis de brechas programáticas, que se tomaron como insumos para la discusión y la elaboración del componente programático de este PENTB 2018-2022.

Además, se revisaron planes estratégicos de otros países de la región, como El Salvador, Nicaragua y Colombia, para tenerlos como referencia, sabiendo que fueron elaborados en respuesta a la aprobación de la Estrategia Fin de la TB de la OMS.

El día 20 de septiembre tuvo lugar otra reunión nacional, para la validación de la propuesta del componente programático del PENTB 2018-2022, que contenía los objetivos, líneas estratégicas, actividades y el cronograma. El anexo 2 contiene un listado de las entidades e instituciones que participaron de la elaboración del componente programático.

Posteriormente, se elaboraron de manera simultánea el Plan Nacional para el Monitoreo y la Evaluación del PENTB 2018-2022, y el presupuesto del mismo. El Plan completo fue validado en reunión nacional del 31 de octubre de 2017.



Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

El equipo de elaboración de este Plan Estratégico se aseguró de que su contenido programático responde a los siguientes instrumentos nacionales e internacionales de guía para planificación en salud:

- Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un Llamado a la Acción para la Salud y el Bienestar en la Región.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible
- Plan de Acción Regional para la Prevención y Control de la Tuberculosis 2016 – 2019 de OPS/OMS.
- Plan Estratégico Nacional de Control de la Tuberculosis y Panamá 2014-2016.
- Planes Estratégicos de Colombia, El Salvador, Honduras y Nicaragua
- Marco modular del Fondo Mundial para la tuberculosis.
- Informe de visita del Comité de la Luz Verde (Green Light Committee) a Panamá en julio de 2017.
- Norma Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis de Panamá.
- Marco de Trabajo para el Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe.
- Política OMS Actividades Colaborativas TB/VIH.
- Nota informativa de MINSA y directrices de OPS/OMS sobre RAFA.

3. VISIÓN Y MISIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS

Este plan tiene una visión de un Panamá libre de tuberculosis, con cero muertes por tuberculosis, cero nuevas infecciones y la desaparición del sufrimiento de las personas, familias y comunidades debido a la tuberculosis.

La misión del Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis es alcanzar el control de la tuberculosis, asegurando las medidas de prevención de la infección y el tratamiento efectivo de las personas infectadas, mediante la provisión de los servicios necesarios establecidos por políticas adecuadas y basadas en evidencia producida tanto a nivel internacional como en investigaciones realizadas en Panamá, que faciliten la comprensión de los determinantes sociales de la enfermedad.

4. METAS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS

La Estrategia Fin de la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud establece las siguientes metas a nivel mundial:

Indicadores	Metas 2035	Hitos 2020	Hitos 2025
Reducción de la mortalidad por TB	• 95% (respecto a 2015)	• 35% (respecto a 2015)	• 75% (respecto a 2015)
Reducción de la incidencia de TB	• 90% (respecto a 2015)	• 20% (respecto a 2015)	• 50% (respecto a 2015)
% de gastos catastróficos	• 0%	• 0%	• 0%



Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

ocasionados por la tuberculosis ¹			
--	--	--	--

En tanto, las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que Panamá ha adoptado, establecen las siguientes metas para 2030

- Reducción de las muertes por tuberculosis en un 90%, respecto a 2015
- Reducción de la incidencia de tuberculosis en un 80%, respecto a 2015
- Ninguna familia afectada por gastos catastróficos originados por la tuberculosis

Para la definición de las metas de este PENTB 2018-2022, se realizó un análisis de factores relacionados con la viabilidad de las metas, que arrojó como resultado la recomendación de incluir metas más ambiciosas para el periodo de implementación del Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis 2018-2022.

Por una parte, se pudo constatar que había habido un avance considerable en 2016 respecto de la línea de base de 2015. Por otra parte, se conoce que el país contará con recursos internacionales, provenientes del Fondo Mundial.

El país se encontraba en el momento de elaborar este plan en el ecuador de la implementación del programa 2016-2018, y preparando una solicitud de financiamiento para la transición hacia la sostenibilidad, cuya implementación está prevista para los años 2019-2021.

Adicionalmente, la trayectoria hacia las metas globales en 2030, indudablemente se darán en la forma de una curva con una pendiente descendiente más pronunciada en los primeros años, y que se irá estabilizando en los últimos años del periodo. Por lo tanto, la mejora en los indicadores durante la primera mitad del periodo deberá preverse mayor que en la segunda mitad, lo que se debe reflejar en las metas de este Plan Estratégico.

El consenso al que llegó el equipo técnico fue el establecimiento de las siguientes metas a 2030 y metas del Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis 2018-2022.

Indicador	Línea de base 2015	Meta 2022	Meta 2030
Mortalidad por tuberculosis (x 100,000)	7.1	3.5 (reducción de un 50%)	0.7
Incidencia de tuberculosis (x 100,000)	50.9	30.0 (reducción de un 41%)	10.2
Porcentaje de familias con gastos catastróficos por TB	Desconocido	0	0



¹ Se considera que una enfermedad ocasiona gastos catastróficos, cuando el desembolso de gastos que debe hacer el núcleo familiar para atenderla, incluyendo el pago directo de gastos médicos y no médicos y costos indirectos, supera al 20% de los ingresos del hogar.

Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

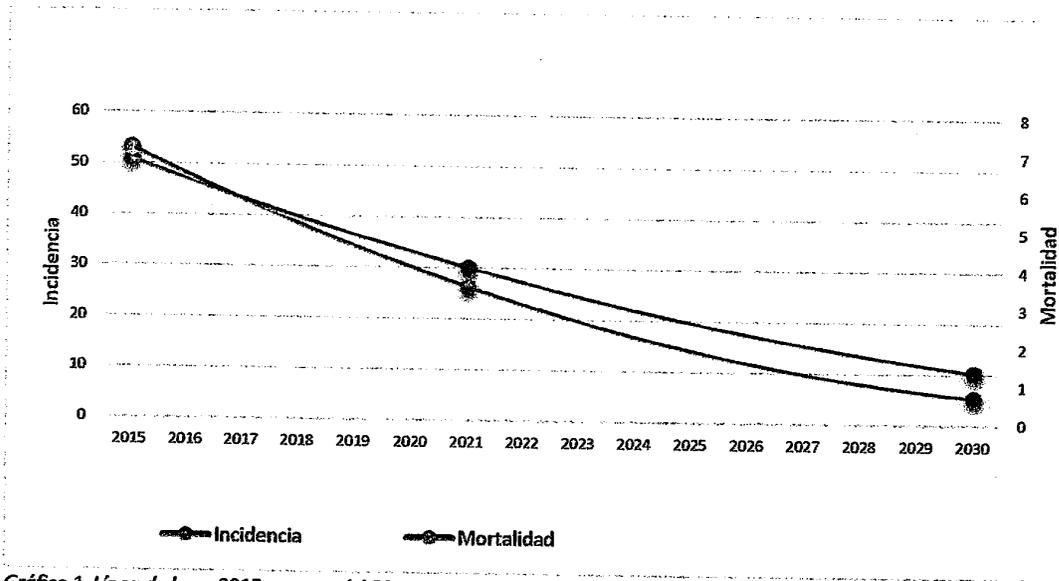


Gráfico 1. Línea de base 2015 y metas del PENTB 2018-2022

5. PILARES DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS

El Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis 2018-2022 se estructura alrededor de tres pilares, que se corresponden con los tres pilares de la Estrategia mundial Fin de la Tuberculosis. Estos pilares, y los componentes que integran cada uno de ellos, serán los siguientes:

1. Atención y prevención integrada de la tuberculosis centrada en el paciente

Componente 1.1. Diagnóstico oportuno de la TB, incluyendo el acceso universal a las pruebas de sensibilidad a los medicamentos anti-TB y la detección sistemática de contactos y grupos de alto riesgo.

Componente 1.2. Tratamiento de las personas con TB y TB drogorresistente, con soporte centrado en el paciente.

Componente 1.3. Actividades de colaboración TB/VIH, y manejo de las comorbilidades.

Componente 1.4. Tratamiento preventivo de las personas con alto riesgo y vacunación contra la TB.

2. Políticas para la respuesta y sistemas de apoyo

Componente 2.1. Compromiso político, con recursos suficientes para la atención a la TB y su prevención.

Componente 2.2. Participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de salud de los sectores público y privado.



Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

Componente 2.3. Política de cobertura universal en salud y marcos regulatorios para la notificación de los casos, registros vitales, la calidad y el uso racional de los medicamentos, y el control de infecciones.

Componente 2.4. Protección social, reducción de la pobreza y las acciones sobre otros determinantes sociales de la TB.

3. Innovación e investigación intensificada

Componente 3.1. Descubrimiento, desarrollo y aplicación rápida de nuevas herramientas, intervenciones y estrategias.

Componente 3.2. Investigación para optimizar la aplicación y el impacto, y promover las innovaciones.

6. OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS

Para trazar los objetivos del Plan Estratégico Nacional de TB 2018-2022, se toma en cuenta la estructura de los pilares propuestos en la Estrategia Fin de la TB, así como las particularidades de Panamá reflejadas en el análisis de situación.

Objetivo General (OG). Encaminar a Panamá hacia la eliminación de la tuberculosis, asegurando una respuesta nacional sostenible, que garantice el acceso de toda la población a las medidas de prevención y el tratamiento efectivo de las personas infectadas, mediante políticas basadas en evidencia que faciliten la comprensión de los determinantes de la enfermedad.

Pilar 1. Atención y prevención integrada de la tuberculosis centrada en el paciente

Objetivo Específico 1 (OE.1). Facilitar el diagnóstico oportuno de la tuberculosis, incluyendo el acceso de pruebas de sensibilidad a los medicamentos y el tamizaje sistemático a contactos, a los grupos de alto riesgo y en las áreas de mayor incidencia.

Objetivo Específico 2 (OE.2). Proveer el tratamiento adecuado de todas las personas con tuberculosis, incluida la TB-DR, con énfasis en las comorbilidades, proveyendo apoyo a los pacientes y sus familias.

Objetivo Específico 3 (OE.3). Asegurar la implementación de las actividades de colaboración TB/VIH y gestión de otras comorbilidades.

Pilar 2. Políticas para la respuesta y sistemas de apoyo

Objetivo Específico 4 (OE.4). Garantizar la sostenibilidad de la respuesta nacional a la tuberculosis, a través un compromiso político efectivo, asegurando recursos suficientes en los niveles local, regional y nacional para la atención de la tuberculosis y su prevención, con énfasis en las poblaciones con mayor riesgo y en las áreas con mayor incidencia.

Objetivo Específico 5 (OE.5). Facilitar una participación efectiva de la sociedad civil, tanto de las personas afectadas por la tuberculosis, como de los grupos en mayor riesgo.



Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

Objetivo Específico 6 (OE.6). Revisar la legislación y políticas de protección social intersectorial existentes para asegurar que incluyen la desprotección en casos personas y familias afectadas por la tuberculosis.

Pilar 3. Innovación e investigación intensificada

Objetivo Específico 7 (OE.7). Desarrollar e implementar una agenda de investigación operativa que facilite la comprensión y abordaje de los determinantes sociales de la tuberculosis en Panamá.

7. POBLACIONES Y ÁREAS GEOGRÁFICAS PRIORIZADAS

De acuerdo con el análisis epidemiológico, las poblaciones que serán priorizadas en cada una de las líneas estratégicas, especialmente las destinadas a la prevención y diagnóstico, por ser las más afectadas por la tuberculosis o las que están en mayor riesgo de infectarse, serán las siguientes:

- Poblaciones originarias
- Personas con diagnóstico de VIH y grupos más afectados por el VIH
- Personas con diagnóstico de diabetes
- Hombres de 25 a 34 años
- Personal de salud
- Personas privadas de libertad y personal que trabaja en los centros penitenciarios
- Casos oncológicos, personas en tratamiento con inmunosupresores, pacientes con insuficiencia renal
- Niños/as afectados por la tuberculosis
- Población afrodescendiente

En cuanto a las áreas geográficas en las que se concentrarán los esfuerzos, priorizadas por tasa de incidencia y de mortalidad y/o por número de casos nuevos, se trata de las siguientes:

- Comarcas indígenas Ngäbe Buglé, Guna Yala y Emberá
- Región Metropolitana de Salud
- Región de Salud de Bocas del Toro
- Región de Salud de Colón
- Región de Salud de Panamá Este
- Región de Salud de Panamá Oeste
- Región de Salud de San Miguelito

8. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE TUBERCULOSIS

Las líneas estratégicas del Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis 2018-2022 se definen en base a los resultados del FODA que se elaboró durante la reunión intersectorial del 23 de agosto de 2017, asegurando que completan las necesidades expresadas por cada uno de los componentes de los pilares del Plan.

Pilar 1. Atención y prevención integrada de la tuberculosis centrada en el paciente



Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

Objetivo Específico 1 (OE.1). Facilitar el diagnóstico oportuno de la tuberculosis, incluyendo el acceso de pruebas de sensibilidad a los medicamentos y el tamizaje sistemático a contactos, a los grupos de alto riesgo y en las áreas de mayor incidencia.

Línea estratégica 1.1.1. Dotación y capacitación de recurso humano y de equipamiento para la correcta aplicación de las tecnologías diagnósticas, según necesidades.

Línea estratégica 1.1.2. Revisión del cumplimiento de los algoritmos y flujos de diagnóstico en todos los niveles de atención.

Línea estratégica 1.1.3. Fortalecer la articulación de los proveedores de atención público-privado en acciones de atención y prevención de la tuberculosis.

Línea estratégica 1.1.4. Universalización de la promoción de la salud y la prevención de la tuberculosis, incluyendo la vacunación y el acceso al diagnóstico en las poblaciones y áreas geográficas priorizadas.

Objetivo Específico 2 (OE.2). Proveer el tratamiento adecuado de todas las personas con tuberculosis, incluida la TB-DR, con énfasis en las comorbilidades, proveyendo apoyo a los pacientes y sus familias.

Línea estratégica 1.2.1. Fortalecimiento del monitoreo de la adecuación del tratamiento de la tuberculosis, especialmente la drogorresistente, a las normas vigentes.

Línea estratégica 1.2.2. Aseguramiento de insumos y medicamentos en el nivel primario para facilitar un acceso universal al tratamiento.

Línea estratégica 1.2.3. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de tuberculosis mediante el uso de las TIC (solicitud de citas, vigilancia, notificación de reacciones adversas, transmisión de los resultados de laboratorio, capacitación de profesionales de salud, tratamiento observado por video, la información y la educación del paciente).

Línea estratégica 1.2.4. Control de infecciones en los establecimientos de salud, centros penitenciarios, cuadras de custodios y cuarteles de policía, y otros establecimientos de servicios comunitarios (hogar de ancianos, orfanatos, guarderías).

Línea estratégica 1.2.5. Asegurar la incorporación del manejo y tratamiento pediátrico en guías y protocolos.

Objetivo Específico 3 (OE.3). Asegurar la implementación de las actividades de colaboración TB/VIH y gestión de otras comorbilidades.

Línea estratégica 1.3.1. Implementar las actividades de colaboración TB/VIH.

Línea estratégica 1.3.2. Promover el abordaje conjunto de la tuberculosis y otras comorbilidades que suponen riesgo para padecer tuberculosis, y asegurar la referencia para tratamiento.



Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

Línea estratégica 1.3.3. Evaluación nutricional y emocional, con acceso a tratamiento, así como búsqueda de factores de riesgo (tabaquismo, alcohol, drogas, salud mental, desnutrición) y referencia a tratamiento.

Pilar 2. Políticas para la respuesta y sistemas de apoyo

Objetivo Específico 4 (OE.4). Hacer efectivo el compromiso político, asegurando recursos suficientes en los niveles local, regional y nacional para la atención de la tuberculosis y su prevención, con énfasis en las poblaciones con mayor riesgo y en las áreas con mayor incidencia.

Línea estratégica 2.4.1. Diagnóstico y planificación de dotación y capacitación de recurso humano necesario a nivel local, regional y nacional, para garantizar la sostenibilidad de los logros, para atender las necesidades expresadas por las brechas programáticas, incluyendo la adecuación de la curricula universitaria.

Línea estratégica 2.4.2. Integración de las políticas comunitarias, interculturales en la prevención y atención de la tuberculosis.

Línea estratégica 2.4.3. Fortalecimiento del sistema de información, con énfasis en la vigilancia epidemiológica, laboratorio y el monitoreo de la atención de la tuberculosis, incluyendo TB-DR.

Objetivo Específico 5 (OE.5). Facilitar una participación efectiva de la sociedad civil, tanto de las personas afectadas por la tuberculosis, como de los grupos en mayor riesgo.

Línea estratégica 2.5.1. Asegurar la participación efectiva de las organizaciones y grupos de la sociedad civil de personas afectadas por la tuberculosis y grupos más vulnerables a la tuberculosis.

Objetivo Específico 6 (OE.6). Revisar la legislación y políticas de protección social intersectorial existentes para asegurar que incluyen la desprotección en casos personas y familias afectadas por la tuberculosis.

Línea estratégica 2.6.1. Consenso y aprobación de legislación y políticas de protección jurídica, económica y social para derribar las barreras al acceso, incluyendo los gastos relacionados con la atención integral.

Pilar 3. Innovación e investigación intensificada

Objetivo Específico 7 (OE.7). Desarrollar e implementar una agenda de investigación operativa que facilite la comprensión y abordaje de los determinantes sociales de la tuberculosis en Panamá.

Línea estratégica 3.7.1. Definición e implementación de una agenda de investigación operativa para optimizar las intervenciones.

Línea estratégica 3.7.1. Abogacía para la inclusión de la tuberculosis en la próxima Agenda Nacional de Prioridades de Investigación para la Salud.



9. ACTIVIDADES DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS 2018-2022

PILAR 1. ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADA DE LA TUBERCULOSIS CENTRADA EN EL PACIENTE

Objetivo Específico 1 (OE.1). *Diagnóstico*. Facilitar el diagnóstico oportuno de la tuberculosis, incluyendo el acceso de pruebas de sensibilidad a los medicamentos y el tamizaje sistemático a contactos, a los grupos de alto riesgo y en las áreas de mayor incidencia.

LINEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDADES	Línea de acción Política Salud ²	RESPONSABLE
<p>Línea estratégica 1.1.1. Dotación y capacitación de recurso humano y de equipamiento para la correcta aplicación de las tecnologías diagnósticas, según necesidades.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecer la capacidad del personal de salud en el diagnóstico de pacientes TB, incluyendo capacitación en normas, manuales y guías de laboratorio TB, TB-DR y TB/VIH. Ampliar y equipar la red de diagnóstico de tuberculosis, con acceso a cultivo, microscopia y pruebas moleculares. Fortalecer los laboratorios regionales con introducción de nuevas tecnologías de diagnóstico molecular (GeneXpert) con prioridad a los centros penitenciarios, Panamá Oeste y Panamá Metro (Hospital 24 diciembre). Mejorar el sistema y frecuencia de transporte de muestra de esputo para diagnóstico oportuno de tuberculosis. Fortalecer el monitoreo de la red de laboratorio (público-privado) en control de calidad de las pruebas diagnósticas, de tipificación y sensibilidad y molecular. Elaboración de un plan de mantenimiento, calibración y reparación de equipos de laboratorio, asegurando disponibilidad de recursos para tal fin anualmente. 	<ol style="list-style-type: none"> LA.3.3.9 LA.3.3.9 LA.3.3.9 LA.3.3.9 LA.3.3.9 LA.3.3.9 	<ol style="list-style-type: none"> PCTB - Dpto. Lab., CSS Dpto. Lab., LCRSP, CSS. Dpto. Lab. Dpto. Lab., LCRSP LCRSP Dpto. Lab., LCRSP, CSS



² La Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016 - 2025 refleja una serie de líneas de acción para cada uno de los objetivos estratégicos. Toda acción planificada por las instituciones nacionales de salud debe ir enmarcada en alguna de estas líneas de acción. Esta columna refleja la línea de acción de la Política Nacional de Salud con que se corresponde la actividad. Al final del documento se encuentra un listado con la nomenclatura completa de las líneas de acción que se indican en esta columna.

³ Esta columna refleja la entidad a la cual se le asigna la responsabilidad principal de cada una de las acciones. No obstante, otras entidades pueden ser partícipes de la responsabilidad, de una manera secundaria. Al final del documento se recoge un listado con los nombres completos de cada una de las instancias reflejadas en esta columna.

Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

<p>Línea estratégica 1.1.2. Revisión del cumplimiento de los algoritmos y flujos de diagnóstico en todos los niveles de atención.</p> <p>Línea estratégica 1.1.3. Fortalecer la articulación de los proveedores de atención público-privado en acciones de promoción de la salud, atención y prevención de la tuberculosis.</p>	<p>1. Fortalecer el proceso de monitoreo para la aplicación de la normativa, incluyendo aspectos de atención y aspectos funcionales, a través de visita a las instalaciones de salud y auditorías de muertes por tuberculosis.</p> <p>1. Fortalecer el flujo de información entre las instituciones públicas y privadas para diagnóstico y atención de la tuberculosis.</p> <p>2. Elaborar e implementar un plan para la elaboración de convenios público-privados.</p> <p>3. Capacitar al personal de salud de las instalaciones privadas en TB y efectuar seguimiento y evaluación conjunta.</p>	<p>1. LA.3.3.9</p> <p>1. LA.3.3.9</p> <p>2. LA.3.3.9</p> <p>3. LA.3.3.9</p>	<p>1. PCTB, Regiones, Epid., CSS</p> <p>1. PCTB, Regiones, CSS</p> <p>2. PCTB</p> <p>3. PCTB, Dpto. Laboratorio, LCSRP</p>
<p>Línea estratégica 1.1.4. Universalización de la promoción de la salud, prevención de la tuberculosis, incluyendo la vacunación y el acceso al diagnóstico en las poblaciones y áreas geográficas prioritizadas.</p>	<p>1. Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en la comunidad, por líderes comunitarios o promotores de salud identificados y capacitados de manera continua para la detección de TB y supervisión de TAES.</p> <p>2. Búsqueda intensiva de sintomáticos respiratorios y priorización de descarte de tuberculosis en el primer nivel de atención y en centros de mayor concentración de población (centros penitenciarios) con énfasis en las áreas de mayor incidencia de tuberculosis.</p> <p>3. Crear vínculos adecuados para asegurar que el tratamiento para la tuberculosis se administre en todas las fases de la detención (por ejemplo, tratamiento antes de la detención, en las diferentes fases de la misma y al abandonar el centro de reclusión)</p> <p>4. Intensificar la identificación, descarte de tuberculosis y atención de sintomáticos respiratorios en servicios de emergencia, consulta externa y hospitalización de los establecimientos del segundo nivel de atención.</p> <p>5. Tamizaje de contactos de casos de tuberculosis, de todas las formas.</p> <p>6. Descarte y referencia a atención de TB en población inmigrante que ingresa por trabajos temporales al país.</p> <p>7. Actividades de promoción, incluyendo derechos humanos de las personas con TB, TB/VIH y reducción de estigma y discriminación.</p> <p>8. Mantener la cobertura de vacunación con BCG con cobertura superior al 90%.</p>	<p>1. LA.3.3.9</p> <p>2. LA.3.3.9</p> <p>3. LA.3.3.9</p> <p>4. LA.3.3.9</p> <p>5. LA.3.3.9</p> <p>6. LA.3.3.9</p> <p>7. LA.3.3.9</p> <p>8. LA.3.3.9</p>	<p>1. Regiones</p> <p>2. Regiones, Salud Penitenciaria, CSS</p> <p>3. PCTB, Salud Penitenciaria</p> <p>4. Regiones (equipo regional TB), CSS</p> <p>5. Regiones, Epid., CSS</p> <p>6. Regiones, Epid., Migración, PCTB</p> <p>7. PCTB, Regiones, CSS</p> <p>8. PAI, CSS</p>



Objetivo Específico 2 (OE.2). <i>Tratamiento</i> . Proveer el tratamiento adecuado de todas las personas con tuberculosis, incluida la TB-DR, con énfasis en las comorbilidades, proveyendo apoyo a los pacientes y sus familias.		
LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDADES	
<p>Línea estratégica 1.2.1. Fortalecimiento del monitoreo de la adecuación del tratamiento de la tuberculosis, especialmente la drogorresistente, a las normas vigentes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar TAES a todas las personas con TB, de todas las formas, de acuerdo con la norma. 2. Búsqueda inmediata de personas con TB sensible perdidos en el seguimiento. 3. Garantizar la administración de la terapia a toda persona diagnosticada con TB-DR y seguimiento de reacciones adversas a los medicamentos antituberculosos (RAFA). 4. Diseño y ejecución de curso de postgrado, con personal multidisciplinarios, para la atención integral 5. Actualización para personal de salud en la implementación de TAES comunitario, incorporando derechos humanos y género. 6. Fortalecimiento y equipamiento de áreas TAES en clínicas del Sistema Penitenciario. 7. Crear el Comité Nacional de Farmacorresistencia. 8. Capacitar al personal de salud público y privado en reacciones adversas a los medicamentos antituberculosos (RAFA). 9. Auditoría de cumplimiento de normas, protocolos de atención y algoritmos. 10. Garantizar la continuidad de la atención de los casos de TB con movilidad internacional. 	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. LA.3.3.9 2. LA.3.3.9 3. LA.3.3.9 4. LA.3.3.9 5. LA.3.3.9 6. LA.3.3.9 7. LA.3.3.9 8. LA.3.3.9 9. LA.3.3.9 10. LA.3.3.9 	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regiones, CSS 2. Regiones, CSS 3. Regiones, CSS 4. PCTB, CSS 5. PCTB, Regiones, CSS 6. PCTB 7. MINSAL/CSS 8. Salud Penitenciaria 9. PCTB, Regiones, CSS 10. PCTB 	
	<p>Línea estratégica 1.2.2. Aseguramiento de insumos y medicamentos en el nivel primario para facilitar un acceso universal al tratamiento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la capacidad técnica del personal y dotación de instrumentos para mejorar las estimaciones de necesidades de medicamentos, en los niveles local, regional y nacional. 2. Asegurar los mecanismos para una compra y distribución oportuna de los medicamentos e insumos al mejor precio y calidad. 3. Diagnóstico de capacidades y prácticas de almacenaje en los niveles nacional, regional y local, para un adecuado almacenamiento y transporte de los medicamentos e insumos. 4. Elaboración e implementación de plan de mejora de las capacidades y prácticas de almacenaje en los niveles nacional, regional y local.
		<ol style="list-style-type: none"> 1. LA.3.3.16 2. LA.3.3.15. 3. LA.3.3.16 4. LA.3.3.16
		<ol style="list-style-type: none"> 1. PCTB, Provisión de Servicios, CSS 2. Provisión de Servicios, CSS 3. Provisión de Servicios, equipo regional TB, CSS 4. Provisión de



Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

			Servicios, equipo regional TB, CSS
<p>Línea estratégica 1.2.3. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de tuberculosis mediante el uso de las TIC (solicitud de citas, vigilancia, notificación de reacciones adversas, transmisión de los resultados de laboratorio, capacitación de profesionales de salud, tratamiento observado por video, la información y la educación del paciente).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión y fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia para pacientes con TB-DR. 2. Integración de los sistemas de laboratorio y vigilancia para la transmisión de los resultados de laboratorio 3. Inclusión de variables para el fortalecimiento de la vigilancia y seguimiento de pacientes en plataforma electrónica. 4. Capacitación continua en el manejo de las plataformas electrónicas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. LA.3.3.9 2. LA.3.3.9 3. LA.3.3.9 4. LA.3.3.9 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PCTB, Dpto. Lab., LCRSP, Provisión de Servicios, CSS 2. PCTB, Dpto. Lab., LCRSP, Epid., CSS 3. PCTB, Provisión de Servicios, LCRSP, Epid., CSS 4. PCTB, Provisión de Servicios, LCRSP, Epid., CSS
<p>Línea estratégica 1.2.4. Control de infecciones en los establecimientos de salud, centros penitenciarios, cuadras de custodios y cuarteles de policía, y otros establecimientos de servicios comunitarios (hogar de ancianos, orfanatos, guarderías).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socializar e implementar la estrategia nacional de control de infecciones de la tuberculosis a personal multidisciplinario de los diferentes niveles de atención del sector salud, incluyendo la priorización en la atención del paciente SR. 2. Educación para la salud en comunidades sobre control de infección de tuberculosis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. LA.3.3.9 2. LA.3.3.9 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PCTB, Dpto. de instalaciones y servicios de salud a la población, CSS 2. Regiones
<p>Línea estratégica 1.2.5. Asegurar la incorporación del manejo y tratamiento pediátrico en guías y protocolos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer el diagnóstico clínico, epidemiológico (contacto), radiológico, anatomopatológico, microbiológico (baciloscopia y cultivo de esputo, aspirado gástrico y otras muestras) en niños y niñas. 2. Elaboración, socialización, implementación y supervisión de aplicación de guía para tratamiento pediátrico de la tuberculosis. 3. Provisión de terapia preventiva para niños que están en contacto con 	<ol style="list-style-type: none"> 1. LA.3.3.9 2. LA.3.3.9 3. LA.3.3.9 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PCTB, LCRSP, Dpto. Lab., CSS 2. PCTB, Regiones, CSS 3. Regiones,



	casos de tuberculosis confirmados bacteriológicamente		Hospitales, CSS
Objetivo Específico 3 (OE.3). VIH/TB y comorbilidades. Asegurar la implementación de las actividades de colaboración TB/VIH y gestión de otras comorbilidades.			
LINEA ESTRATEGICA			
Línea estratégica 1.3.1. Implementar las actividades de colaboración TB/VIH.	<p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conformación/reactivación de Comité Coordinador de Actividades Colaborativas TB/VIH 2. Elaboración e implementación de planes operativos para el cumplimiento de las Actividades Colaborativas TB/VIH 3. Asegurar a todo paciente con TB el tamizaje para VIH y toda persona con VIH el examen para TB. 4. Garantizar el tratamiento de la coinfección TB/VIH y seguimiento de reacciones adversas o interacciones medicamentosas de los antitímicos con la TARV. 5. Prescripción y aplicación de Tratamiento de Infección Tuberculosa Latente y el TARV temprano según norma, a todos los pacientes que la requieran según la norma. 6. Proporcionar TMP/SMX (TPC) a pacientes coinfectados TB/VIH según norma. 7. Fortalecer las capacidades del personal de salud en el abordaje de TB/VIH. 8. Promoción y educación comunitaria, incluyendo la promoción de derechos y deberes de las personas con TB, TB/VIH y reducción de estigma y discriminación. 9. Sensibilización del personal multidisciplinario para brindar atención de calidad, libre de estigma y discriminación en las clínicas VICITS. 	<p>RESPONSABLE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PCTB/PNSIDA 2. PCTB/PNSIDA 3. Regiones, CSS 4. Regiones, Hospitales, CSS 5. Regiones, Hospitales, CSS 6. Regiones, Hospitales, CSS 7. PCTB, CSS 8. Promoción, PCTB, CSS, Regiones 9. Regiones, CSS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. LA.3.3.7. 2. LA.3.3.7. 3. LA.3.3.7. 4. LA.3.3.7. 5. LA.3.3.7. 6. LA.3.3.7. 7. LA.3.3.7. 8. LA.3.3.7. 9. LA.3.3.7.
Línea estratégica 1.3.2. Promover el abordaje conjunto de la tuberculosis y otras comorbilidades que suponen riesgo para padecer tuberculosis, y asegurar la referencia para tratamiento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico oportuno de tuberculosis en personas con diabetes y descarte de diabetes en pacientes con tuberculosis. 2. Diagnóstico de tuberculosis en personas con enfermedades respiratorias crónicas (asma, EPOC, neumonía) y viceversa. 3. Promover el diagnóstico precoz de la TB en personas afectadas por determinantes sociales aplicando estrategia de atención a grandes ciudades de OPS/OMS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. LA.3.3.9 2. LA.3.3.9 3. LA.3.3.9 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regiones, CSS 2. Regiones, Hospitales, CSS 3. PCTB, CSS



Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

<p>Línea estratégica 1.3.3. Evaluación nutricional y emocional, con acceso a tratamiento, así como búsqueda de factores de riesgo (tabaquismo, alcohol, drogas, salud mental, desnutrición) y referencia a tratamiento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación nutricional a todos los pacientes nuevos de TAES. 2. Proporcionar soporte nutricional a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con desnutrición, asegurando la adherencia. 3. Soporte emocional a personas en tratamiento de TB, especialmente TB-DR y sus familiares, asegurando la adherencia. 4. Capacitar al personal de salud en reconocimiento de problemas de adicciones a tabaco, alcohol y drogas. 5. Ofrecer incentivo y/o paquete alimenticio para personas con TB-DR adherentes al tratamiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. LA.3.3.9 2. LA.3.3.9 3. LA.3.3.9 4. LA.3.3.9 5. LA.3.3.9 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regiones, CSS 2. Regiones, CSS 3. Regiones, CSS 4. PCTB, Regiones, Hospitales, PCTB, CSS. 5. Regiones, CSS
--	--	---	---

PILAR 2. POLÍTICAS PARA LA RESPUESTA Y SISTEMAS DE APOYO

Objetivo Específico 4 (OE.4). Recursos. Garantizar la sostenibilidad de la respuesta nacional a la tuberculosis, a través un compromiso político efectivo, asegurando recursos suficientes en los niveles local, regional y nacional para la atención de la tuberculosis y su prevención, con énfasis en las poblaciones con mayor riesgo y en las áreas con mayor incidencia.

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
<p>Línea estratégica 2.4.1. Diagnóstico y planificación de dotación y capacitación de recurso humano necesario a nivel local, regional y nacional, para garantizar la sostenibilidad de los logros, atendiendo las necesidades expresadas por las brechas programáticas, incluyendo la adecuación de la currícula universitaria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de diagnóstico y necesidades de dotación de personal y capacidades del recurso humano para la implementación del Plan Estratégico Nacional de Control de la Tuberculosis 2018-2022. 2. Elaboración e implementación de plan para la dotación de recurso humano según necesidades, para la prevención y el control de la tuberculosis, que tenga en cuenta la rotación actual del personal de salud. Comenzando con los grandes hospitales, asignar o designar una persona que haga de enlace entre los hospitales y la red de atención primaria, para seguimiento de la atención. 3. Revisión y propuesta de adecuación de la currícula universitaria de las disciplinas de salud involucradas en el control de la tuberculosis para su adaptación al estado de la evidencia científica y programática. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. LA. 6.1.1. 2. LA. 6.1.3. 3. LA.6.3.1.
<p>Línea estratégica 2.4.2. Integración de las políticas comunitarias, interculturales en la promoción de la</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer las capacidades en gestión estratégica y operativa de la red comunitaria para la identificación y referencia de casos SR en la comunidad, al igual que enfermedades emergentes y situaciones de 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PCTB, Dir. RRHH, CSS 2. PCTB, Dir. RRHH, CSS 3. PCTB, Dir. RRHH 1. PCTB, Regiones



<p>salud, prevención y atención de la tuberculosis.</p>	<p>desastres que surjan en la comunidad. 2. Elaborar mapeo de recursos comunitarios y de agentes de medicina tradicional en áreas de mayor incidencia. 3. Capacitar a los médicos tradicionales y red comunitaria para la identificación de síntomas para la captación y referencia oportuna de casos. 4. Dotar de herramientas educativas y didácticas con abordaje intercultural a pacientes pares para la planificación y desarrollo de acciones preventivas y de atención de la TB y el VIH en las áreas de mayor incidencia de tuberculosis. 5. Elaborar, conjuntamente con las autoridades comarcales, guías de prevención y control de la TB con abordaje intercultural.</p>	<p>2. LA. 3.1.2. 3. LA.3.1.1 4. LA. 3.1.1. 5. LA. 3.1.1.</p>	<p>2. PCTB, Regiones 3. PCTB, Regiones 4. PCTB, Dir. Salud Indígena, Dir. Promoción PCTB, Dir. Salud Indígena</p>
<p>Línea estratégica 2.4.3. Fortalecimiento del sistema de información, con énfasis en la vigilancia epidemiológica, laboratorio y el monitoreo de la atención de la tuberculosis, incluyendo TB-DR.</p>	<p>1. Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en el manejo del sistema SISVIG, módulo de TB. 2. Creación y puesta en funcionamiento del módulo SISVIG TB-MDR. 3. Capacitación al personal de salud en el correcto funcionamiento del módulo de TB-DR de SISVIG. 4. Integración de la información del SISVIG y del sistema de información de laboratorio. 5. Garantizar la accesibilidad en línea, según necesidad, de la información estadística a fin de obtener de forma rápida y oportuna datos en tuberculosis. 6. Fortalecimiento del registro de muertes por tuberculosis. 7. Estandarización de los criterios para inclusión de casos en SISVIG-TB (defunciones no captadas, defunciones en comunidad, defunciones certificadas por el IMELF). 8. Mejorar la capacidad y frecuencia de análisis de la información estratégica disponible en los niveles nacional, regional y local, incluyendo la instalación de salas virtuales de situación. 9. Elaboración y publicación de boletines integrados sobre tuberculosis, con participación de todas las instancias públicas y privadas involucradas en la respuesta a la tuberculosis. 10. Georreferenciación de los casos de tuberculosis, para facilitar un abordaje efectivo. 11. Medición del financiamiento (presupuesto y gasto) de la respuesta a</p>	<p>1. LA.5.1.5. 2. LA.5.1.5. 3. LA.5.1.5. 4. LA.5.1.5. 5. LA.5.1.5. 6. LA.5.1.5. 7. LA.5.1.5. 8. LA.5.1.5. 9. LA.5.1.5. 10. LA.5.1.5. 11. LA.5.1.5.</p>	<p>1. Epid., PCTB, CSS 2. Epid., PCTB, CSS 3. Epid., PCTB, CSS 4. Epid., PCTB, CSS, Dpto. Lab., LCRSP 5. Epid., PCTB, CSS 6. Epid., PCTB, CSS 7. Epid., PCTB, CSS 8. Epid., PCTB, CSS, Dpto. Lab., LCRSP 9. Epid., PCTB, CSS, Dpto. Lab., LCRSP 11. Lab., LCRSP</p>



Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

	la tuberculosis en el país.		10. Epid., PCTB, CSS, Dpto. Lab., LCRSP
	12. Elaboración y sustentación de un presupuesto para un plan del fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de VIH/TB.	12. LA.5.1.5.	
	13. Elaboración y socialización de guía de vigilancia de TB en pacientes con VIH.	13. LA.5.1.5.	11. PCTB, Dir. Planificación, Dir. Finanzas
	14. Elaboración de instrumento para supervisión y auditoría de datos de vigilancia epidemiológica de VIH/TB.	14. LA.5.1.5.	12. Epid., PCTB, CSS, PNSIDA
	15. Supervisión capacitante y auditoría de datos de la V. E. VIH/TB.	15. LA.5.1.5.	13. Epid., PCTB, CSS, PNSIDA
			14. Epid., PCTB, CSS, PNSIDA
			15. Epid., PCTB, CSS, PNSIDA



Objetivo Específico 5 (OE.5). Participación social. Facilitar una participación efectiva de la sociedad civil, tanto de las personas afectadas por la tuberculosis (pacientes con tuberculosis y sus familias), como de los grupos en mayor riesgo.

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Línea estratégica 2.5.1. Asegurar la participación efectiva de las organizaciones y grupos de la sociedad civil de personas afectadas por la tuberculosis y grupos más vulnerables a la tuberculosis.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar seguimiento a los grupos de personas afectadas por TB, dotándoles de capacidades y herramientas efectivas de trabajo y lograr el mejor cuidado de la familia y la adherencia al tratamiento, y reducir la brecha de perdidos en el seguimiento. 2. Capacitar y dotar de medios a las organizaciones que atienden a poblaciones en más alto riesgo para la TB y para el VIH, para la detección y referencia de SR. 3. Aumentar la oferta de servicios a través de grupos comunitarios y organizaciones de la sociedad civil en áreas de difícil acceso. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PCTB, Regiones, CSS 2. PCTB, Regiones, CSS 3. PCTB, Regiones

Objetivo Específico 6 (OE.6). Protección social. Revisar la legislación y políticas de protección social intersectorial existentes para asegurar que incluyan la desprotección en casos personas y familias afectadas por la tuberculosis.

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Línea estratégica 2.6.1. Consenso y aprobación de legislación y políticas de protección jurídica, económica y social para derribar las barreras al	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar la Política Nacional para el Control y Eliminación de la Tuberculosis 2. Elaboración y presentación a trámite de un Proyecto de Ley para el Control de la Tuberculosis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PCTB, DIGESA, CSS 2. PCTB, DIGESA, CSS

acceso, incluyendo los gastos relacionados con la atención integral.	3. Revisión de políticas de protección social hacia los grupos más vulnerables a la tuberculosis.	3. LA. 2.1.3	3. PCTB, Regiones
	4. Identificación de brechas en la protección social de los grupos más vulnerables a la tuberculosis y propuesta de ampliación de protección.	4. LA. 2.1.3	4. PCTB, Regiones
	5. Propuesta de inclusión de medidas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en los programas de protección social existentes en las áreas de mayor incidencia de tuberculosis.	5. LA. 2.1.3	5. PCTB, DIGESA, Regiones

PILAR 3. INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN INTENSIFICADA

Objetivo Específico 7 (OE.7). Investigación. Desarrollar e implementar una agenda de investigación operativa que facilite la comprensión y abordaje de los determinantes sociales de la tuberculosis en Panamá.

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Línea estratégica 3.7.1. Definición e implementación de una agenda de investigación operativa para optimizar las intervenciones.	1. Estímulo del personal de salud del sistema público de salud para su participación en investigaciones operativas y su publicación, relacionadas con el control de la tuberculosis.	1. LA.7.1.1. 1. Dir. RRRH, CSS
	2. Elaboración y aprobación de una agenda de investigación operativa para optimizar las intervenciones relacionadas con el control de la tuberculosis, que incluye, al menos: <ul style="list-style-type: none"> a. Incrementar el conocimiento sobre las condiciones que intervienen, favorables y desfavorables, en la detección de los casos de TB, en los diferentes niveles de atención para diseñar estrategias de intervención para la detección temprana de TB (actividad coordinada con instituciones formadoras de recursos de salud y sus estudiantes) b. Diagnóstico de necesidades de mejoras de laboratorio, clínicas de atención de personas con TB y bodegas y /o farmacias de las instalaciones según prioridades. c. Realizar un diagnóstico de factores de riesgo en la transmisión de la tuberculosis y del control de infecciones en los servicios de salud a nivel nacional. d. Realizar estudio sobre determinantes sociales en salud asociadas a la 	2. LA.7.1.1. 2. IGCES, INDICASAT, Sistema de salud (con coordinación del PCTB), CSS



	<p>presencia de tuberculosis en poblaciones vulnerables: estilos de vida, factores de riesgo, transmisión y otros elementos.</p> <p>e. Diagnóstico de necesidades de mejoramiento de ventilación de clínicas de atención del sistema penitenciario.</p> <p>f. Estudio para determinar causas y factores de riesgo para el abandono del tratamiento de la tuberculosis en Panamá.</p> <p>g. Estudio de factores de riesgo de TB e incidencia en personas con VIH y en privados de libertad en sistemas penitenciarios.</p> <p>h. Elaboración de mapeo sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina tradicional en las áreas y poblaciones indígenas, para la promoción de la salud, prevención y control de la tuberculosis, para identificar estrategias que permitan la articulación de la medicina tradicional.</p> <p>i. Apoyar la realización de estudios sobre la tuberculosis pediátrica en Panamá.</p> <p>j. Realizar estudio para determinar la incidencia de TB en personas con diabetes y otras inmunosupresiones.</p> <p>k. Estudio de incidencia de tuberculosis en población consumidora de tabaco, alcohol y drogas.</p> <p>l. Estudio de conocimientos actitudes y prácticas acerca de la TB y prevalencia de TB entre la población de personal uniformado.</p> <p>m. Realizar estudio de prevalencia de TB/VIH a nivel nacional.</p> <p>n. Elaborar la línea de base de los establecimientos privados involucrados en acciones de atención y prevención de la tuberculosis.</p> <p>o. Realizar estudio sobre reportes de notificación de reacciones adversas a medicamentos antituberculosos y factores asociados.</p> <p>p. Realizar estudio para determinar gastos catastróficos causados por efectos de la tuberculosis.</p> <p>q. Realizar estudio de medición del gasto en tuberculosis.</p>	<p>1. LA.7.1.1.</p>	<p>1. IGCES, INDICASAT, Sistema de salud (con coordinación del PCTB), CSS</p>
<p>Línea estratégica 3.7.1. Abogacía para la inclusión de la tuberculosis en la próxima Agenda Nacional de Prioridades de Investigación para la</p>	<p>1. Identificación de brechas de información estratégica y operativa sobre la tuberculosis y la respuesta a la misma al momento de comienzo de preparación de la nueva versión de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación para la Salud.</p> <p>2. Elaboración e implementación de un plan de abogacía para conseguir su inclusión en la próxima Agenda Nacional de Prioridades de Investigación para la Salud.</p>	<p>1. LA.7.1.1.</p>	<p>1. IGCES, INDICASAT, Sistema de salud (con coordinación del PCTB), CSS</p>

Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

Salud.			
--------	--	--	--



LÍNEAS DE ACCIÓN

A continuación, se ofrece un detalle de las líneas de acción de la Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016 – 2025 enunciadas en la matriz, y los Objetivos Estratégicos de la misma a que corresponden.

OE 1.1. Actualizar el marco regulatorio según dimensiones de rectoría de la autoridad sanitaria nacional

LA. 1.1.4. Actualización y documentación del marco regulatorio de conformidad con los resultados del mapeo, incluyendo los temas innovadores en salud

OE 2.1. Fortalecer la planificación y gestión del sistema sanitario con el liderazgo del MINSA

LA. 2.1.3. Coordinación efectiva con el Ministerio de Gobierno y el Ministerio de Desarrollo Social para la formulación, seguimiento y evaluación de los aspectos de salud en las políticas de protección social e indigenistas expresadas en planes, programas y proyectos.

LA. 2.1.5. Establecimiento de mecanismos formales que aseguren la consulta y la participación ciudadana en la toma de decisiones sobre los procesos de salud pública

O.E. 3.1. Implementar la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS).

LA 3.1.1. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades

LA 3.1.2. Mapeo de áreas de riesgos, amenazas y vulnerabilidades para identificación de brechas de acceso

OE 3.3. Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional

LA. 3.3.7. Implementación, seguimiento, vigilancia y control del Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación de VIH-SIDA, con énfasis en las actividades colaborativas TB-VIH

LA. 3.3.9. Implementación, seguimiento, vigilancia y control de las normas para el manejo integral y oportuno de la Tuberculosis

LA. 3.3.15. Establecimiento de la estrategia de la compra de insumos sanitarios a través de Organismos Internacionales en el MINSA y en la CSS

LA. 3.3.16. Dotación y monitoreo del abastecimiento de los insumos sanitarios en las instalaciones de salud según complejidad

OE 5.1. Coordinar y accionar con los actores involucrados la vigilancia y control de los factores determinantes de la salud, sus tendencias e impacto en la salud pública

LA 5.1.5. Identificación e interoperabilidad de los componentes del subsistema de vigilancia sanitaria a nivel nacional



OE 6.1. Planificación la formación del recurso humano según las competencias requeridas para la dotación equitativa en todo el territorio nacional

- LA. 6.1.1.1. Elaboración del diagnóstico integral de necesidades de recursos humanos
- LA. 6.1.1.3. Asignación equitativa del recurso humano atendiendo a las necesidades del Modelo de Atención

OE 6.3. Desarrollar la capacidad de los actores involucrados para la vigilancia y control de los factores determinantes de la salud

- LA. 6.3.1. Establecimiento de mecanismos que garanticen el desarrollo de procesos de coordinación con las universidades y centros de formación y otras instituciones (MEDUCA y SENACYT)

OE 7.1. Establecer la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación e Innovación para la Salud atendiendo a las necesidades y prioridades de salud

- L.A. 7.1.1.1. Elaboración de Agenda Nacional de Prioridades de Investigación e Innovación para la Salud consensuada con metodología participativa

RESPONSABILIDADES

A continuación, se amplía la nomenclatura que se incluye en la columna de responsabilidades.

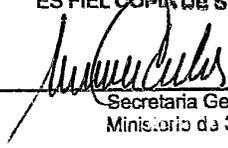


Acronimo utilizado	Nomenclatura oficial
	Caja de Seguro Social
DIGESA	Dirección General de Salud de la Población del Ministerio de Salud
Dir. Promoción	Dirección de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud
Dir. RRHH	Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud
Dir. Salud Indígena	Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas del Ministerio de Salud
Dpto. de instalaciones y servicios de salud a la población	Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población de la Dirección de Provisión de
Dpto. Lab.,	Servicios de Salud del Ministerio de Salud
Epid.	Departamento de Gestión de Laboratorio del Ministerio de Salud
Hospitales	Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud
IGCES	Hospitales de 2° y 3er nivel
INDICASAT	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud
LCRSP	Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología
	Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios

Plan Estratégico Nacional para el Control de la Tuberculosis en Panamá 2018-2022

	de la Salud
PNSIDA	Programa Nacional de ITS/VIH/sida del Ministerio de Salud
Provisión de Servicios	Dirección de Provisión de Servicios de Salud del Ministerio de Salud
Regiones	Regiones de Salud del Ministerio de Salud
Salud penitenciaria	Dirección de Salud Penitenciaria del Ministerio de Salud

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL


Secretaria General 15-05-18.
Ministerio de Salud



República de Panamá

Superintendencia de Bancos

RESOLUCIÓN SBP-FID-A-0037-2018
(de 12 de enero de 2018)

EL SUPERINTENDENTE DE BANCOS

En uso de sus facultades legales y,

CONSIDERANDO:

Que mediante Ley No. 1 de 5 de enero de 1984 se regula el Fideicomiso en Panamá y se adoptan otras disposiciones;

Que mediante Ley No. 21 de 10 de mayo de 2017, que modificó la Ley No. 1 de 5 de enero de 1984, se establecen las normas para la regulación y supervisión de los fiduciarios y del negocio de fideicomiso y dicta otras disposiciones;

Que el Artículo 131 de la Ley No. 21 de 2017, establece que quienes cuenten con licencia fiduciaria al momento de entrada en vigencia de esta Ley, deberán acreditar ante la Superintendencia de Bancos el cumplimiento de los nuevos requisitos para poder seguir actuando como fiduciarios;

Que de conformidad con lo establecido en el Artículo 131 de la Ley No. 21 de 2017, la Superintendencia de Bancos establecerá, mediante Acuerdo, los documentos requeridos para el mencionado proceso de acreditación, el cual deberá ser iniciado por el fiduciario dentro de los seis meses contados a partir de la entrada en vigencia de dicha Ley;

Que a través del Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017, por medio del cual se regula el proceso de acreditación de los fiduciarios titulares de licencias fiduciarias otorgadas por la Superintendencia de Bancos, se han establecido los requisitos para la acreditación a la que deben acogerse los fiduciarios y titulares de licencias fiduciarias, a fin de que se expida el Certificado de Acreditación;

Que, **GLOBAL BANK CORPORATION** es una sociedad anónima organizada y constituida de conformidad con las leyes de la República de Panamá, autorizada para ejercer el negocio fiduciario en o desde la República de Panamá mediante Resolución SBP-FID-0006-2011 de 13 de julio de 2006;

Que, **GLOBAL BANK CORPORATION** por intermedio de apoderado especial y en cumplimiento de las disposiciones establecidas por el Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017, ha presentado a esta Superintendencia de Bancos solicitud a fin de que se le expida el Certificado de Acreditación que le permita continuar ejerciendo el negocio del fideicomiso;

Que, una vez analizada y evaluada la solicitud presentada por **GLOBAL BANK CORPORATION**, se ha determinado que la misma no merece objeciones;

Que, de conformidad con el Artículo 6 de la Ley No. 21 de 2017, corresponde al Superintendente de Bancos resolver sobre solicitudes como la presente.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO:

Expedir Certificado de Acreditación a favor de **GLOBAL BANK CORPORATION**, a fin de que continúe ejerciendo el negocio de fideicomiso, de conformidad con las disposiciones del Régimen Fiduciario.



ARTÍCULO SEGUNDO: Esta Resolución deberá ser protocolizada e inscrita en el Registro Público, tal cual lo dispone el Artículo 5 del Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Ley No. 21 de 10 de mayo de 2017, que modificó la Ley No. 1 de 5 de enero de 1984; Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017.

Dada en la ciudad de Panamá, a los doce (12) días del mes de enero de dos mil dieciocho (2018).

NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

EL SUPERINTENDENTE DE BANCOS,

Ricardo G. Fernández D.



SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
SECRETARÍA DE DESPACHO

Es fiel copia de su original

Secretaría de Despacho

Panamá, 17 de mayo de 2018.

República de Panamá

Superintendencia de Bancos

RESOLUCIÓN SBP-FID-A-0038-2018
(de 17 de enero de 2018)

EL SUPERINTENDENTE DE BANCOS

En uso de sus facultades legales y,

CONSIDERANDO:

Que mediante Ley No. 1 de 5 de enero de 1984 se regula el Fideicomiso en Panamá y se adoptan otras disposiciones;

Que mediante Ley No. 21 de 10 de mayo de 2017, que modificó la Ley No. 1 de 5 de enero de 1984, se establecen las normas para la regulación y supervisión de los fiduciarios y del negocio de fideicomiso y dicta otras disposiciones;

Que el Artículo 131 de la Ley No. 21 de 2017, establece que quienes cuenten con licencia fiduciaria al momento de entrada en vigencia de esta Ley, deberán acreditar ante la Superintendencia de Bancos el cumplimiento de los nuevos requisitos para poder seguir actuando como fiduciarios;

Que de conformidad con lo establecido en el Artículo 131 de la Ley No. 21 de 2017, la Superintendencia de Bancos establecerá, mediante Acuerdo, los documentos requeridos para el mencionado proceso de acreditación, el cual deberá ser iniciado por el fiduciario dentro de los seis meses contados a partir de la entrada en vigencia de dicha Ley;

Que a través del Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017, por medio del cual se regula el proceso de acreditación de los fiduciarios titulares de licencias fiduciarias otorgadas por la Superintendencia de Bancos, se han establecido los requisitos para la acreditación a la que deben acogerse los fiduciarios y titulares de licencias fiduciarias, a fin de que se expida el Certificado de Acreditación;

Que, **PRO FUTURO-ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES Y CESANTIA, S.A.**, es una sociedad anónima organizada y constituida de conformidad con las leyes de la República de Panamá, autorizada para ejercer el negocio fiduciario en o desde la República de Panamá mediante Resolución FID No.5-96 de 16 de febrero de 1996;

Que, **PRO FUTURO-ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES Y CESANTIA, S.A.**, por intermedio de apoderado especial y en cumplimiento de las disposiciones establecidas por el Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017, ha presentado a esta Superintendencia de Bancos solicitud a fin de que se le expida el Certificado de Acreditación que le permita continuar ejerciendo el negocio del fideicomiso;

Que, una vez analizada y evaluada la solicitud presentada por **PRO FUTURO-ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES Y CESANTIA, S.A.**, se ha determinado que la misma no merece objeciones;

Que, de conformidad con el Artículo 6 de la Ley No. 21 de 2017, corresponde al Superintendente de Bancos resolver sobre solicitudes como la presente.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO:

Expedir Certificado de Acreditación a favor de **PRO FUTURO-ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES Y CESANTIA, S.A.**, a fin de que continúe ejerciendo el negocio de fideicomiso, de conformidad con las disposiciones del Régimen Fiduciario.



/ágina 2 de 2
Resolución SBP-FID-A-0038-2018

ARTÍCULO SEGUNDO: Esta Resolución deberá ser protocolizada e inscrita en el Registro Público, tal cual lo dispone el Artículo 5 del Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Ley No. 21 de 10 de mayo de 2017, que modificó la Ley No. 1 de 5 de enero de 1984; Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017.

Dada en la ciudad de Panamá, a los diecisiete (17) días del mes de enero de dos mil dieciocho (2018).

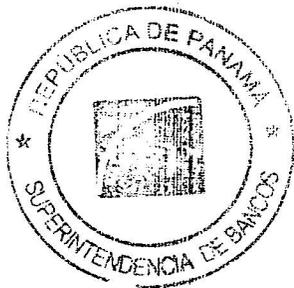
77

NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

EL SUPERINTENDENTE DE BANCOS,

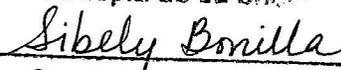

Ricardo G. Fernández D.

/mdf.



INTENDENCIA DE BANCOS
SECRETARÍA DE DESPACHO

Es fiel copia de su original


Secretaría de Despacho

Panamá, 17 de mayo 2018.

República de Panamá Superintendencia de Bancos

RESOLUCIÓN SBP-FID-A-0039-2018 (de 17 de enero de 2018)

EL SUPERINTENDENTE DE BANCOS

En uso de sus facultades legales y,

CONSIDERANDO:

Que mediante Ley No. 1 de 5 de enero de 1984 se regula el Fideicomiso en Panamá y se adoptan otras disposiciones;

Que mediante Ley No. 21 de 10 de mayo de 2017, que modificó la Ley No. 1 de 5 de enero de 1984, se establecen las normas para la regulación y supervisión de los fiduciarios y del negocio de fideicomiso y dicta otras disposiciones;

Que el Artículo 131 de la Ley No. 21 de 2017, establece que quienes cuenten con licencia fiduciaria al momento de entrada en vigencia de esta Ley, deberán acreditar ante la Superintendencia de Bancos el cumplimiento de los nuevos requisitos para poder seguir actuando como fiduciarios;

Que de conformidad con lo establecido en el Artículo 131 de la Ley No. 21 de 2017, la Superintendencia de Bancos establecerá, mediante Acuerdo, los documentos requeridos para el mencionado proceso de acreditación, el cual deberá ser iniciado por el fiduciario dentro de los seis meses contados a partir de la entrada en vigencia de dicha Ley;

Que a través del Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017, por medio del cual se regula el proceso de acreditación de los fiduciarios titulares de licencias fiduciarias otorgadas por la Superintendencia de Bancos, se han establecido los requisitos para la acreditación a la que deben acogerse los fiduciarios y titulares de licencias fiduciarias, a fin de que se expida el Certificado de Acreditación;

Que, **Central Fiduciaria, S.A. en Español (Central Trust, Inc. en Inglés)** es una sociedad anónima organizada y constituida de conformidad con las leyes de la República de Panamá, autorizada para ejercer el negocio fiduciario en o desde la República de Panamá mediante Resolución SBP-FID No. 0016-2013 de 4 de septiembre de 2013;

Que, **Central Fiduciaria, S.A. en Español (Central Trust, Inc. en Inglés)** por intermedio de apoderado especial y en cumplimiento de las disposiciones establecidas por el Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017, ha presentado a esta Superintendencia de Bancos solicitud a fin de que se le expida el Certificado de Acreditación que le permita continuar ejerciendo el negocio del fideicomiso;

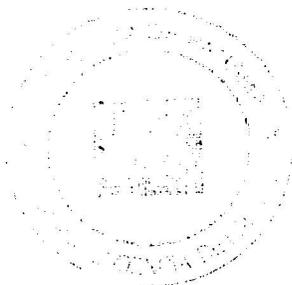
Que, una vez analizada y evaluada la solicitud presentada por **Central Fiduciaria, S.A. en Español (Central Trust, Inc. en Inglés)**, se ha determinado que la misma no merece objeciones;

Que, de conformidad con el Artículo 6 de la Ley No. 21 de 2017, corresponde al Superintendente de Bancos resolver sobre solicitudes como la presente.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO:

Expedir Certificado de Acreditación a favor de **Central Fiduciaria, S.A. en Español (Central Trust, Inc. en Inglés)**, a fin de que continúe ejerciendo el negocio de fideicomiso, de conformidad con las disposiciones del Régimen Fiduciario.



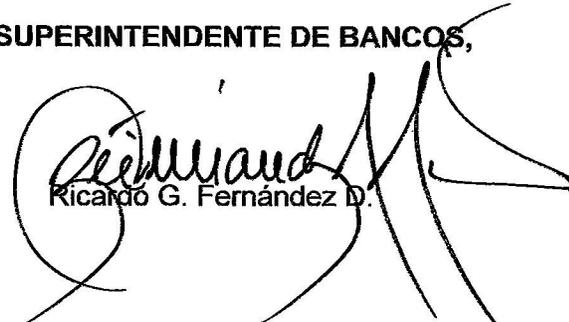
ARTÍCULO SEGUNDO: Esta Resolución deberá ser protocolizada e inscrita en el Registro Público, tal cual lo dispone el Artículo 5 del Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Ley No. 21 de 10 de mayo de 2017, que modificó la Ley No. 1 de 5 de enero de 1984; Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017.

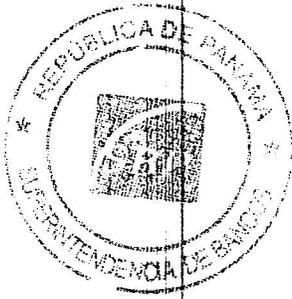
Dada en la ciudad de Panamá, a los diecisiete (17) días del mes de enero de dos mil dieciocho (2018).

71 **NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.**

EL SUPERINTENDENTE DE BANCOS,

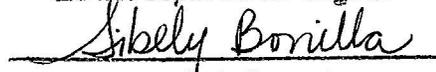

Ricardo G. Fernández D.

/mdf.



SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
SECRETARÍA DE DESPACHO

Es fiel copia de su original


Secretaría de Despacho

Panamá, 17 de mayo de 2018.

República de Panamá

Superintendencia de Bancos

RESOLUCIÓN SBP-FID-A-0040-2018
(de 17 de enero de 2018)

EL SUPERINTENDENTE DE BANCOS

En uso de sus facultades legales y,

CONSIDERANDO:

Que mediante Ley No. 1 de 5 de enero de 1984 se regula el Fideicomiso en Panamá y se adoptan otras disposiciones;

Que mediante Ley No. 21 de 10 de mayo de 2017, que modificó la Ley No. 1 de 5 de enero de 1984, se establecen las normas para la regulación y supervisión de los fiduciarios y del negocio de fideicomiso y dicta otras disposiciones;

Que el Artículo 131 de la Ley No. 21 de 2017, establece que quienes cuenten con licencia fiduciaria al momento de entrada en vigencia de esta Ley, deberán acreditar ante la Superintendencia de Bancos el cumplimiento de los nuevos requisitos para poder seguir actuando como fiduciarios;

Que de conformidad con lo establecido en el Artículo 131 de la Ley No. 21 de 2017, la Superintendencia de Bancos establecerá, mediante Acuerdo, los documentos requeridos para el mencionado proceso de acreditación, el cual deberá ser iniciado por el fiduciario dentro de los seis meses contados a partir de la entrada en vigencia de dicha Ley;

Que a través del Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017, por medio del cual se regula el proceso de acreditación de los fiduciarios titulares de licencias fiduciarias otorgadas por la Superintendencia de Bancos, se han establecido los requisitos para la acreditación a la que deben acogerse los fiduciarios y titulares de licencias fiduciarias, a fin de que se expida el Certificado de Acreditación;

Que, **SWISS ARIFA TRUST COMPANY, S.A.**, es una sociedad anónima organizada y constituida de conformidad con las leyes de la República de Panamá, autorizada para ejercer el negocio fiduciario en o desde la República de Panamá mediante Resolución FID No.008-2007 de 3 de julio de 2007.

Que, **SWISS ARIFA TRUST COMPANY, S.A.** por intermedio de apoderado especial y en cumplimiento de las disposiciones establecidas por el Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017, ha presentado a esta Superintendencia de Bancos solicitud a fin de que se le expida el Certificado de Acreditación que le permita continuar ejerciendo el negocio del fideicomiso;

Que, una vez analizada y evaluada la solicitud presentada por **SWISS ARIFA TRUST COMPANY, S.A.**, se ha determinado que la misma no merece objeciones;

Que, de conformidad con el Artículo 6 de la Ley No. 21 de 2017, corresponde al Superintendente de Bancos resolver sobre solicitudes como la presente;

RESUELVE:

77 **ARTÍCULO PRIMERO:** Expedir Certificado de Acreditación a favor de **SWISS ARIFA TRUST COMPANY, S.A.**, a fin de que continúe ejerciendo el negocio de fideicomiso, de conformidad con las disposiciones del Régimen Fiduciario.



Página 2 de 2

Resolución SBP-FID-A-0040-2018

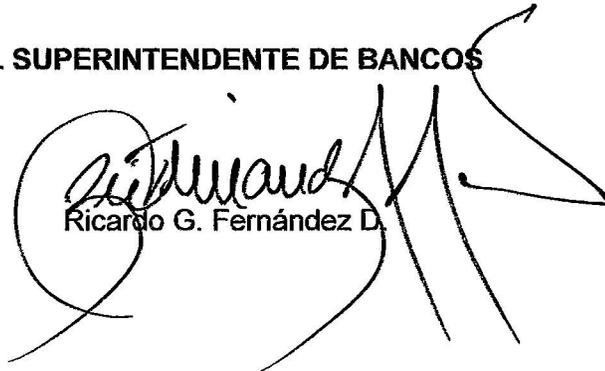
ARTÍCULO SEGUNDO: Esta Resolución deberá ser protocolizada e inscrita en el Registro Público, tal cual lo dispone el Artículo 5 del Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Ley No. 21 de 10 de mayo de 2017, que modificó la Ley No. 1 de 5 de enero de 1984; Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017.

Dada en la ciudad de Panamá, a los diecisiete (17) días del mes de enero de dos mil dieciocho (2018).

17 NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

EL SUPERINTENDENTE DE BANCOS

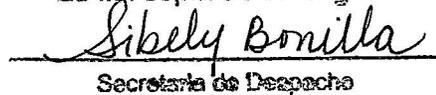

Ricardo G. Fernández D.

/mdf.



**SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
SECRETARÍA DE DESPACHO**

Es fiel copia de su original


Secretaría de Despacho

Panamá 17 de mayo 2018.

República de Panamá
Superintendencia de Bancos

RESOLUCIÓN SBP-FID-A-0041-2018
(de 19 de enero de 2018)

EL SUPERINTENDENTE DE BANCOS

En uso de sus facultades legales y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución SBP-FID-A-0037-2018 de 12 de enero de 2018, esta Superintendencia resolvió expedir Certificado de Acreditación a favor de **GLOBAL BANK CORPORATION**, a fin de que continúe ejerciendo el negocio de fideicomiso, de conformidad con las disposiciones del Régimen Fiduciario;

Que, en el texto de la Resolución SBP-FID-A-0037-2018 de 12 de enero de 2018, se advirtió un error en el párrafo sexto del Considerando, al citar el año de la Resolución que otorgó la Licencia Fiduciaria a **GLOBAL BANK CORPORATION**;

Que, en virtud de lo anterior, corresponde modificar la Resolución en referencia.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Corregir el párrafo sexto del Considerando de la Resolución SBP-FID-A-0037-2018 de 12 de enero de 2018, para que lea así:

“Que, **GLOBAL BANK CORPORATION** es una sociedad anónima organizada y constituida de conformidad con las leyes de la República de Panamá, autorizada para ejercer el negocio fiduciario en o desde la República de Panamá mediante Resolución SBP-FID-0006-2011 de 13 de julio de 2011”.

ARTÍCULO SEGUNDO: Mantener en todo lo demás la Resolución SBP-FID-A-0037-2018 de 12 de enero de 2018.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Ley No. 21 de 10 de mayo de 2017, que modificó la Ley No. 1 de 5 de enero de 1984; Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017.

Dada en la ciudad de Panamá, a los diecinueve (19) días del mes de enero de dos mil dieciocho (2018).

NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

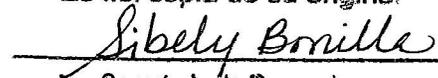
EL SUPERINTENDENTE DE BANCOS,


Ricardo G. Fernández D.



SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
SECRETARÍA DE DESPACHO

Es fiel copia de su original!


Secretaría de Despacho

Panamá, 17 de mayo 2018.

República de Panamá

Superintendencia de Bancos

RESOLUCIÓN SBP-FID-A-0042-2018 (de 29 de enero de 2018)

EL SUPERINTENDENTE DE BANCOS INTERINO,

En uso de sus facultades legales y,

CONSIDERANDO:

Que mediante Ley No. 1 de 5 de enero de 1984 se regula el Fideicomiso en Panamá y se adoptan otras disposiciones;

Que mediante Ley No. 21 de 10 de mayo de 2017, que modificó la Ley No. 1 de 5 de enero de 1984, se establecen las normas para la regulación y supervisión de los fiduciarios y del negocio de fideicomiso y dicta otras disposiciones;

Que el Artículo 131 de la Ley No. 21 de 2017, establece que quienes cuenten con licencia fiduciaria al momento de entrada en vigencia de esta Ley, deberán acreditar ante la Superintendencia de Bancos el cumplimiento de los nuevos requisitos para poder seguir actuando como fiduciarios;

Que de conformidad con lo establecido en el Artículo 131 de la Ley No. 21 de 2017, la Superintendencia de Bancos establecerá, mediante Acuerdo, los documentos requeridos para el mencionado proceso de acreditación, el cual deberá ser iniciado por el fiduciario dentro de los seis meses contados a partir de la entrada en vigencia de dicha Ley;

Que a través del Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017, por medio del cual se regula el proceso de acreditación de los fiduciarios titulares de licencias fiduciarias otorgadas por la Superintendencia de Bancos, se han establecido los requisitos para la acreditación a la que deben acogerse los fiduciarios y titulares de licencias fiduciarias, a fin de que se expida el Certificado de Acreditación;

Que, **FINANCIAL WAREHOUSING OF LATIN AMERICA, INC.**, es una sociedad anónima organizada y constituida de conformidad con las leyes de la República de Panamá, autorizada para ejercer el negocio fiduciario en o desde la República de Panamá mediante Resolución FID No.7-99 de 1 de octubre de 1999;

Que, **FINANCIAL WAREHOUSING OF LATIN AMERICA, INC.** por intermedio de apoderado especial y en cumplimiento de las disposiciones establecidas por el Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017, ha presentado a esta Superintendencia de Bancos solicitud a fin de que se le expida el Certificado de Acreditación que le permita continuar ejerciendo el negocio del fideicomiso;

Que, una vez analizada y evaluada la solicitud presentada por **FINANCIAL WAREHOUSING OF LATIN AMERICA, INC.**, se ha determinado que la misma no merece objeciones;

Que, de conformidad con el Artículo 6 de la Ley No. 21 de 2017, corresponde al Superintendente de Bancos resolver sobre solicitudes como la presente.

Que, mediante Resolución SBP-JD-0001-2018 de 23 de enero de 2018, se designó al Licenciado Gustavo Adolfo Villa, como Superintendente Interino a partir del 28 de enero de 2018 al 02 de febrero de 2018, o hasta que se reintegre a sus funciones el Superintendente titular.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Expedir Certificado de Acreditación a favor de **FINANCIAL WAREHOUSING OF LATIN AMERICA, INC.**, a fin de que continúe ejerciendo el negocio de fideicomiso, de conformidad con las disposiciones del Régimen Fiduciario.



ARTÍCULO SEGUNDO: Esta Resolución deberá ser protocolizada e inscrita en el Registro Público, tal cual lo dispone el Artículo 5 del Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Ley No. 21 de 10 de mayo de 2017, que modificó la Ley No. 1 de 5 de enero de 1984; Acuerdo Fiduciario No. 001-2017 de 11 de julio de 2017.

Dada en la ciudad de Panamá, a los veintinueve (29) días del mes de enero de dos mil dieciocho (2018).

77

NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

EL SUPERINTENDENTE DE BANCOS INTERINO,

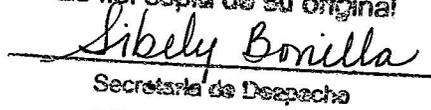

Gustavo Adolfo Villa.

/cj



SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
SECRETARÍA DE DESPACHO

Es fiel copia de su original


Secretaría de Despacho

Panamá 17 de mayo 2018.



REPUBLICA DE PANAMA
PROVINCIA DE CHIRIQUI
CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE ALANJE
Tel. 772-7012
ACUERDO N°011-2018
 (Del 21 de mayo del 2018)



Por medio del cual se modifica el Acuerdo N° 033-2017 del 27 de noviembre del 2017 y se adiciona un proyecto que formara parte del Plan de Obras e Inversiones, financiado con los aportes del Impuesto de Bienes Inmuebles, para vigencia fiscal 2017.

CONSIDERANDO

Que mediante Acuerdo n°005-2017 del 27 de marzo del 2017, se aprobó el Presupuesto de Funcionamiento Inversión para la Vigencia Fiscal 2017, financiado con los aportes de Bienes Inmuebles.

Que mediante notas SND-DS-206-2017 del 03 de mayo del 2017 del Ministerio de la Presidencia , Secretaria Nacional de Descentralización y nota MEF-2017-17158 del 18 de abril del 2017 del Ministerio de Economía y Finanzas, se informó que: “luego de realizados los cálculos con el Ministerio de Economía y Finanzas, las cifras que aparecen a continuación corresponde a la recaudación del Impuesto de Bien Inmueble del año fiscal 2016, que el Municipio recibirá para ser utilizado en la Vigencia Fiscal 2017”.

Que una vez revisado los cálculos que fueron enviados por el Ministerio de Economía y Finanzas, que fueron adjuntados a las notas antes señalada, se debe realizar los ajustes correspondientes conforme al incremento a recibir, a fin de que los mismos sean utilizados en la vigencia fiscal 2017.

Que el numeral 2 del artículo 17 de la ley 106 de 1973 modificada por la ley 66 del 2015, establece que los Concejos Municipales tendrán competencia exclusiva para el cumplimiento de las funciones de: estudiar, evaluar y aprobar el presupuesto de rentas y gastos municipales, que comprenderá el funcionamiento y de inversiones municipales para cada ejercicio fiscal que elabore el alcalde con la colaboración del Ministerio de Economía y Finanzas. El programa de inversiones municipales será consultado con las juntas comunales respectivas”.

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: Se modifica el Acuerdo 33-2017 del 27 de noviembre del 2017, el artículo DECIMO PRIMERO agregando al Plan de inversiones el siguiente proyecto:

Distrito	Corregimiento	Comunidad	Proyecto	Monto en B/.
Alanje	Alanje	Alanje Cabecera	Construcción de deposito en las instalaciones del Municipio de Alanje	B/7, 349.41

ARTÍCULO SEGUNDO: Este Acuerdo comenzará a regir a partir de su aprobación, sanción y posterior publicación en Gaceta Oficial.

Fundamento de Derecho Ley 106 de 1973 y la Constitución Política de Panamá.





REPUBLICA DE PANAMA
PROVINCIA DE CHIRIQUI
CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE ALANJE
 Tel. 772-7012
ACUERDO N°011-2018
 (Del 21 de mayo del 2018)



Acuerdo Aprobado en el Salón de Sesiones del Concejo Municipal del Distrito de Alanje, Provincia de Chiriquí, a los veintiuno (21) días del mes de mayo del año dos mil dieciocho (2018).

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

FREDDY E LOZADA
Freddy Lozada
El Presidente,



La Secretaria,

Yoisi Avendaño
Yoisi Avendaño



Alcaldía Municipal de Alanje
Despacho de la Alcaldía

EL ALCALDE MUNICIPAL DE ALANJE

En uso de sus facultades,

Sanciona el Acuerdo N° 011-2018, del 21 de mayo del 2018, por medio del cual el Concejo Municipal de Alanje, Modifica el acuerdo N° 33-2017 del 27 de noviembre del 2017 del 2017 y se adiciona un proyecto que formara parte del plan de Obras e Inversiones, financiado con los aportes del Impuesto de Bienes Inmuebles, para vigencia fiscal 2017.

Este acuerdo es Sancionado en la Ciudad de Alanje, a los 21 de días del mes de mayo del año 2018.

Abel Quintero
Sr. ABEL QUINTERO
 Alcalde Municipal de Alanje





REPUBLICA DE PANAMA
 PROVINCIA DE CHIRIQUI
 CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE ALANJE
 Tel. 772-7012



ACUERDO N°013-2018
 (Del 11 de Junio del 2018)

Por medio del cual el concejo Municipal del Distrito del distrito de Alanje. Suprime los cargos de corregidor y de Corregidor Nocturno y se crean los cargos en la estructura organizativa del Municipio de Alanje de Juez de paz, Jueces de Paz Nocturno, Mediador Comunitario, Corregidor de descarga y Funcionarios de Cumplimiento.

El concejo Municipal del Distrito de Alanje, en usos de sus facultades constitucionales y legales.

CONSIDERANDO

Que el sesión del concejo del 11 de junio del presente año, el Alcalde Municipal del distrito de Alanje, ha presentado al Concejo Municipal, solicitud, para suprimir los cargos de Corregidor y Corregidor Nocturno, y la creación de los cargos de Juez de Paz, Juez de Paz Nocturno, Mediador Comunitario, Corregidor de Descarga y Funcionario de Cumplimiento, dentro de la estructura administrativa del Municipio; además el nombramiento de Jueces de Paz Interinos.

Que el **MUNICIPIO** es una organización política autónoma de la Comunidad, establecida en un Distrito, que tiene como objetivo planear, organizar, ejecutar, y controlar los programas del Distrito a través de sus distintas unidades administrativas.

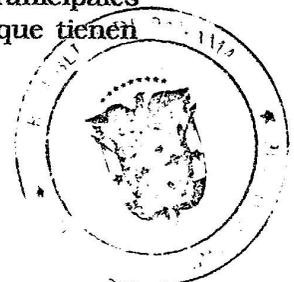
Que mediante la Ley No 16 de 17 de Junio de 2016, se instituye en nuestro País, la Justicia Comunitaria de Paz, y se dictan disposiciones sobre Mediación y Conciliación Comunitaria; estableciéndose la Jurisdicción Especial de Justicia Comunitaria de Paz, la cual será ejercida por el Juez de Paz.

Que como consecuencia de la implementación de la Ley 16 de 17 de Junio de 2016, modificada por la Ley 41 de 31 de Mayo de 2017, se hace necesario suprimir en la estructura de personal de **EL MUNICIPIO**, los cargos de Corregidor y Corregidor Nocturno, y crear el cargo de Juez de Paz, Juez de Paz Nocturno, Mediador Comunitario, Corregidor de Descarga y Funcionario de Cumplimiento.

Que el Municipio de Alanje, por diversas causas no ha podido culminar de manera satisfactoria el proceso de selección y nombramiento de los Jueces de Paz de nuestro Distrito, de conformidad como lo establece la Ley 16 de 17 de Junio de 2016.

Que ante la situación planteada, y atendiendo la recomendación de la Procuraduría de la Administración, mediante Circular **No 05-18**, dirigida a Alcaldes y Presidentes de Concejos Municipales, una vez se haya suprimido el Cargo de Corregidor de la estructura organizativa del Municipio y creado el de Juez de Paz, se requiere de forma inmediata el nombramiento de Jueces de Paz Interinos, de acuerdo a lo previsto en la Ley 16 de 17 de Junio de 2016, y en los artículos **752, 753, 755, 760** del Código Administrativo, y **264** de la Ley 72 que regula el presupuesto general del Estado, para la vigencia fiscal del 2018.

Que la Ley 106 de 8 de octubre de 1973, establece que: Los Concejos Municipales regularan la Vida Jurídica de los Municipios por medio de Acuerdos que tienen fuerza de Ley, dentro del respectivo Distrito.





REPUBLICA DE PANAMA
PROVINCIA DE CHIRIQUI
CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE ALANJE
Tel. 772-7012



ACUERDO N°013-2018
(Del 11 de Junio del 2018)

ACUERDA:

ARTICULO PRIMERO: AUTORIZAR, Suprimir los cargos de Corregidor y Corregidor Nocturno de la estructura administrativa del Municipio de Alanje.

ARTICULO SEGUNDO: AUTORIZAR la creación de los cargos en la estructura administrativa del Municipio de **JUEZ DE PAZ, JUEZ DE PAZ NOCTURNO, MEDIADOR COMUNITARIO, CORREGIDOR DE DESCARGA Y FUNCIONARIO DE CUMPLIMIENTO.**

ARTICULO TERCERO: AUTORIZAR el nombramiento de **JUECES DE PAZ interinos**, hasta tanto se pueda llevar a cabo el proceso completo de selección y nombramiento de los **JUECES DE PAZ**, de conformidad con lo establecido por la Ley 16 de 17 de Junio de 2016.

ARTICULO CUARTO: Entregar copia del presente Acuerdo a los Departamentos e Instancias pertinentes.

ARTICULO QUINTO: Este Acuerdo rige a partir de su Aprobación, Sanción y Promulgación.

Fundamento de Derecho: Ley 16 de 17 de junio de 2016

Dado en la sala de Sesiones Aurelio Quintero del Concejo Municipal del Distrito de Alanje, a los once (11) días del mes de Junio del dos mil dieciocho (2018).

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE,

Freddy Lozada
Freddy Lozada
El Presidente,



Alcaldía Municipal de Alanje
Despacho de la Alcaldía

Joisy Avendaño S.
Joisy Avendaño S.
La Secretaria,

EL ALCALDE MUNICIPAL DE ALANJE

En uso de sus facultades,

Sanciona el Acuerdo N° 013-2018, del 11 de junio del 2018, por medio del cual el Concejo Municipal de Alanje, suprime los cargos de corregidor y de corregidor nocturno y se crean los cargos en la estructura organizativa del Municipio de Alanje de Juez de Paz, Jueces de Paz nocturno, Mediador Comunitario, Corregidor de Descarga y funcionarios de Cumplimiento.

Este acuerdo es Sancionado en la Ciudad de Alanje, a los 11 de días del mes de junio del año 2018.

Abel Quintero
Sr. ABEL QUINTERO
Alcalde Municipal de Alanje



ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Joisy Avendaño S.
Firma

Fecha 17 de junio de 2018





REPUBLICA DE PANAMA
 PROVINCIA DE CHIRIQUI
 CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE ALANJE
 Tel. 772-7012



ACUERDO N°014-2018
 (Del 11 de Junio del 2018)

Por medio del cual el Concejo Municipal del Distrito de Alanje modifica el Acuerdo Municipal N° 07 – 2015 de 17 de agosto de 2015.

El suscrito Concejo Municipal del Distrito de Alanje, en usos de sus facultades constitucionales y legales.

CONSIDERANDO

Que el Acuerdo Municipal N° 07- 2015, de 17 de agosto de 2015, Exonero al Ministerio de Viviendas y Ordenamiento Territorial sus contratista y/o subcontratista del pago de impuestos de permiso de construcciones de viviendas de interés social concernientes al programa Techos de Esperanza en el Distrito de Alanje que impulsa y ejecuta el Gobierno Nacional.

Que el Acuerdo N 07- 2015, e 17 de agosto de 2015, en su primer considerando dice de la siguiente manera “ Que ante el Pleno de esta Cámara Edilicia, el Honorable Señor Alcalde del Distrito de Alanje, Abel Fernández Quintero Guerra, presentó memorial DMV- 797- 2015 fechado 21 de julio de 2015 , y suscrito por la Excelencia Mario Etchelecu, Ministro de Viviendas y ordenamiento Territorial mediante la cual este último solicita la exoneración del Impuesto de Construcción para la realización y pronta ejecución del programa de Techos de Esperanza , que busca proporcionar viviendas dignas a las clases económicamente más vulnerable del distrito de Alanje, : Obra ésta que es ejecutada y dirigida por el MIVIOT y cuya finalidad primordial es el de brindar una mejor calidad de vida en el aspecto habitacional, como programa social y así dar cumplimiento a los compromisos adquiridos con la ciudadanía .”

Que es función del Concejo regular la recaudación y exoneración de los impuestos de acuerdo a los que establece al Artículo 242 numeral 5 de la Constitución Política de Panamá.

Que la Ley 106 de 8 de octubre de 1973, establece que: Los Concejos Municipales regularan los ingresos del Municipio por medio de Acuerdos que tienen fuerza de Ley, dentro del respectivo Distrito.

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: MODIFICAR el Acuerdo Municipal N 07-2015, de 17 de agosto de 2015, que en su primer considerando dice:

“ Que ante el Pleno de esta Cámara Edilicia, el Honorable Señor Alcalde del Distrito de Alanje, Abel Fernández Quintero Guerra , presentó memorial DMV- 797- 2015 fechado 21 de julio de 2015 , y suscrito por la Excelencia Mario Etchelecu, Ministro de Viviendas y ordenamiento Territorial mediante la cual este último solicita la exoneración del Impuesto de Construcción para la realización y pronta ejecución del programa de Techos de Esperanza , que busca proporcionar viviendas dignas a las clases económicamente más vulnerable del distrito de Alanje, : Obra ésta que es ejecutada y dirigida por el MIVIOT y cuya finalidad primordial es el de brindar una mejor calidad de vida en el aspecto habitacional, como programa social y así dar cumplimiento a los compromisos adquiridos con la ciudadanía .”





REPUBLICA DE PANAMA
PROVINCIA DE CHIRIQUI
CONCEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE ALANJE
Tel. 772-7012



ACUERDO N°014-2018
(Del 11 de Junio del 2018)

Para que diga:

“ Que ante el Pleno de esta Cámara Edilicia se han presentado diversas solicitudes por parte de su Excelencia Mario Etchelecu, Ministro de Viviendas y ordenamiento Territorial; de la República de Panamá, en las que solicita la exoneración del Impuesto de construcción a los proyectos del programa Techos de Esperanza, que busca proporcionar viviendas dignas a las clases económicamente más vulnerable del Distrito de Alanje, : Obra ésta que es ejecutada y dirigida por el MIVIOT y cuya finalidad primordial es el de brindar una mejor calidad de vida en el aspecto habitacional, como programa social y así dar cumplimiento a los compromisos adquiridos con la ciudadanía “

ARTICULO SEGUNDO: Este Acuerdo rige a partir de su Sanción y Promulgación en Gaceta Oficial de la República de Panamá.

Fundamento de Derecho: Ley 106 DE 8 de octubre de 1973 y Constitución Política de Panamá.

Dado en la sala de Sesiones Aurelio Quintero del Concejo Municipal del Distrito de Alanje, a los once (11) días del mes de Junio del dos mil dieciocho (2018).

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

Freddy Lozada
Freddy Lozada
El Presidente,

Joisy Avendaño S.
Joisy Avendaño S.
La Secretaria,



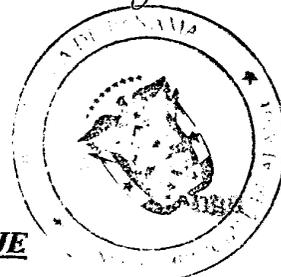
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Firma: *Joisy Avendaño S.*

Fecha: 12 de junio de 2018



Alcaldía Municipal de Alanje
Despacho de la Alcalde



EL ALCALDE MUNICIPAL DE ALANJE

En uso de sus facultades,

Sanciona el Acuerdo N° 014-2018, del 11 de junio del 2018, por medio del cual el Concejo Municipal de Alanje, modifica el acuerdo municipal No.07-2015 de 17 de agosto del 2015.

Este acuerdo es Sancionado en la Ciudad de Alanje, a los 11 de días del mes de junio del año 2018.

Abel Quintero
Sr. ABEL QUINTERO
Alcalde Municipal de Alanje



AVISOS

AVISO. Para dar cumplimiento al Artículo No. 777 del Código de Comercio yo, **WILLIAM CHONG ZHANG**, con cédula No. 8-841-65, notifico al público en general el traspaso de mi aviso de operación No. 8-841-65-2009-189839 del establecimiento comercial denominado **MINISÚPER Y PANADERÍA JHOVANA No. 2**, ubicado en la provincia de Panamá, distrito de San Miguelito, urbanización Don Bosco, calle Turín final, casa M-23, corregimiento de Belisario Porras, al joven **JORGE HUNG FONG AROSEMENA**, con cédula No. 4-752-432. L. 202-103136737. Tercera Publicación.

AVISO AL PÚBLICO. Para dar cumplimiento a lo que se establece al Artículo 777 del Código de Comercio, por este medio aviso al público que yo, **DAYANA I. QUINTANA**, con cédula de identidad personal 5-704-1266, propietario del establecimiento comercial denominado **MINI SÚPER SAN ANTONIO**, con aviso de operación 5-704-1266-2011-269230, expedido por el Ministerio de Comercio e Industrias, ubicado en la barriada San Isidro, corregimiento de Ocú, distrito de Ocú (cabecera), provincia de Herrera, vendo dicho negocio a **XIAO YAN ZHONG DE TORRES**, con cédula de identidad personal No. N-21-1717. Chitré, 1 de junio de 2018. L. 1572768. Tercera Publicación.

AVISO. La Chorrera 08 de junio del 2018. Para dar cumplimiento al Artículo 777 del Código de Comercio, yo, **EITMONT JOEL RODRÍGUEZ CANO**, con cédula 8-724-260, traspaso mi aviso de operación No. 8-724-260-2018-580259 de mi establecimiento comercial denominado **PARRILLADA EL RODEO**, ubicado en el corregimiento El Coco, urbanización El Raudal No. 2, calle Palmira, casa s/n, distrito de La Chorrera, que me autoriza a la venta de bebidas alcohólicas en recipientes abiertos, comidas preparadas y sodas, al señor **ELIADES DAVID VARGAS RODRÍGUEZ**. 8-776-1041. Eitmont J. Rodríguez Cano. 8-724-260. L. 202-103140561. Segunda publicación.

AVISO. Chitré, 8 de junio de 2018. En atención al Artículo 777 del Código de Comercio, le comunico al público en general que yo, **ANGIE ELENA GUTIÉRREZ BAZÁN**, con cédula de identidad personal No. 6-716-1040, he traspasado al Sr. **ROBERTO CASTAÑEDA PÉREZ**, con cédula No. 6-701-1445, mi establecimiento comercial denominado **INSOMNIO**, con No. de aviso de operación 6-716-1040-2011-325907, que está ubicado en la provincia de Herrera, distrito de Chitré, corregimiento de Chitré Cabecera, urbanización Chitré, calle Ave. Pérez y por lo tanto es el nuevo dueño. Sra. **ANGIE ELENA**

GUTIÉRREZ BAZÁN. Cédula No. 6-716-1040. L. 1573591. Primera
Publicación.

EDICTOS



REPUBLICA DE PANAMÁ
 AUTORIDAD NACIONAL DE ADMINISTRACION DE TIERRAS
 DIRECCION NACIONAL DE TITULACION Y REGULARIZACION
 ANATI, CHIRIQUI

EDICTO N°. 189-2017

El Director Regional de la Autoridad Nacional de Administración de Tierras, en la provincia de **Chiriquí** al público.

HACE CONSTAR:

Que el señor (a) **EZEQUIEL DE LEON MARTINEZ** Vecino (a) de **RIO MAR**, Corregimiento de **PUERTO ARMUELLES**, del Distrito de **BARU**, provincia de **CHIRIQUI** Portador de la cédula de identidad personal N°. **4-98-294** ha solicitado a la Autoridad Nacional de Administración de Tierras mediante solicitud N°. **4-23979** según plano aprobado N°. **41-01-9696** la adjudicación del título oneroso de una parcela de Tierra Baldía Nacional adjudicable con una superficie total de **06 HÁS. +4487.74 M2.**

El terreno esta ubicado en la localidad de **ALTOS SAN VICENTE** Corregimiento de **CABECERA** Distrito de **BARU** Provincia de **CHIRIQUI** comprendida dentro de los siguientes linderos:

NORTE: ANIBAL ORTIZ, QUEBRADA SIN NOMBRE DE 10.00 M DE ANCHO

SUR: CAMINO DE 10.00 M DE ANCHO A COROTU AL CENTRO PTO.ALLES A MONTE VERDE.

ESTE: ANIBAL ORTIZ, QUEBRADA SIN NOMBRE DE 10.00 M, SIN AGUA VIVA.

OESTE: CAMINO DE 10.00 M DE ANCHO A COROTU AL CENTRO PTO.ALLES, A MONTE VERDE.

Para los efectos legales se fija el presente Edicto en lugar visible de este Despacho, en la Alcaldía del Distrito de **BARU** o en la Corregiduría de **CABECERA** copias del mismo se le entregará al interesado para que los haga publicar en los órganos de publicidad correspondientes, tal como lo ordena la Ley 37 de 1962. Este Edicto tendrá una vigencia de quince (15) días a partir de la última publicación.

Dado en **DAVID** a los **28** días del mes de **DICIEMBRE** de **2017**

Firma: 
 Nombre: **LICDO. CESAR VIDAL**
 Director Regional
 ANATI/CHIRIQUI



Firma: 
 Nombre: **LICDA. INDIRA HERRERA de GUERRA.**
 Secretaria Ad-Hoc

C/C

GACETA OFICIAL
 Liquidación: **202-103136648**



REPUBLICA DE PANAMÁ
 AUTORIDAD NACIONAL DE ADMINISTRACION DE TIERRAS
 DIRECCION NACIONAL DE TITULACION Y REGULARIZACION
 ANATI, CHIRIQUI

EDICTO N° 048 -2018

El Suscrito Director Regional de la Autoridad Nacional de Administración de Tierras, en la provincia de **Chiriquí** al público.

HACE CONSTAR:

Que el (los) Señor (a) **SANDRA MARIA SOTO MEJIA DE RUIZ** Vecino (a) de **REPARTO ALTOS DE CACERES** Corregimiento de **CERRO SILVESTRE** del Distrito de **ARRAIJAN** provincia de **PANAMA OESTE** Portador de la cédula de identidad personal N° **E-8-80236** ha solicitado a la Autoridad Nacional de Administración de Tierras mediante solicitud **N°4-0564** según plano aprobado **411-03-25010** la adjudicación del título oneroso de una parcela de Tierra Baldía Nacional adjudicable con una superficie total de **OHAS+4,240.55M2**.

El terreno está ubicado en la localidad de **LAS DELICIAS** Corregimiento de **LAJAS ADENTRO** Distrito de **SAN FELIX** Provincia de **CHIRIQUI** comprendida dentro de los siguientes linderos:

NORTE: TERRENOS NACIONALES OCUPADOS POR: ALBERTO CARRERA ALMANZA.

SUR: TERRENOS NACIONALES OCUPADOS POR: RAQUEL CARRERA LOPEZ.

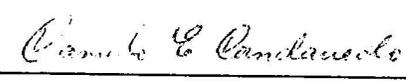
ESTE: CARRETERA DE ASFALTO DE 15.00M HACIA LAS LAJAS HACIA OTRAS FINCAS, TERRENOS NACIONALES OCUPADOS POR: ALBERTO CARRERA ALMANZA.

OESTE: QUEBRADA SIN NOMBRE DE 3.00M, TERRENOS NACIONALES OCUPADOS POR: FUTURO FORESTAL, S.A, TERRENOS NACIONALES OCUPADOS POR: RAQUEL CARRERA LOPEZ.

Para los efectos legales se fija el presente Edicto en lugar visible de este Despacho, en la Alcaldía del Distrito de **SAN FELIX** en la Corregiduría de **LAJAS ADENTRO** copias del mismo se le entregará al interesado para que los haga publicar en los órganos de publicidad correspondientes, tal como lo ordena la ley 37 de 1962. Este Edicto tendrá una vigencia de quince (15) días a partir de la última publicación.

Dado en DAVID a los 10 días del mes de ABRIL de 2018

Firma: 
 Nombre: LICDO. CESAR A. VIDAL
 Director Regional
 Anati-Chiriqui

Firma: 
 Nombre: LICDO. CAMILO E. CANDANEDO
 Secretario Ad-Hoc



GACETA OFICIAL
 Liquidación: 202-102935615



REPUBLICA DE PANAMÁ
 AUTORIDAD NACIONAL DE ADMINISTRACION DE TIERRAS
 DIRECCION NACIONAL DE TITULACION Y REGULARIZACION
 ANATI, CHIRIQUI

EDICTO N° 062 -2018

El Suscrito Director Regional de la Autoridad Nacional de Administración de Tierras, en la provincia de Chiriquí al público.

HACE CONSTAR:

Que el (los) Señor (a) **VIODELDA ROSMERY GONZALEZ** Vecino **EL FLOR** (a) de Corregimiento de **DOLEGA** del Distrito de **DOLEGA** provincia de **CHIRIQUI** Portador de la cédula de identidad personal N° **4-726-1816** ha solicitado a la Autoridad Nacional de Administración de Tierras mediante solicitud N° **4-0460** según plano aprobado **407-01-24885** la adjudicación del título oneroso de una parcela de Tierra Baldía Nacional adjudicable con una superficie total de **OHAS+2,901.90M2.**

El terreno está ubicado en la localidad de **EL FLOR** Corregimiento de **DOLEGA** Distrito de **DOLEGA** Provincia de **CHIRIQUI** comprendida dentro de los siguientes linderos:

NORTE: TERRENOS NACIONALES OCUPADOS POR: ROSA MARISOL SERRANO CED: 4-212-614.

SUR: TERRENOS NACIONALES OCUPADOS POR: CANDIDA SALDAÑA DE SERRANO CED: 4-90-797.

ESTE: CAMINO DE TIERRA DE 12.80MTS HACIA CAIMITO HACIA DOLEGA.

OESTE: FINCA # 64159, ROLLO: 1, ASIENTO: 3 CODIGO DE UBICACIÓN: 4601 PROPIEDAD DE: ALMA LIRIA ACOSTA CASTILLO CED: 8-457-287 PLANO N° 407-01-19111.

Para los efectos legales se fija el presente Edicto en lugar visible de este Despacho, en la Alcaldía del Distrito de **DOLEGA** o en la Corregiduría de **DOLEGA** copias del mismo se le entregará al interesado para que los haga publicar en los órganos de publicidad correspondientes, tal como lo ordena la ley 37 de 1962. Este Edicto tendrá una vigencia de quince (15) días a partir de la última publicación.

Dado en DAVID a los 26 días del mes de ABRIL de 2018

Firma: 
 Nombre: LICDO. CÉSAR A. VIDAL
 Director Regional
 Anati-Chiriqui

Firma: 
 Nombre: LICDO. CAMILO E. CANDANEDO
 Secretario Ad-Hoc



GACETA OFICIAL

Liquidación: 202-103063917

EDICTO No. 94

DIRECCION DE INGENIERIA MUNICIPAL DE LA CHORRERA – SECCION DE CATASTRO

ALCALDIA MUNICIPAL DEL DISTRITO DE LA CHORRERA.

EL SUSCRITO ALCALDE DEL DISTRITO DE LA CHORRERA, HACE SABER

QUE EL SEÑOR (A): RODOLFO JUAREZ DIAZ, y RICARDO JUAREZ DIAZ, panameños, mayores de edad, Solteros, portadores de la cédula de identidad personal No. 8-323-184 y 8-266-904, residen en la Barriada El Coco, Casa No. 6973.-----

En sus propio nombre y en representación de sus propia persona -----

Ha solicitado a este Despacho que se le adjudique a título de plena propiedad, en concepto de venta de un lote de terreno Municipal Urbano, localizado en el lugar denominado CALLE 52 "A" NORTE de la Barriada COCO CENTRO Corregimiento EL COCO donde HAY CONSTRUCCION distingue con el número y cuyos linderos y medidas son los siguientes:

RESTO DE LA FINCA 6028, TOMO 194, FOLIO 104,
NORTE: PROPIEDAD DEL MUNICIPIO DE LA CHORRERA CON: 34.17 MTS

SUR: VEREDA CON: 34.35 MTS

ESTE: CALLE 52 "A" NORTE CON: 27.37 MTS

RESTO DE LA FINCA 6028, TOMO 194, FOLIO 104,
OESTE: PROPIEDAD DEL MUNICIPIO DE LA CHORRERA CON: 23.34 MTS

AREA TOTAL DE TERRENO: OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES METROS CUADRADOS CON OCHENTA DECIMETROS CUADRADOS (873.70 MTS.2).-----

Con base a lo que dispone el Artículo 14 del Acuerdo Municipal No.11-A, del 6 de marzo de 1969, se fija el presente Edicto en un lugar visible al lote de terreno solicitado, por el termino de DIEZ (10) días, para que dentro dicho plazo o termino pueda oponerse la (s) que se encuentran afectadas.

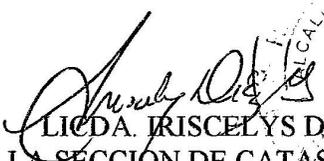
Entrégueseles senda copia del presente Edicto al interesado, para su publicación por una sola vez en un periódico de gran circulación y en La Gaceta Oficial.

La Chorrera, 24 de mayo de dos mil dieciocho. -

ALCALDE: (FDO.) SR. TOMAS VELASQUEZ CORREA

JEFA DE LA SECCION DE CATASTRO: (FDO.) LICDA. IRISCELYS DIAZ G.

Es fiel copia de su original.
La Chorrera, veinticuatro (24) de mayo de dos mil dieciocho.-


LICDA. IRISCELYS DIAZ G.
JEFE DE LA SECCION DE CATASTRO MUNICIPAL

GACETA OFICIAL
Identificación: 202-103118510



**AUTORIDAD NACIONAL DE ADMINISTRACION DE TIERRAS
DIRECCION NACIONAL DE TITULACION Y REGULARIZACION
DIRECCION ADMINISTRATIVA REGIONAL DE PANAMA OESTE**

EDICTO N°081

EL SUSCRITO FUNCIONARIO SUSTANCIADOR DE LA DIRECCION ADMINISTRATIVA REGIONAL DE PANAMA OESTE

HACE SABER:

Que: **ELINETH DEL CARMEN CORONADO QUEJADA Y OTROS**, con número de identidad personal: **8-820-2114**, ha solicitado la adjudicación de un terreno baldío nacional ubicado en la PROVINCIA DE: **PANAMA OESTE**, DISTRITO DE: **CHAME**, CORREGIMIENTO DE: **BEJUCO**, LUGAR: **LA CRESTA**, dentro de los siguientes linderos:

NORTE: SERVIDUMBRE 5.00m. HACIA OTROS LOTES HACIA CARRETERA INTERAMERICANA;

SUR: QUEBRADA GALLINA 10.00m;

ESTE: TERRENOS NACIONALES OCUPADO POR: JORGE LUIS PACHECO ANTADILLAS;

OESTE: TERRENOS NACIONALES OCUPADO POR: BEATRIZ GUZMAN CALDERON;

CON UNA SUPERFICIE DE: **0** HECTAREAS, MAS: **707**. METROS CUADRADOS, CON: **36** DECIMETROS CUADRADOS; A SEGREGARSE DE LA FINCA MADRE PATRIMONIAL NUMERO: **33724**, CODIGO DE UBICACION: **-----**, TOMO/ROLLO **23869**, FOLIO/DOCUMENTO: **4**, PROPIEDAD DE: **MIDA**.

El expediente lleva el número de identificación: **8-5-006-2014** DEL **15 DE ENERO** DEL AÑO **2014**.

Para efectos legales, el presente edicto se fijará por quince (15) días hábiles en la Dirección Regional y en la Alcaldía o Corregiduría o Casa de Justicia Comunitaria de Paz; se publicará por tres (3) días consecutivos en un periódico de circulación nacional, y un (1) día en la Gaceta Oficial; para que cualquier persona que sienta que la solicitud de adjudicación le afecte, podrá anunciar ante la ANATI su oposición a la misma, hasta quince (15) días hábiles después de efectuada la última publicación.

FUNDAMENTO JURÍDICO: **ARTICULOS 108, 131 Y 133 DE LA LEY 37 DE 1962.**

DADO EN LA PROVINCIA DE **PANAMA OESTE**, A LOS **QUINCE (15)** DIAS DEL MES DE **MARZO** DEL AÑO **2018**.

Firma: Rony Montero
Nombre: **RONY MONTERO**
SECRETARIA(O) AD HOC

Firma: Licda. Marta Aparicio
Nombre: **LICDA. MARTA APARICIO**
FUNCIONARIO(A) SUSTANCIADOR (A)

FIJADO HOY:		
Día	Mes	Año
A las:		



Firma: _____
Nombre: **SECRETARIO ANATI**

DESIJADO HOY:		
Día	Mes	Año
A las:		

Firma: _____
Nombre: **SECRETARIO ANATI**

GACETA OFICIAL

Liquidación 202-103064969