



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL  
DE ENFERMEDADES  
DEPARTAMENTO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES  
UNIDAD DE CÁNCER

# **NORMA**

## **PROGRAMA NACIONAL**

### **ALIVIO DEL DOLOR**

### **Y CUIDADOS PALIATIVOS**



**2009**



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

Este libro ha sido elaborado por el Ministerio de Salud  
Y es de su propiedad  
ISBN: 956-7711-15-1



Su reproducción ha sido posible gracias al apoyo de la OPS/OMS Chile

Oficializada como Norma General Técnica N° 32, por Resolución Exenta N° 129 del Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, con fecha 18 de Enero de 1999. Santiago de Chile.

Primera Edición: 1000 ejemplares, Enero 1999  
Segunda Edición: 1000 ejemplares (CD), Octubre 2003  
Tercera Edición: 1000 ejemplares, Febrero 2006  
Cuarta Edición: 1000 ejemplares, Marzo 2008  
Quinta Edición: edición digital, Febrero, 2009

Portada "Ciencia y Caridad", Pablo Picasso, 1897  
Museo Picasso, Barcelona, España  
Diseño y diagramación: Lilian Madariaga Silva

# PROGRAMA NACIONAL ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER Y CUIDADOS PALIATIVOS

2009

Muy cerca de mi ocaso, yo te bendigo vida  
Porque nunca me diste ni esperanza fallida,  
ni trabajos injustos, ni pena inmerecida;  
Porque veo al final de mi rudo camino,  
que yo fui el arquitecto de mi propio destino;

Que si extraje las mieles y la hiel de las cosas:  
fue porque en ellas puse hiel y mieles sabrosas;  
Cuando planté rosales, coseché siempre rosas.

... cierto: a mis lozanías va a seguir el invierno;  
¡Más tú no me dijiste que Mayo fuera eterno!

Hallé, sin duda, largas las noches de mis penas;  
Más no me prometiste tú sólo noches buenas;  
y en cambio tuve algunas santamente serenas...

Amé y fui amado, el sol acarició mi faz.  
vida nada me debes  
Vida estamos en paz

Amado Nervo

Esta Norma Nacional se editó como documento en estudio en 1995, y fue distribuida a cada uno de los profesionales representantes del Programa de Alivio del dolor por cáncer y Cuidados Paliativos (PAD y CP) de los 26 Servicios de Salud asistentes a las Jornadas de Evaluación Nacional I y II efectuadas en 1995 y 1996.

Durante dos años se mantuvo en consulta pública, para recepcionar las sugerencias, e incorporar nuevas evidencias y las correcciones. Así luego del consenso Nacional efectuado durante la III Jornada Nacional del PAD y CP el año 1998, fueron remitidas a Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud.

Fue oficializada como Norma General Técnica N° 32 por la Resolución Exenta N° 129 del Depto. Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, con fecha 18 de enero de 1999, Santiago de Chile.

En el año 2002, durante la VII Jornada Nacional del PAD y CP, realizada en dos encuentros, con la asistencia y participación activa de profesionales especialistas de los 28 Servicios de Salud, más los equipos interdisciplinarios de la red asistencial intraservicio; con la participación de la representante en Chile de OPS/OMS, del Instituto de Salud Pública de Chile, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, se actualizaron los protocolos de tratamiento para el control de síntomas y del dolor.

Así también, se conformó la comisión de AD y CP pediátrica, para la actualización y consenso de los protocolos respectivos en el niño con cáncer avanzado.

Este es el documento oficial del Ministerio de Salud, que debe servir de base para asegurar la cálida y oportuna evaluación, tratamiento y seguimiento que cada persona con cáncer avanzado precisa.

## INDICE

PROLOGO .....	8
CAPITULO I.....	9
ANTECEDENTES Y DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER .....	9
CAPITULO II .....	26
ALIVIO DEL DOLOR POR CANCER .....	26
CAPITULO II.A .....	40
PROTOCOLO ALIVIO DEL DOLOR.....	40
CAPITULO III .....	63
PROTOCOLO .....	63
CONTROL DE SINTOMAS.....	63
CAPITULO IV.....	147
PROTOCOLO .....	147
METÁSTASIS ÓSEAS.....	147
CAPITULO V.....	160
OTRAS TECNICAS PALIATIVAS.....	160
CAPITULO VI.....	168
ATENCION DOMICILIARIA .....	168
CAPITULO VII.....	180
ORIENTACIONES PROGRAMATICAS.....	180
ANEXOS .....	209

## PROLOGO

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), desde 1985 ha impulsado a través de la Comisión Nacional Asesora de Cáncer, el desarrollo de estrategias de atención integral, teniendo como base el Programa de Lucha contra el Cáncer auspiciado por OPS/OMS.

Los tumores malignos son un problema de salud pública en el mundo, Chile no ha estado ajeno a esta situación. Los cambios demográficos evidenciados en la estructura etárea de la población chilena, a través de una pirámide población que denota un histograma ajustado por edad cuya base disminuye lenta y gradual, con aumento de los grupos de edades intermedios y un estiramiento en los tramos superiores indica un marcado aumento de la esperanza de vida al nacer. Este cambio demográfico sumado a la eficacia de las estrategias en las enfermedades infectocontagiosas y materno infantil, han dado paso a las enfermedades crónicas no transmisibles.

En abril de 1994 el MINSAL, a través de la Unidad de Cáncer decide abordar la situación del Dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos asesorado en una Comisión Nacional de expertos en el tema.

En 1994, la realidad mostraba que en un enorme número de personas con cáncer avanzado, no tenían acceso a paliar el sufrimiento y controlar otros síntomas de la enfermedad avanzada. Entre los obstáculos reconocidos destacó, el desconocimiento de los especialistas respecto del control de síntomas y del dolor por cáncer, su evaluación y tratamiento no sólo por los profesionales médicos, sino que en todos los componentes del equipo interdisciplinario. Esta situación se extendía a las curricula de formación básica, con escasas horas destinadas a los tumores malignos, al dolor oncológico y menos aún en la formación de post postítulo y post grado.

Otro de los obstáculos reconocidos: era la baja disponibilidad en el mercado nacional de productos farmacéuticos destinados al tratamiento del dolor intenso y severo, mostraba una alarmante falencia. Otro aspecto relevante fue la ausencia de equipos interdisciplinarios organizados y capacitados para su atención.

La excepción a esta situación, la constituían algunos centros a nivel del sistema público y privado que tenían desarrollado iniciativas para atender a este grupo de personas, desde antes del año 1992, destacando la actuación individual, más que la de equipos organizados.

La primera tarea de esta Comisión Nacional para el Alivio del Dolor por cáncer y Cuidados Paliativos, fue su composición interdisciplinaria, luego, la capacitación de los profesionales, seguida de la elaboración de la normativa nacional. Para ello, se formuló el diagnóstico de la situación país, en términos de recursos humanos calificados, infraestructura imprescindible, aspectos regulatorios de los fármacos controlados, la revisión de los antecedentes relevantes para el alivio y control de síntomas basados en el conocimiento científico imperante a nivel nacional y mundial.

Luego de dos años de arduo trabajo, la deserción de algunos integrantes, se logró consenso en los protocolos que se deberían implementar y en las orientaciones programáticas técnicas que debería contener el Programa Nacional y el arsenal terapéutico básico que debía disponer.

Finalmente, y dado su carácter de Norma General Técnica Nacional; fue sancionado por el Departamento de Asesoría Jurídica de esta Secretaría de Estado.

## CAPITULO I

## ANTECEDENTES Y DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER

Los cuidados paliativos, establecen un balance entre la afirmación y defensa de la vida (es un movimiento en favor de la vida), pero al mismo tiempo ayudan a la aceptación de la muerte como una realidad inevitable.

Twycross<sup>1</sup>

Si bien los Cuidados Paliativos (CP) se vienen ejerciendo activamente desde antes de la Edad Media, es hasta las últimas décadas del siglo XX, cuando surge en Inglaterra la Medicina Paliativa, como respuesta a la inminente necesidad de atención que demandan los enfermos terminales. Progresivamente se sumó el resto de Europa y Norteamérica. Hacia el final de la década de los 80's la comunidad médica de los países desarrollados reconoció que la Medicina Paliativa se había convertido más que en un lujo, en una nueva especialidad, que venía a cubrir los enormes vacíos que en la atención médica existen. A partir de esta fecha se establece el diagnóstico de terminalidad.

Los Cuidados Paliativos representan una Medicina centrada en el paciente y en la familia como un todo. Son la estrategia de intervención para las situaciones difíciles de la terminalidad y una excelente alternativa ante el costoso y nada ético "encarnizamiento terapéutico" y "el abandono", actitudes que existen en el ambiente médico y que es necesario prevenir.

Los Cuidados Paliativos contienen un conjunto de valores científicos y éticos, son la conducta solidaria que los componentes de equipo sanitario deben mostrar para afrontar el natural advenimiento de la muerte, una necesidad para todos y en particular para las personas con enfermedades terminales (1).

Hay que destacar, que la filosofía Paliativa no está a favor de la eutanasia, pero tampoco comparte la idea de prolongar la vida con métodos de soporte que sólo alargan la agonía y el sufrimiento en los casos objetivados en situación terminal (2).

Entre las disciplinas involucradas, además de la oncología, la especialidad que debe estar integrada es la geriatría, dado que la mayoría de los cánceres avanzados se presentan en este grupo de edad, incidencia que va en aumento junto a la esperanza de vida (3).

Entre los mayores de 65 años, más del 50% corresponde a los tumores malignos (4). Sin embargo, actualmente son pocos los pacientes geriátricos no oncológicos que se benefician de este modelo de atención. Esto es debido, en parte, a que los Cuidados Paliativos se han desarrollado fundamentalmente desde la oncología, y por otra parte, a que resulta difícil establecer el concepto de terminalidad. Los estadios finales de las enfermedades crónicas son asumidos por diferentes disciplinas (7).

Sin duda hay otros problemas de salud que pueden y deben beneficiarse de los CP al presentar síntomas, características y necesidades comunes con los pacientes oncológicos: necesitan atención integral, el enfermo y la familia son la unidad a tratar, los cuidados se orientan a la promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo. Todos precisan una actitud activa y rehabilitadora, cálida y solícita, desarrollado en un ambiente de respeto, soporte y comunicación (8).

En 1982 la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la asesoría de un grupo de expertos elaboró las orientaciones para un Programa General de Control de Cáncer, que comprende, actividades de prevención primaria, diagnóstico precoz, tratamiento curativo y alivio del dolor y cuidados paliativos.

---

<sup>1</sup> Robert Twycross, director del Centro Internacional de Cuidados Paliativos de la Universidad de Oxford, Inglaterra 2004

Con relación al Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en los pacientes con cáncer, la OMS ha tenido un importante liderazgo en impulsar programas de intervención, fundado en el hecho de que "por muchos años más, será el único enfoque realista para la atención de muchos pacientes con cáncer, debido a la falta de medidas preventivas eficaces, de diagnóstico precoz y de métodos de tratamiento curativo, como también de recursos de atención sanitaria y de personal entrenado". Se añade a lo anterior, el hecho de que tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, "el dolor y los cuidados paliativos a menudo han sido desatendidos como problema de salud pública".

El Alivio del Dolor y los Cuidados Paliativos oncológicos es uno de los tres programas prioritarios de la OMS en el mundo.

El concepto de cuidados paliativos ha sido descrito por el Dr. Robert Twycross:

"Los cuidados paliativos consisten en la asistencia total y activa a los pacientes y a su entorno, por un equipo multiprofesional, cuando no hay esperanza de curación y en que el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida. El objetivo de los cuidados paliativos consiste en asegurar la máxima calidad de vida posible tanto para el paciente como para su familia".

Esta iniciativa del OMS/OPS, replicada en otras iniciativas internacionales, ha alcanzado su mayor apogeo en la década de los 90 y en la década que hoy vivimos.

La O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), en su reporte técnico serie 804, Ginebra 1990, define a la Medicina Paliativa como "el área de la Medicina dedicada a la asistencia activa y total de los pacientes y sus familias, por un equipo interdisciplinario (integrado por médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeras y voluntarios), cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo, con el objetivo de obtener una mejor calidad de vida, con procedimientos que lleven al alivio del dolor y otros síntomas de su enfermedad, al respeto de las necesidades y derechos del enfermo y a dignificar su vida".

"Esta medicina se centra en el tratamiento físico, psicológico y espiritual del enfermo a través de un equipo multidisciplinario que controla el dolor y otros síntomas, y lo asiste junto a su familia".

## MAGNITUD DEL PROBLEMA

En el mundo cada año<sup>2</sup>, el cáncer afecta a quince millones de casos nuevos y ocasiona la muerte a 7,8 millones de personas<sup>3</sup>. Según esta cifra, se estima en 29 millones de personas la prevalencia del cáncer en el mundo. De ellos, cerca de 23 millones sufrirían de dolor en todas las etapas de la enfermedad.

Un tercio de los cánceres son potencialmente prevenibles, otro tercio es potencialmente curable, con adecuados medios diagnósticos y terapéuticos y para el tercio restante, personas con cánceres incurables se les puede mejorar notablemente su calidad de vida con los cuidados paliativos.

El síntoma más prevalente y de mayor trascendencia para las personas y su familia, es el dolor.

"Cuando se habla del alivio no es sólo de los síntomas físicos, pero es muy difícil ocuparse de los aspectos espirituales y psicológicos si no se alivian los síntomas físicos, como el dolor", dice Twycross.

El dolor, puede estar presente entre un 40 a un 75 % de los enfermos de cáncer, en las diferentes etapas de desarrollo de la enfermedad. En la mayoría de los enfermos el dolor es manejable con medidas de baja complejidad y costo. La OMS calcula que existen en el mundo, al menos siete millones de personas que sufren dolor causado por el cáncer, con o sin tratamiento adecuado.

---

<sup>2</sup> Global Action Against Cancer 2003

<sup>3</sup> Prevención de las enfermedades crónicas OMS,2005:una inversión vital

En Chile, el cáncer constituye un importante problema de salud pública, por cuanto es responsable de una tasa de 123,7 fallecidos por 100 mil habitantes el año 2003, que corresponde al 23,6% de todas las muertes. La tasa de mortalidad en el 2002, fue de 122,8 por mil habitantes, con 19.146 personas de ambos sexos y toda edad, fallecidas por esta causa. El sexo masculino alcanza para el mismo año una tasa de 127,2 por 100 mil hombres y 118,6 para 100 mil mujeres. Ha sido la segunda causa de muerte durante los últimos 30 años, duplicando su importancia relativa en ese período.

El cáncer es la principal causa de muerte en el sexo femenino en el grupo de 35 a 59 años, y en los restantes grupos a partir de los 5 años de edad constituye la segunda causa. Afecta principalmente a los adultos, 37.5% entre 15 y 64 años y 61.4% a mayores de 65 años y más.

Se estima<sup>4</sup> en Chile, que cada año se diagnostican alrededor de 36.500 casos nuevos. Si ellos experimentan dolor en cualquier etapa de la enfermedad oncológica y si cerca de un 80 % lo manifiesta en la etapa avanzada de la enfermedad, junto a otros síntomas susceptibles de ser tratados, algo más de 14.500 chilenos con cáncer requieren anualmente de alivio del dolor y tratamiento de otros síntomas.

Las cifras de consumo terapéutico de morfina de un país constituyen un buen indicador del grado de desarrollo de sus programas de Alivio del Dolor por cáncer. Las cifras de consumo de codeína, si bien son mayores, no son útiles como indicadores debido a que ésta también se utiliza en el manejo de otros síntomas.

El explosivo incremento del consumo de morfina en el mundo se produce a partir del año 1984, con relación a la primera publicación de las recomendaciones de la O.M.S. En ellas los expertos proponen el uso de la escalera analgésica de tres etapas o peldaños y declaran que, codeína y morfina son drogas esenciales para el alivio de los pacientes con Dolor por Cáncer.

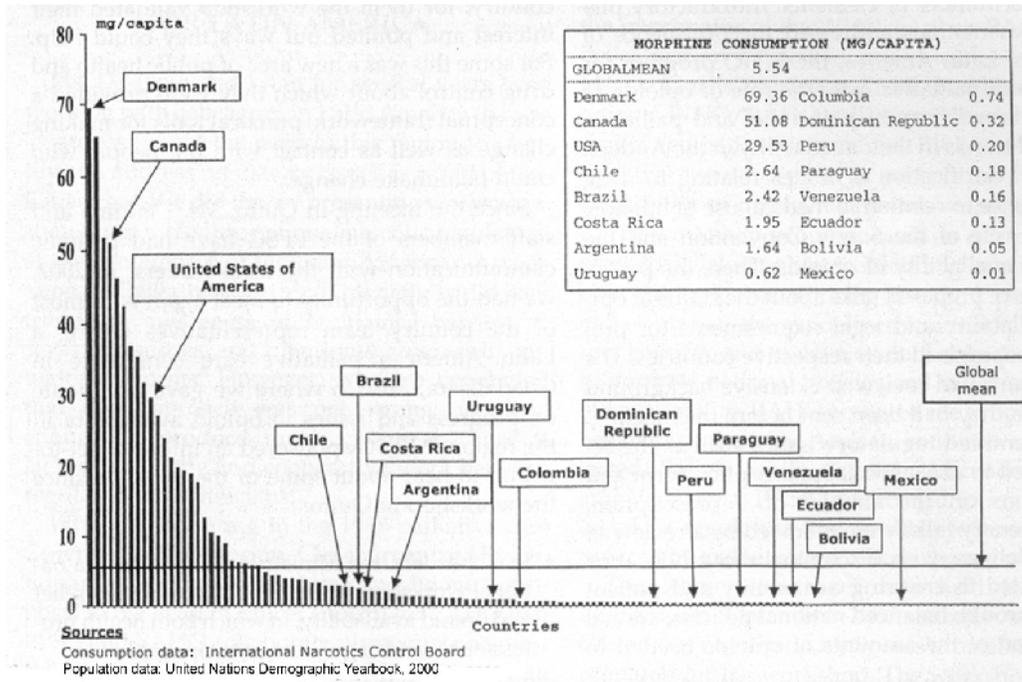
Respecto del crecimiento del consumo de morfina en el mundo se hace fundamentalmente en 10 países que están entre los más desarrollados (Dinamarca, Nueva Zelandia, Reino Unido, Islandia, Canadá, Australia, Irlanda, Noruega, Suecia y USA), correspondiendo al 75 % del consumo mundial. El 25% restante se consume por otros 133 países, entre los que se encuentran todos los países en vías de desarrollo. El consumo promedio mundial corresponde 5,54 mg/ per capita. En América Latina, Chile ocupa el primer lugar en cuanto al consumo de morfina con un consumo promedio de 2,64 mg/ per capita distante en 2,90 puntos del consumo promedio mundial.

Chile ha aumentado gradualmente el consumo de morfina, en 1994 se consumían 10.439 gramos y tres años más tarde en 1997 se consumieron 19.277 gramos, cuyo aumento coincide con la implementación del Programa de Alivio del Dolor cáncer y Cuidados Paliativos del MINSAL en el año 1995.

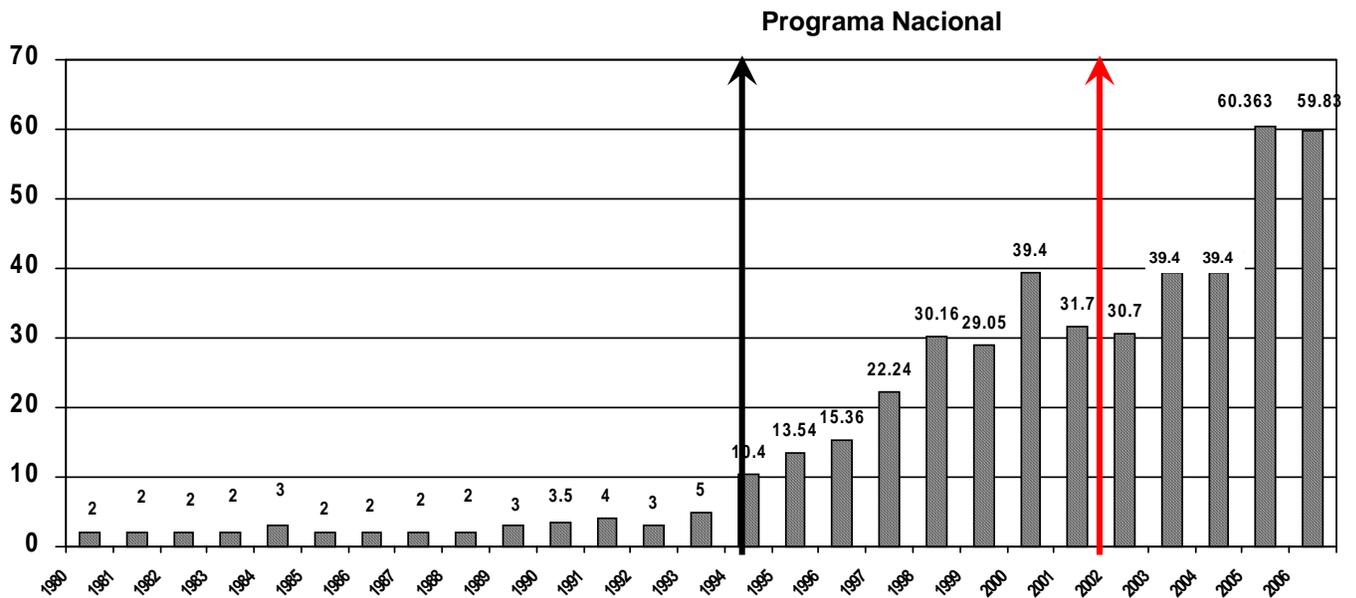
---

<sup>4</sup> Estimación 28 S. Salud y a registro poblacional Antofagasta y Valdivia.

En el año 2003, el consumo fue de 39.440 gramos de morfina.



Indicador centinela  
Consumo terapéutico de Morfina en Chile  
Chile 1980 - 2006



Ministerio de salud – Unidad de Cáncer – Consolidados Unidades PAD y CP

Organismos internacionales y locales regulan el consumo de morfina. La Convención Única Internacional de Narcóticos de 1961, limitó el uso de estas drogas definidas como estupefacientes sólo para fines médicos. Además, por primera vez se preocupó de regular la producción, fabricación, importación, exportación y distribución de estas drogas incluidos los opioides.

Esta Convención estableció además el marco dentro del cual deben adoptarse medidas tendientes a evitar la fabricación - producción ilícita, como también la desviación de los estupefacientes del mercado lícito al ilícito.

Los países signatarios tienen la obligación de controlar todos los aspectos del uso de los opioides y otros estupefacientes dentro de sus territorios y el tráfico internacional de los mismos.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), con sede en Viena, tiene actualmente a su cargo toda la regulación respecto a opioides en el mundo, y a ellas deben remitirse los distintos países para solicitar permisos de producción, fabricación, importación, y otros, cada año.

En 1989 la JIFE y la OMS prepararon un documento señalando los obstáculos para la disponibilidad de morfina y codeína por los pacientes de Cáncer entre los que se encuentran:

- Interpretaciones erróneas de las disposiciones de los organismos reguladores por las autoridades de los distintos gobiernos.
- Malas prácticas por parte de médicos, enfermeras y químicos farmacéuticos.
- Limitaciones económicas para la adquisición de los opioides.
- Reticencias de la industria farmacéutica para introducir y comercializar este tipo de fármaco.
- Interferencia de las medidas anti-tráfico ilícito que algunas veces interfiere en la disponibilidad para los enfermos.

## REGLAMENTACION VIGENTE

### DISPOSICIONES JURIDICO-SANITARIAS EN VIGENCIA EN EL PAIS

- Código Sanitario 8ª edición (D.F.L. 725/67 Diario Oficial 31.01.68. Diario Oficial [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl), Normas Depto. Asesoría Jurídica, Minsal):

Artículo 106: Establece que la fabricación, importación, internación, distribución, transferencia, posesión o tenencia y consumo de productos estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias que produzcan efectos análogos, se someterán a las disposiciones de un reglamento especial. También determinan que se regirán por las mismas disposiciones, el tránsito en la República hacia países extranjeros de estas sustancias, respetando las obligaciones contraídas por el Estado en sus convenios y tratados internacionales.

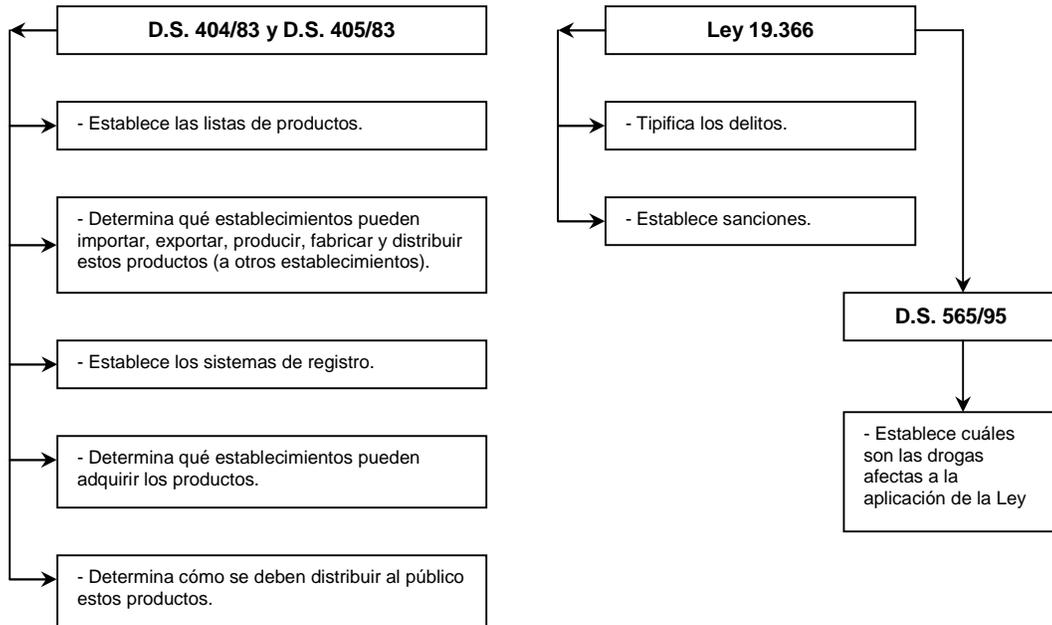
Reglamento de Estupefacientes, aprobado por decreto supremo N°404 de 2 de noviembre de 1983 del Ministerio de Salud.

Reglamento de Productos Psicotrópicos, aprobado por decreto supremo N°405 de 2 de noviembre de 1983 del Ministerio de Salud.

Ambos reglamentos regulan la importación, exportación, tránsito, extracción, producción, fabricación, fraccionamiento, preparación, distribución, transporte, transferencia a cualquier título, expendio, posesión, tenencia y uso de drogas, preparados y demás productos estupefacientes y psicotrópicos respectivamente. Contiene las listas de sustancias estupefacientes y psicotrópicas respectivamente, que se

someten a control y establece las modalidades de formularios para la prescripción por los profesionales facultados.

Resolución exenta N°42 de 1985 del Ministerio de Salud y sus modificaciones: establece el formato de la receta cheque y receta retenida para la prescripción de estupefacientes y productos psicotrópicos. (ver anexo "Red de distribución de Opioides")



## REGULACION INTERNACIONAL EN EL USO DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS

Existe un control internacional, desde la producción hasta el uso, de estupefacientes y psicotrópicos con el fin de prevenir su uso ilícito. Las Naciones Unidas cumpliendo su papel, convoca a los países para la revisión de la situación de consumo y la adopción de una serie de convenios y tratados de fiscalización que pueden resumirse en:

- Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 que fiscaliza 116 estupefacientes.
- Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 que fiscaliza 105 sustancias psicotrópicas la mayoría de las cuales forman parte de productos farmacéuticos que actúan sobre el S.N.C.
- Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, extiende el control internacional a 22 productos químicos que se usan en la fabricación ilícita de estupefacientes y productos psicotrópicos.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), es un órgano fiscalizador independiente de los países y de las Naciones Unidas, encargado de vigilar la aplicación de los tratados internacionales de las Naciones Unidas sobre la materia.

Las acciones internacionales tienen por objeto resguardar el uso ilícito de estupefacientes y psicotrópicos tratando que las barreras legales para su acceso no entorpezcan la satisfacción de las demandas terapéuticas, estableciendo normas que permiten prevenir un uso indebido, abusivo o ilícito de las sustancias destinadas a un fin terapéutico.

El temor en cuanto al uso indebido de drogas y estupefacientes, no tiene fundamento puesto que un porcentaje mínimo de los fármacos que se usan ilícitamente proviene de los sistemas de salud. La morfina por vía oral no es una droga especialmente apreciada por los adictos a opioides y en nuestro país, éstos no se encuentran entre las drogas más usadas en el tráfico ilegal.

"No podemos prolongar la vida de las personas con enfermedad avanzada,  
pero, si podemos agregarles vida a sus últimos días."

R. Twycross.

Para la OMS, 1990, los Cuidados Paliativos,

"son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así, como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia.

El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.

La Medicina Paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino, que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia".

Cuando en el curso natural de la enfermedad neoplásica existen las evidencias de avance progresivo, de no respuesta al tratamiento convencional, de aparición de numerosos signos y síntomas molestos, progresivos y desagradables, de un pronóstico vital breve, de sufrimiento por parte del paciente y los suyos; y la proximidad latente de la muerte; debemos cambiar el tipo de asistencia orientado inicialmente hacia la prevención y curación, por una asistencia orientada hacia el cuidado del paciente; a través del soporte al enfermo y su familia, al alivio y control efectivo de síntomas físicos, psicológicos, al apoyo emocional y espiritual. Es la continuidad del cuidado a la unidad paciente- familia cualquiera sea el entorno y muy en especial en el cuidado domiciliario.

Habitualmente a partir de este momento, los pacientes son denominados "terminales", aún cuando su tiempo de sobrevivida pueda extenderse a veces, a algunos meses y en los menos tal vez 1 ó 2 años.

Los cuidados paliativos consisten en la asistencia total y activa a los pacientes y a su entorno por un equipo multiprofesional, cuando no hay esperanza de curación y en que el objetivo esencial del tratamiento, ya no consiste en prolongar la vida.

El objetivo de los cuidados paliativos consiste en asegurar la máxima calidad de vida posible tanto para el paciente como para la familia. (Twycross)

Los cuidados paliativos entonces, son el conjunto continuado y activo de atenciones coordinadas, armónicas y complementarias acordadas entre el paciente, equipo multiprofesional y la familia para asegurar la máxima calidad de vida posible para el paciente y desde su perspectiva a la familia de la que es miembro. Sus logros van más allá del bienestar físico, se busca que el paciente pueda "rearmar su presente" haciendo adecuado uso del tiempo, controlar el dolor y otros síntomas, que le facilite disfrutar de las oportunidades presentes, solucionar tal vez problemas pasados, establecer metas a corto plazo y diseñar planes hacia el futuro de su familia.

Para la instauración de los cuidados paliativos es indispensable:

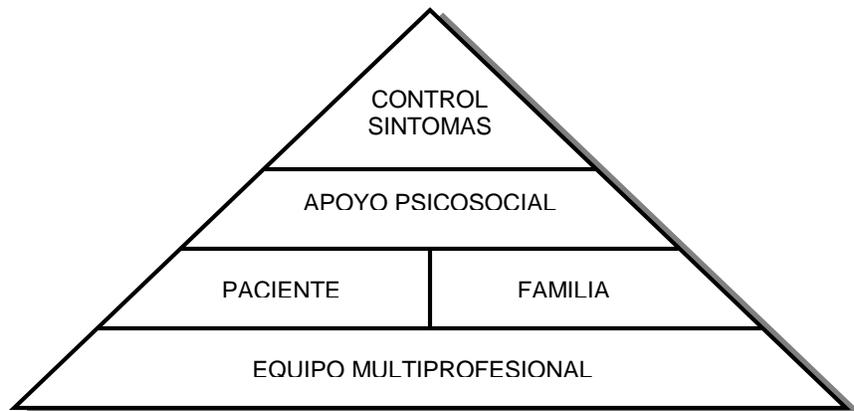
- Reconocimiento (objetivables) de la ausencia de curabilidad de la enfermedad neoplásica.
- Decisión compartida paciente - equipo - familia (según las circunstancias del paciente puede ser familia - equipo).

#### CARACTERISTICAS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- Alivio síntomas según la prioridad manifiesta por el paciente.
- Prevención de síntomas potenciales.
- Educación para el autocuidado personal, familiar y domiciliario.
- Consolidación de la red de apoyo psicosocial.
- Compromiso en la continuidad de la asistencia, asesoría y supervisión del equipo interdisciplinario durante todo el proceso, no adelantando la muerte y no prolongando la agonía.

El alivio de los síntomas, el apoyo psicosocial y el trabajo en equipo se han considerado tradicionalmente como los tres componentes esenciales de los cuidados paliativos. (Twycross).

No buscamos el alivio de uno o más síntomas aislados, buscamos cuidar a la persona, armonizando el sentido de bienestar holístico y el control, sino completo, al menos parcial de sus molestias actuales.



Esquema propuesto por el Programa Nacional de Alivio del dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos 1998, Chile

## ALIVIO DE SINTOMAS

La gran mayoría de los pacientes con cáncer avanzado, va a encontrar alivio de su sintomatología con medidas farmacológicas y medidas no farmacológicas (cuidados de enfermería y apoyo psicológico), de bajo costo y de fácil implementación. Con menos frecuencia se utilizan otras técnicas paliativas tales como la radioterapia, la cirugía, la quimioterapia y los procedimientos anestésicos y otros. (éstos, se describen en el capítulo Protocolo Control de Síntomas).

Todos los tratamientos y cuidados se ponderarán según el beneficio, riesgo y costo (no sólo financiero, sino que emocional, familiar, laboral y social) para el paciente.

El cáncer avanzado afecta por lo general muchos órganos del cuerpo y altera el equilibrio bioquímico y psicológico del paciente; por ello el cuidado del paciente debe atender a los múltiples síntomas que puede presentar en las últimas semanas y meses de vida.

El tratamiento adecuado a la sintomatología debe realizarse a través de una conducta de seguridad (intervención terapéutica), la que consiste en la toma de decisiones continuas e inmediatas y con visión preventiva por parte de todos los que asisten a la persona y su familia, ante cada nuevo problema que el paciente presenta, la que no sólo garantice la calidad de vida, sino también una muerte digna.

La moderna concepción de la asistencia a la persona con enfermedad avanzada, incluye la intervención del paciente mismo y de sus familiares, incluso en las decisiones de orden médico, y la contribución de un equipo lo más numeroso posible, para que entre todos se repartan la tarea de cuidar. (De Conno).

“La tarea se basa en un equipo multiprofesional: médicos de distintas especialidades, enfermero, psicólogo, ministro de fe, terapeuta físico, nutricionista. No todos los pacientes necesitan a todos los profesionales, de aquellos menos frecuentes es necesario tener algunas horas disponibles, recién entonces podemos decir que disponemos de un equipo.” R. Twycross.

### PRINCIPIOS EN EL ALIVIO DE OTROS SINTOMAS

- La prioridad del tratamiento estará dada por la jerarquía que el paciente manifieste, o que dada su incapacidad para comunicarla, manifieste la familia.
- La información detallada del tratamiento como de los resultados por parte del equipo al paciente y familia es tan importante como el tratamiento y los cuidados mismos.
- La meta de los cuidados, tratamiento del dolor y otros síntomas, es la calidad de vida para el paciente en singular y el soporte familiar en general; por tanto, toda la atención tendrá esta meta como indicador.
- La individualización del paciente, las características familiares, el curso de la enfermedad neoplásica y las condiciones del entorno del paciente, son indispensables para el alivio del dolor y otros síntomas.
- Se buscará siempre la causa del síntoma molesto, procurando la manifestación consciente del paciente, para integrarlo activamente en la resolución de ellos.
- Se preferirá siempre que la condición del paciente lo permita: la vía oral.
- Se promoverá el estado consciente del paciente, tanto sobre el curso de su enfermedad, de su situación presente, de la perspectiva futura y de las características de su entorno.
- Se favorecerá su independencia y autonomía, junto a la integración familiar y social en sus cuidados.

## EPIDEMIOLOGÍA<sup>5</sup>

Frecuencia de síntomas en las personas con cáncer avanzado.

Algunos estudios presentan incidencia y otros prevalencia. Según Dra. Katheryn Foley<sup>6</sup>, en las 3/4 parte de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor y éste puede estar provocado por el cáncer (78%), por los tratamientos de cáncer (19%) y por causas ajenas al cáncer y su tratamiento (3%).

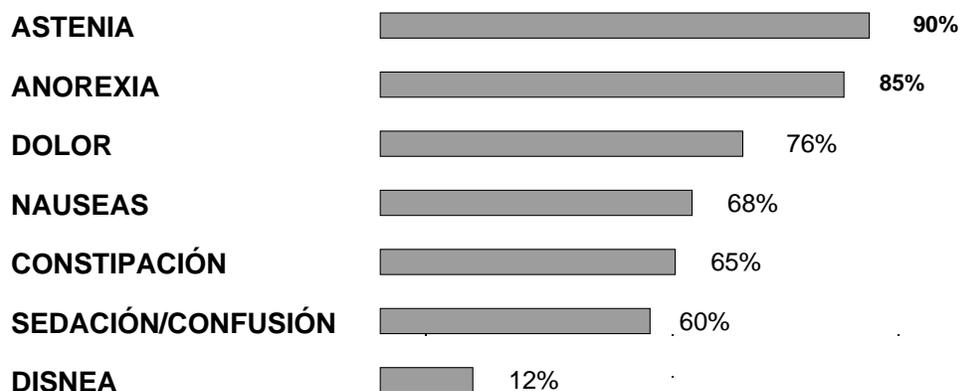
Según el Dr. Robert Twycross<sup>7</sup>, el 81% de los pacientes investigados tenían dos o más dolores distintos y la presencia de otros síntomas variaba entre 3 a 18 síntomas concomitantes. Otros autores como Redondo B, Chacón M, Garu J. Rev Cubana Oncol 14(2);1998:83-6, plantean:

Incidencia de síntomas

SINTOMAS	Nº	%
DOLOR	309	76.67
INSOMNIO	245	61.04
ESTREÑIMIENTO	195	48.38
DEBILIDAD	177	43.92
ANOREXIA	163	40.44
DISNEA	151	37.46
BOCA SECA	88	21.83
POCO APOYO / FAMILIAR	68	16.87
TOS	65	16.12
NAUSEAS Y VOMITOS	63	15.63
ANSIEDAD	61	15.13
DEPRESION	48	11.91

Según Dr. E. Bruera, en Research in symptoms other than Pain, Oxford textbook of Palliative Medicine, Ed Doyle Hanks 1995, la distribución según:

Prevalencia de síntomas en 275 Pacientes con cáncer avanzado



Coyle<sup>8</sup> y colaboradores informan que la:

<sup>5</sup> Swerdlow M, Stjernsward J. Cancer pain relief:an urgent problem. World Heald Forum. 1982; 3:325-330

<sup>6</sup> Foley KM. The treatment of cancer pain. N. England J.Medicine. 1985;313:84-95

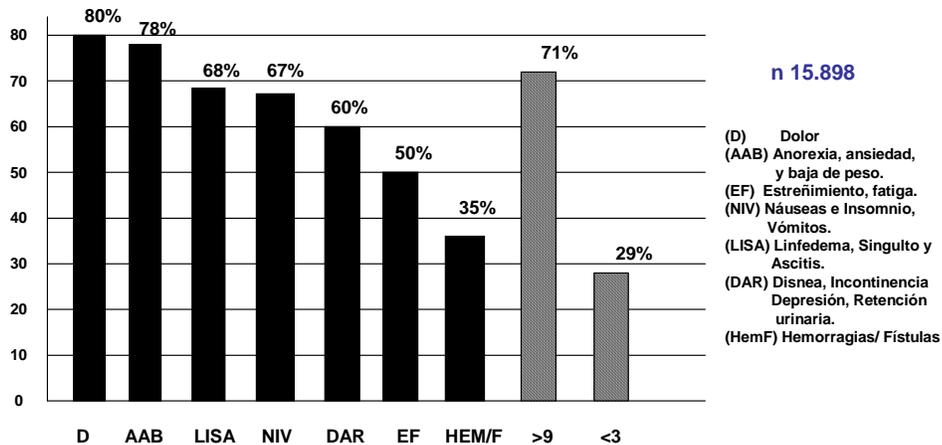
<sup>7</sup> Twycross R. Care of the patient with advanced cancer. Oxford: Sobell House Study Center, 1990.

<sup>8</sup> World Health Organization. Cancer pain relief and palliative Care. WHO Tech Rep Ser 1990: 15-17.

Prevalencia de Síntomas en pacientes con cáncer, cuatro semanas antes de la muerte:	
Fatiga	52%
Dolor	49%
Debilidad general	39%
Somnolencia	22%
Confusión	22%
Ansiedad	19%
Debilidad de miembros inferiores	16%
Disnea	15%
Náusea	11%
Hipoacusia	8%
Depresión	7%
Anorexia	7%
Insomnio	6%
Debilidad de miembros superiores	6%
Tos	5%
Inquietud irritabilidad	5%
Edema de miembros	4%
Constipación	4%
Disfagia	3%
Congestión pulmonar	1%
Mareo	1%
Incontinencia	3%

Según Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, Chile 2005.

Prevalencia de Síntomas  
Pacientes atendidos en P. Cuidados Paliativos  
y Dolor por cáncer anamzado. CHILE 2005



Informe Base de datos consolidado por Servicios de Salud, Programa Nacional A. Dolor por Cáncer y C. Paliativos CHILE 2005

En consecuencia los cuidados paliativos para el logro de su Meta, "calidad de vida para el paciente y en consecuencia para la familia" precisa promover el reajuste del paciente y su familia a una nueva realidad para lograr el mejor afrontamiento posible a la situación de la enfermedad avanzada.

Los medios a través de los cuales se hace efectivo este reajuste pasan por:

Evaluar, aliviar, controlar y monitorear:

- El Control del dolor y otros síntomas
- La “Buena” comunicación
- El Apoyo psicosocial
- El Trabajo en equipo

**CALIDAD DE VIDA**

**COMUNICACION EFECTIVA**

**EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**

**ATENCION DOMICILIARIA**

**APOYO PSICOSOCIAL-ESPIRITUAL**

**PRESERVACION DE LA AUTONOMIA**

**CONTROL DE SINTOMAS PSICOLOGICOS**

**CONTROL DE SINTOMAS FISICOS**

**ALIVIO DEL DOLOR**

**FAMILIA - PACIENTE**

La suma de cada uno de los peldaños, contribuirá a la calidad de vida de la persona enferma

## CALIDAD DE VIDA<sup>9, 10</sup>

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida), no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud. Los cambios demográficos y epidemiológicos no están paralelamente asociados a mejor calidad de vida de las personas.

El tema de la calidad de vida o de la "buena vida" o "bienestar", está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles). En el campo de la salud es relativamente reciente, la década de los 90.

El Grupo de trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud (Levi 2001)<sup>11</sup>, estima para el año 2020 que el estrés será la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones, con su consecuente riesgo suicida. ¿Será entonces que los avances de la tecnología y la medicina hoy disponibles provean la solución a la situación precedente? Al respecto, "las significativas transformaciones políticas y económicas, y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida, de modo de promover con equidad mejoras en las condiciones de salud de nuestras poblaciones". Encuentro Continental de Educación Médica (1994), Declaración de Uruguay.

Puede ser que el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos, haya relegado el contexto holístico del cuidado de la salud para privilegiar la búsqueda constante del mejor método diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades junto a la prolongación de la vida y en consecuencia, el deterioro de la comunicación equipo de salud-pacientes. Puede ser, que en esta perspectiva, se haya restado a la relación de ayuda la calidad relacional que desde siempre fue el soporte social para las personas y familias en atención y base de gratificación y reconocimiento para los equipos de salud.

Desde el punto de vista clínico, es entonces posible intentar probar la relación entre el proceso de adaptación a la enfermedad estudiando los mecanismos de afrontamiento (coping), así como los patrones en relación, a los cuales la persona se compara y los valores y expectativas en relación a sus logros personales, modificados o no por el proceso de adaptación. La calidad de vida resultante dependería de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitiera que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual no fuese tan desproporcionada. En este mismo sentido, actuaría el soporte social percibido, mientras que la acumulación de sucesos vitales que producen estrés, además de la propia enfermedad, incidirían negativamente (pobreza, desempleo, duelos, etc.).

La incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), como una medida necesaria, ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones (Guyatt, 1993)<sup>12</sup> que incorpora la percepción del paciente, como indicador de resultado en la toma de decisiones en salud. Se funda en que en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está influido por el estado de ánimo, mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos, será el que más influya en los pacientes cuando evalúen su calidad de vida.

La búsqueda de la calidad de vida<sup>13</sup>, si bien adquiere una gran trascendencia en el paciente con cáncer incurable, debe ser objetivo permanente a lo largo de todo el proceso de SALUD-ENFERMEDAD, en las personas sanas o enfermas, no sólo por los pacientes sino también por su familia y por el equipo de salud

<sup>9</sup> Schwartzmann, Laura: Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales, Ciencia y Enfermería IX (2):9-21, 2003

<sup>10</sup> Valverde Jurado, E; Avila Figueroa, C: Evaluación de la Calidad de Vida, artículo de revisión. Salud Pública Mexicana, 2002; 44:349-361

<sup>11</sup> LEVI, L. (2001). Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action. En: Coping with stress and depression related problems in Europe. Final Report European Union Presidency, Brussels, 25-27/10/2001: 17-20.

<sup>12</sup> GUYATT, G.H.; Feeny, D.H.; Patrick, D. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. Annals of Internal Medicine, vol. 118 (8): 622-629.

<sup>13</sup> Norma General Técnica N° 31, Norma de Enfermería Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos. Ministerio de Salud de Chile, 1999

que los atiende. Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena (Leplège y Hunt, 1998).

En 1930 se realizó la primera evaluación de bienestar material (King), y en los años 50 apareció por primera vez el término calidad de vida (Ordway, 1953). Los estudios posteriores comenzaron a mostrar la escasa o nula relación entre indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas. A partir de entonces, las líneas de investigación en el campo social divergen, desde las que continúan centrándose en indicadores objetivos a las que se concentran en indicadores subjetivos.

Los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas las siguientes categorías de necesidades (Angermeyer y Killian, 2000):

- I. Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, eliminación, reposo, sueño, protección de las fuerzas de la naturaleza, otros).
- II. Necesidad de relación emocional con otras personas.
- III. Necesidad de aceptación social/laboral
- IV. Necesidad de realización y de sentido.

Todos a lo largo de la vida buscamos nuestra propia calidad de vida.

Dalkey y Rourke 1976, expresan que Calidad de Vida es "un sentido de bienestar de la persona, su satisfacción o insatisfacción con la vida o su felicidad o infelicidad".

Lewis, 1982, expresa que es el grado en el cual una persona tiene autoestima, un propósito en la vida y una ansiedad mínima.

Flanagan 1983, señala que la salud es el aspecto más importante de la Calidad de Vida en todas las edades.

Según Ferrans y Power, 1985, Calidad de Vida es un término que se utiliza luego de 1945 para enfatizar que la "buena vida" requería algo más que la presencia de bienes materiales, la definen como "el sentido de bienestar de una persona que se origina de la satisfacción o insatisfacción en las áreas de la vida importante para las personas".

Levien 1987, señala que Calidad de Vida, va más allá de las actividades de la vida diaria, y que se debe considerar "los aspectos sociales y psicológicos y su agudeza mental, su estado emocional, su sentido de bienestar y su relación con otros".

Labordale y Power 1988, expresan que la Calidad de Vida debe medirse en la persona o en grupos de personas, considerando la satisfacción de la vida en el pasado, presente y futuro.

Grant en 1990, la ha definido como "el nivel de bienestar de un individuo y el nivel de satisfacción con la vida".

La OMS define calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (1994). El Grupo WHOQOL establece además, una serie de puntos en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores.

## Puntos de consenso (Grupo WHOQOL, 1995)

Las medidas de CVRS deben ser:

- I. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
- II. Multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
- III. Incluir sentimientos positivos y negativos.
- IV. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Un excelente artículo brasileño (Minayo, Hartz, Buss, 2000) señala la relatividad del concepto de Calidad de Vida, que si bien en última instancia remite al plano individual (es cómo la persona siente y se ve a sí misma, independientemente de que esta evaluación sea o no compartida por los demás) tiene, al menos, 3 marcos de referencia:

1. Histórico: Cada sociedad tiene parámetros diferentes de calidad de vida en distintos momentos históricos.
2. Cultural: Los distintos pueblos tienen parámetros diferentes en virtud de sus tradiciones referencia, temporales y de experiencia, todos difíciles de armonizar.

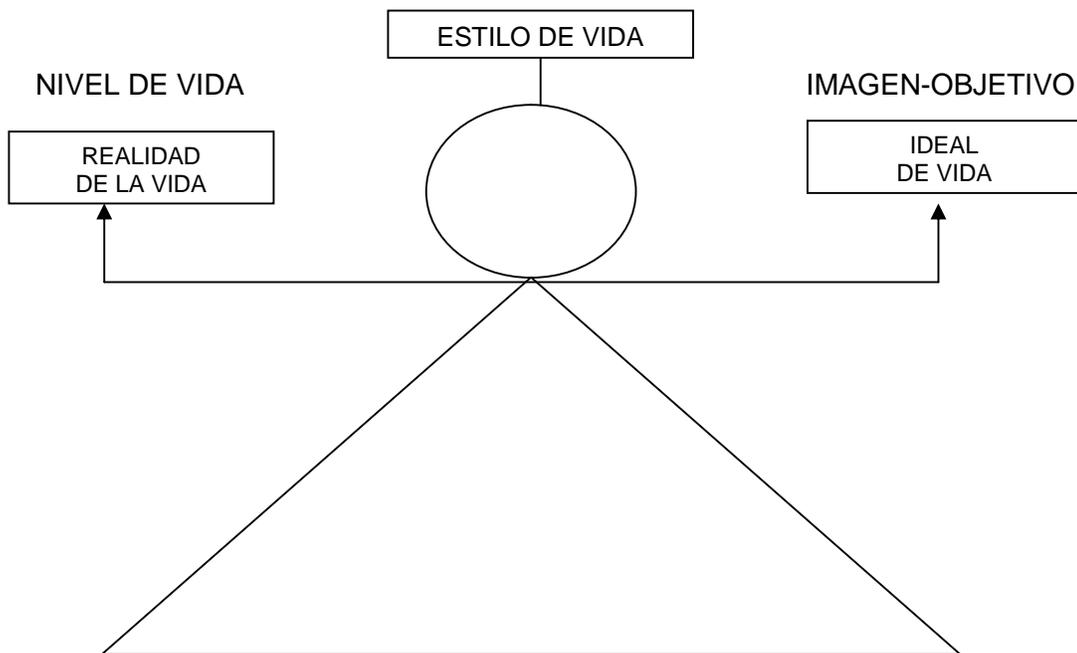
El estudio transcultural de la OMS, durante el desarrollo del instrumento de evaluación de Calidad de Vida (WHOQOL-100), mostró el distinto valor cultural atribuido a mantener un nivel de independencia física (WHOQOL Group 1995, Szabo, 1997).

Podemos señalar que Calidad de Vida es:

- Un concepto abstracto y subjetivo, difícil de definir, medir y expresar.
- Es intransferible, cada hombre la siente, la vive, la anhela y la califica a su manera.
- Es dinámica y cambiante, los demás no la pueden evaluar, ni opinar, pero sí modificarla.
- Puede ser mejor o peor; pero siempre distinta para cada hombre.
- Tiene diferencias históricas, geográficas, culturales, por edad, por sexo, por religión, por raza; sólo reconoce las barreras individuales las que cada hombre reconoce como sus limitantes. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.
- No es lo mismo Calidad de Vida de la población de un país que tiene algunos indicadores establecidos, que le permiten compararse con otros países, que la calidad de vida de una persona.

- La Calidad de Vida de una familia puede parecerse, pero nunca será igual entre los miembros de ese grupo.
- Tampoco para una persona, es igual la Calidad de Vida cuando se encuentra sana, cuando está enferma o cuando ya ha sido tratada. Tampoco es igual en las diferentes etapas del ciclo de la vida.
- Para objeto del Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del paciente con cáncer, Calidad de Vida es la brecha, distancia, diferencias, en suma el delta entre la realidad de sus vidas (actual) y el ideal de ella (en la situación actual).

La felicidad es la actividad dichosa del hombre, requiere no sólo del total bienestar, sino una vida completa. Ética, Aristóteles.



Existen múltiples pautas, una de ellas es la denominada matriz de calidad de vida de Yancik y Yates(1998).  
 LEUNG, K.F. (2002). A Systemic model for Health-Related Quality of Life. Newsletter for ISOQOL Members. Vol. 7, 3: 2-3.  
 Ross, 1994; Hytko, J.; Kright, S., 1999; O'Connell, K.; Lofty, M.; Fleck, M.; Mengech, A.; Eisemann, M.; Elbi, H.; Schwartzmann, L., 1999;  
 Brady, M.J.; Peterman, A.H.; Fitchett, G.; Mo, M.; Cella, D., 1999; Shosharah, F.; Maly, R., 1999 .

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA		
AREAS DE EVALUACIÓN		
FISIOLÓGICA	EDAD, PREVISIÓN DE SALUD	INDICADOR DE PROCESO
FISIOLÓGICA	EVA INTENSIDAD DEL DOLOR/ALIVIO	INDICADOR DE RESULTADO
FISIOLÓGICA	EVA INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS/ALIVIO	INDICADOR DE RESULTADO
EMOCIONAL – AFECTIVO- FISIOLÓGICA	OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN	INDICADOR DE RESULTADO
EMOCIONAL - AFECTIVO	CALIDAD DE LA ATENCIÓN: De acuerdo a protocolo, personal capacitado	INDICADOR DE PROCESO
EMOCIONAL - AFECTIVO	DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTO EN LA RED ASISTENCIAL	INDICADOR DE PROCESO
EMOCIONAL – AFECTIVO- SOCIAL	SATISFACCIÓN PERSONAL	INDICADOR DE RESULTADO
EMOCIONAL – AFECTIVO- SOCIAL	SATISFACCIÓN FAMILIAR	INDICADOR DE RESULTADO

## CAPITULO II

## ALIVIO DEL DOLOR POR CANCER

Los pequeños dolores son locuaces; los grandes callan estupefactos.

Séneca

EPIDEMIOLOGÍA<sup>14,15,16,17</sup>

El dolor en los enfermos de cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, afectando frecuentemente la calidad de vida de estos pacientes. Su prevalencia e intensidad varía según el sitio de origen del tumor, el estadio de la enfermedad, la prescripción incorrecta de analgésicos y algunas variables sociodemográficas. La epidemiología del dolor por cáncer es esencial para establecer prioridades al definir políticas de atención del dolor y de cuidados paliativos.

El conocimiento de la prevalencia y del tratamiento integral del dolor por cáncer permitirá optimizar la atención de estos pacientes, mejorar la disponibilidad de opioides, implementar la educación en cuidados paliativos y adecuar las políticas de asignación de recursos

A partir de la elaboración de las normas de la OMS en 1986<sup>18</sup>, y a través de la recomendación de la Escalera Analgésica, se ha racionalizado el uso de los fármacos mejorando su efectividad. Varios estudios extranjeros realizados entre los años 86 y 90<sup>19</sup> en grandes poblaciones de pacientes, han validado este método y permiten afirmar que su utilización es capaz de aliviar el dolor por cáncer entre el 75 y el 90 % de los pacientes.

Aunque no siempre se puede eliminar por completo el dolor del cáncer o los síntomas que lo acompañan, el uso apropiado de las terapias disponibles puede aliviar eficazmente el dolor en la gran mayoría de los pacientes. El tratamiento del dolor mejora la calidad de vida del paciente durante todas las etapas de la enfermedad. Los pacientes con cáncer avanzado experimentan múltiples síntomas concurrentes y dolor; por tanto, un manejo óptimo del dolor necesita de una evaluación sistémica de los síntomas y un manejo adecuado para obtener una calidad de vida óptima.

## RECOMENDACIONES:

- Asegúrese del diagnóstico "etapa avanzada de la enfermedad" por el oncólogo médico u otro especialista.
- Tenga el convencimiento que el dolor por cáncer puede y debe tratarse. Capacítese.
- Siempre, efectuar diagnóstico etiológico del dolor.
- Considere los aspectos psicosociales y espirituales del dolor como parte del tratamiento.
- Use el método más simple de administración de medicamentos y de preferencia la vía oral, siempre que sea posible.
- Siempre y según la intensidad del dolor, manifiesta por la persona; use analgésicos de potencia

<sup>14</sup> World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care: report of a expert committee. Génova: World Health Organisation, 1990.

<sup>15</sup> Schug SA, Zech D, Dorr U. Cancer pain management according to WHO analgesic guidelines. J Pain Symptom Manage 1990; 5(1):27-32.

<sup>16</sup> Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Lorentzon M, Kite S et al. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. Palliat Med 2000; 14(2):93-104

<sup>17</sup> Rojas-Solano, José R. y Salas-Herrera, Isaias. Prevalencia y factores predictivos del dolor por cáncer. *Acta méd. costarric*, dic. 2002, vol.44, no.4, p.144-148.

<sup>18</sup> World Health Organization. Cancer Pain Release 1990; 4(2- 3): 1.

<sup>19</sup> Stjernsward J. World Health Organization Pain Relief Program. Cancer Surv 1988; 7 (1): 196-208.

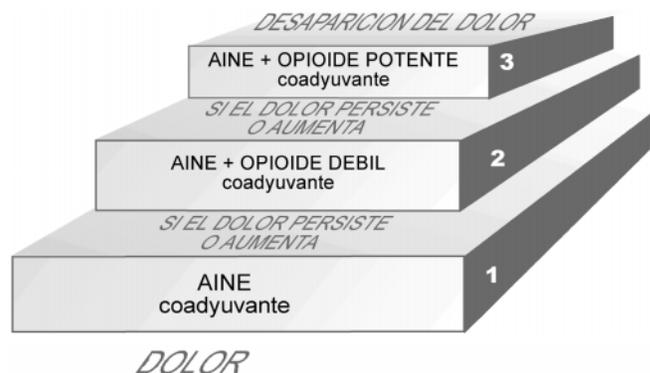
creciente (concepto de Escalera Analgésica).

- Individualice el régimen analgésico para cada paciente en particular; titular dosis.
- Respetar el concepto de administración "reloj en mano" a intervalo fijo, considerando el uso de dosis adicionales o "de rescate" para el dolor incidental o inesperado.
- Los pacientes y sus familias deben ser adecuadamente instruidos y recibir por escrito su esquema terapéutico asegurándose de una adecuada comprensión.
- Los efectos colaterales propios de los opioides (náuseas, vómitos y constipación entre otros), deben ser tratados en forma preventiva, monitorizados y controlados permanentemente.
- Evalúe constantemente los síntomas y cuantificarlos en cada control.
- Cuando el control del dolor no se logre aún con las medidas puestas en práctica, presente la situación del paciente al comité de Cuidados Paliativos.
- Tenga presente la potencial depresión respiratoria producto de la morfina. Tenga presente que cuando la morfina se usa en forma crónica y en dosis necesarias para analgesia este peligro es menor.
- No mezcle opioides agonistas puros con agonistas - antagonistas en un mismo momento.

## ESCALERA ANALGESICA DE LA OMS<sup>20</sup>

Desde 1982, la Organización Mundial de la Salud identificó el dolor por cáncer como un problema de salud pública mundial, lanzando una campaña para promover la "escalera analgésica" como un método sencillo y económico para el alivio del dolor por cáncer <sup>21,22</sup>. Es un método simple y eficiente para el control del dolor por cáncer, recomendado por el comité de expertos de la OMS y publicado en 1986. Estas recomendaciones han sido revisadas y perfeccionadas en sucesivas oportunidades siendo la más reciente, la de 1998.

Esta aproximación se basa en una escalera de tres peldaños que utiliza AINEs (analgésicos anti-inflamatorios no esferoidales), analgésicos de potencia creciente, basándose en la intensidad del dolor expresada por cada enfermo.



## APLICACION DE LA ESCALERA ANALGESICA

<sup>20</sup> Jadad AR, Browman GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management: stepping up the quality of its evaluation. JAMA, 1995; 274(23): 1870 – 1873.

<sup>21</sup> World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care: report of a expert committee. Génova: World Health Organisation, 1986 y 1990.

<sup>22</sup> Schug SA, Zech D, Dorr U. Cancer pain management according to WHO analgesic guidelines. J Pain Symptom Manage 1990; 5(1):27-32

- El peldaño o etapa en que se utilizará, está determinada por la intensidad del dolor evaluada por la persona enferma a través del EVA (leve, moderado o severo).
- Tipificación del dolor: cada tipo de dolor tiene una estrategia farmacológica distinta.
- El paso de una etapa a otra lo define el nivel de control del dolor evidenciado por la persona enferma.
- El manejo farmacológico es un aspecto fundamental para el control del dolor pero no el único.

## ETIOPATOGENIA DEL DOLOR POR CÁNCER<sup>23,24,25,26,27,28,29,30</sup>

El dolor en pacientes con cáncer ocurre en un tercio de quienes están en tratamiento activo<sup>31</sup>, y en dos terceras partes de los pacientes con enfermedad avanzada. Los adelantos en el tratamiento del dolor por cáncer, se han desarrollado gracias a estrategias terapéuticas que consideran el fenómeno del dolor desde su origen multicausal.

Como punto de partida para comprender la naturaleza compleja del dolor por cáncer, resulta aclaratoria la definición propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, Seattle, Washington).

..."El dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende a aplicar ese término a través de sus experiencias traumáticas juveniles. Indudablemente, se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo pero también es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional"...

Esta definición amplía aquella creencia que el dolor es simplemente un impulso nervioso desagradable, y la reemplaza por el concepto de experiencia dolorosa, personal, íntima y privada.

Loeser (1980), define varios niveles en la experiencia del dolor. En primer lugar se debe producir la nocicepción, que al ser percibida por la persona en forma consciente se denomina propiamente dolor. Una vez percibido el dolor, se genera una respuesta afectiva que integra las experiencias previas. El matriz afectivo varía de acuerdo a las circunstancias actuales y anteriores, y la significación del dolor para la persona. Cuando el matriz afectivo es de carácter negativo se denomina sufrimiento. Finalmente la experiencia sensorial o emocional no placentera, produce una respuesta global del individuo que se describe como conducta dolorosa, y que representa en realidad el único índice clínico observable de dolor.

<sup>23</sup> Sanz J., Gómez M., Nuñez J.M. Cuidados paliativos: recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993

<sup>24</sup> Bruera E, Brenneis C, Macmillan K et al. The use of the subcutaneous route for the administration of narcotics. *Cancer* 1988; 62: 407-411.

<sup>25</sup> Payne R. Pathophysiology of cancer pain. En: Foley K, Bonica J, Ventafrida V, ed. *Advances in pain research and therapy*. New York: Raven Press, 1990; vol. 16: 13-26.

<sup>26</sup> Walsh TC. Adjuvant analgesic therapy in cancer pain. En: Foley K, Bonica J, Ventafrida, ed. *Advances in pain research and therapy*. New York: Raven Press, 1990; vol. 16: 155-169.

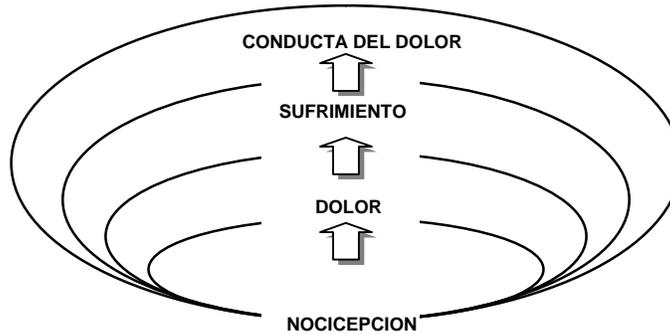
<sup>27</sup> Bruera E. Symptom control in patients with cancer. *J Psychol Oncol* 1990; 8: 2/3; 47-73.

<sup>28</sup> Coyle N, Adelhart J, Foley K et al. Character of terminal illness in the advanced cancer patient. Pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J of Pain and Symptom Management* 1990; 5: 2 83-89.

<sup>29</sup> Billings JA. Why dying people and their families seek home care. En: Billings JA, ed. *Outpatient management of advanced cancer*. J.B. Lippincott Company, 1985: 285-292.

<sup>30</sup> World Health Organization. Cancer pain relief and palliative Care. WHO Tech Rep Ser 1990: 15-17.

<sup>9</sup> Foley K. The treatment of cancer pain. *N Engl J Med* 1984; 313: 84-95.



Niveles en la experiencia de dolor según el modelo Loeser<sup>32</sup> 1980.

Los factores<sup>33,34,35,36,37,38,39,40,41</sup> psicosociales tienen mayor relevancia en el último nivel (conducta dolorosa), en orden ascendente de integración. Varios estudios han comprobado que, los factores psicológicos influyen decisivamente en la percepción del dolor y la conducta dolorosa, a través de tres dimensiones:

- La dimensión sensorio discriminativa
- La dimensión motivacional afectiva
- La dimensión cognitiva evaluativa

Las complejas interacciones entre estas tres dimensiones, regulan la experiencia del dolor y sus manifestaciones conductuales.

En la medida que estas dimensiones determinen la conducta dolorosa, afectan también el plan terapéutico.

## TIPOS DE DOLOR<sup>26</sup>

En la actualidad se reconocen tres tipos clínicos de dolor (existen varias clasificaciones, la presente es la más usada):

- Dolor agudo
- Dolor crónico
- Dolor por Cáncer

Los tres tienen como característica un grado variable de nocicepción, pero la conducta dolorosa varía en forma importante en los tres casos:

<sup>32</sup> Loeser JD. Perspectives of pain en Proceedings of first world conference on clinical pharmacology and therapeutics. Londres, 1980.

<sup>33</sup> Loeser JD. A definition of pain. University of Washington Medicine, 7, 3-4

Loeser JD y Black, R.G. A taxonomy of pain. En Pain, 1975; 1:81-84.

Loeser, J. (1980). Low back pain. New York: Edit. Pain.

<sup>34</sup> Melzack, R. and Wall, P. (1965). Pain mechanisms. A new theory. Science, 150. 971-979.

<sup>35</sup> Saunders, C. M. (1978). The management of terminal disease. Edward Arnold. Londres.

<sup>36</sup> Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, et al.: Understanding the experience of pain in terminally ill patients. Lancet 357(9265): 1311-1315, 2001

<sup>37</sup> Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piajetski S, Schmale AM y Henrichs M. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA, 1983, 249 (6), 751-757.

<sup>38</sup> Llorca G, Manzano JM, Sanchez JL y Díez MA. Dolor, angustia y sufrimiento, en Seva Díaz A (Ed.) Psicología médica. INO Reproducciones, 1994.

<sup>39</sup> Elton NH, Hanna MMH y Treasure J. Coping with Chronic Pain Some Patients Suffer More. Br J Psychiatry, 1994, 165, 802-807.

<sup>40</sup> OMS. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. CIE 10, Meditor, Madrid, 1992.

<sup>41</sup> Barra T. Aspectos psicosociales del dolor. En Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico I. ELA, Madrid, 1994, 165, 802-807.

En el dolor agudo, la característica preponderante es el estímulo sensorial (nocicepción). El cuerpo responde en forma automática con reflejos somáticos (contractura muscular) y reflejos neurovegetativos (taquicardia, sudoración, otros). La conducta motora induce inmovilidad dependiendo de la intensidad del dolor, y el componente afectivo es la ansiedad.

En el dolor crónico, la característica patognomónica no es sólo el tiempo de duración, sino la presencia de alteraciones en la calidad de vida, psicológicas, afectiva, familiar, socio-laboral, económicas (impotencia, desesperanza) que condicionan y perpetúan la conducta dolorosa.

El dolor por cáncer se podría definir como "un dolor agudo de larga duración", puesto que existe una preponderante presencia de dolor de origen orgánico, pero a diferencia del agudo se caracteriza por el proceso de duelo, ante la inminencia de la muerte. Reúne las características del dolor crónico y del dolor agudo.

Desde el punto de vista clínico<sup>42,43</sup> y relacionado con el sitio (órgano) de activación del impulso doloroso, existen tres clases de dolor que presentan cuadros diferentes y claramente distinguibles:

- Dolor somático.
- Dolor visceral.
- Dolor neuropático.

El dolor somático se genera en la activación de los receptores para el dolor (nociceptores) localizados en estructuras somáticas (piel, huesos, articulaciones, músculos y tendones), los cuales producen sensaciones de dolor muy bien definidas y localizadas que se describen como dolor "sordo" hasta "punzante", "continuo" debido a la capacidad discriminatória de estos receptores.

Producido por lesión de piel, pleura, peritoneo, músculo, periostio o hueso. Localizado en el lugar lesionado. Control adecuado habitualmente con AINE y opioides.

El dolor visceral se presenta como producto de la compresión, isquemia, contractura y dilatación sanguínea o de estructuras viscerales (intestinos, peritoneo, hígado, etc.), las cuales se inervan principalmente con receptores viscerales y conectados al sistema neurovegetativo, que traducen un dolor de vaga localización, asociado a respuestas autonómicas (náuseas, vómitos, sudoración). Descrito como dolor constante, presión, mal localizado e irradiado, retorcimiento y cólico. Control habitualmente adecuado con opioides (peor control en cólico).

El dolor neuropático, producido por lesiones del sistema nervioso central y/o periférico, presentes o pasados, no se genera en receptores del dolor, pero las zonas afectadas (truncos nerviosos, plexos, sistema nervioso central y periférico), generan impulsos nerviosos espontáneos o evocados que, siguiendo un curso anormal van a producir la sensación dolorosa descrita como "lancinante" o sensaciones anormales desagradables disestésicas (por ejemplo frío, ardor), que pueden acompañarse de episodios de "descarga de corriente" en áreas del cuerpo que tienen alterada la sensibilidad. Es descrito como urente y continuo o lancinante.

Control habitualmente difícil. La mayoría responde parcialmente a opioides.

Suele precisar diversos tipos de tratamiento. Si luego de monitorizar el tratamiento durante un período determinado (7 días máximo) no se consigue aliviar el dolor (teniendo como indicador un valor de EVA en 7 ó bien desciende sólo a 6) se debe intentar rotación de opioides.

<sup>42</sup> Sterlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. Pain 1995; 61:277-284

<sup>43</sup> Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. Cancer 1982; 50:1913-1918.

Además de las características clínicas del dolor por cáncer, Bonica<sup>44</sup> ha considerado una clasificación que correlaciona la etiología directa con las características temporales.

Grupo 1: Dolor agudo relacionado con cáncer

- Causado directamente por el tumor.
- Causado por la terapia antineoplásica.
- Causado por efectos de la enfermedad crónica.

Grupo 2: Dolor crónico relacionado con cáncer

- Síndromes de dolor crónico causado por cáncer.
- Síndromes de dolor causados por la terapia antineoplásica.
- Síndromes crónicos paraneoplásicos.

Grupo 3: Dolor no relacionado con cáncer

- Dolor agudo causado por enfermedad o trauma.
- Dolor crónico no relacionado con cáncer.

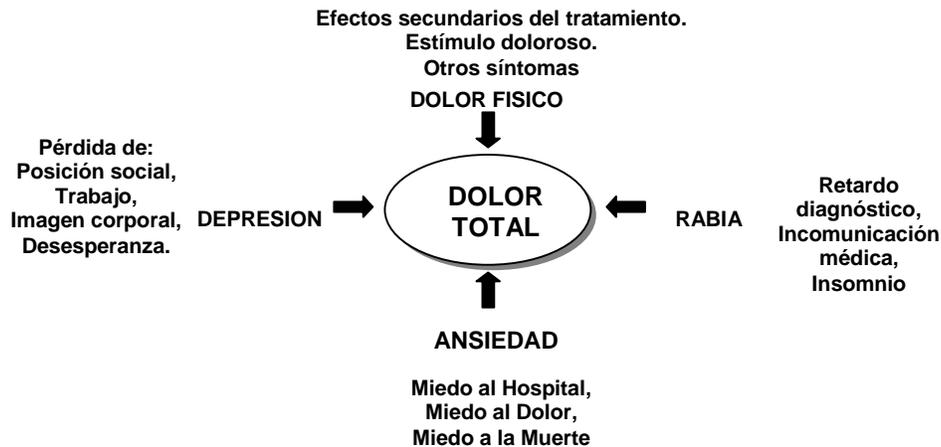
Grupo 4: Dolor en pacientes con cáncer terminal

- Dolor crónico resultante de la progresión del cáncer.
- Dolor agudo causado por condiciones patológicas relacionadas con el cáncer.

No toda queja dolorosa en un paciente con cáncer es de origen maligno, presentándose fenómenos dolorosos de tratamiento sencillo, que por considerarse como parte del síndrome maligno no se corrigen, persistiendo el dolor y sus consecuencias en la calidad de la vida del paciente.

El dolor de origen maligno, se acompaña de muchos otros elementos agravantes no orgánicos, que configuran una conducta compleja del paciente hacia este síntoma dentro de la enfermedad.

La connotación social nefasta del dolor por cáncer, exagera los temores del paciente ante la sospecha de su proceso de muerte. Los componentes de la complejidad de la conducta dolorosa en el paciente terminal, se comprenden en el concepto de "dolor total".



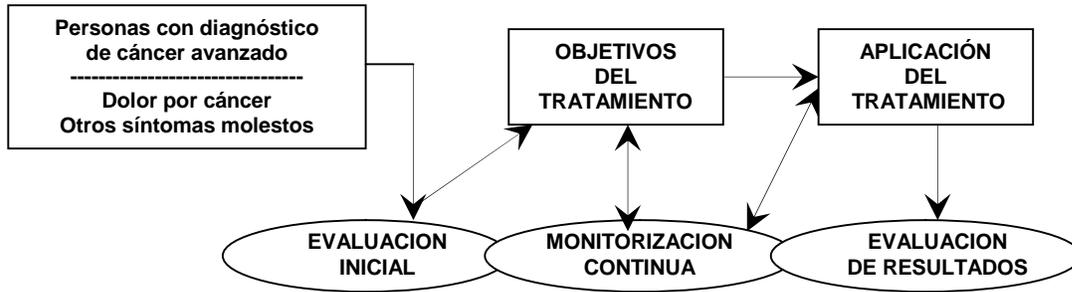
Concepto de "dolor total" (Saunders y simplificado de Twycross, 1990).

<sup>44</sup> Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain, en Bonica JJ, Management of Pain, 2° Ed. Philadelphia: Lea&Febiger 1990:18-27

## EVALUACION DEL DOLOR

El dolor es esencialmente una experiencia subjetiva..."para conocer acerca del dolor de una persona hay que pedirle a ella que lo describa"... Melzack y Wall<sup>45</sup>; y... "hay que observar su conducta"... Fordyce.

ESQUEMA DEL PROCESO DE INTERACCION TERAPEUTICA ¿CÓMO EVALUAR?



La evaluación inicial deberá incluir especialmente:

- Historia personal detallada.
- Examen físico.
- Características del dolor: localización, irradiación, frecuencia, duración e intervalos, calidad, severidad, factores que lo agravan, factores de alivio.
- Registro en la ficha clínica del paciente.

### Preguntas claves respecto del dolor

- ¿Dónde siente el dolor?
- ¿Cómo lo siente: agudo, monótono, palpitante, constante?
- ¿Cuán intenso siente el dolor?
- ¿Cuánto tiempo dura?
- ¿Qué alivia el dolor y qué lo empeora?
- ¿Qué medicamentos está tomando para el dolor y cuánto lo mejoran?

### Otras preguntas de importancia respecto del dolor:

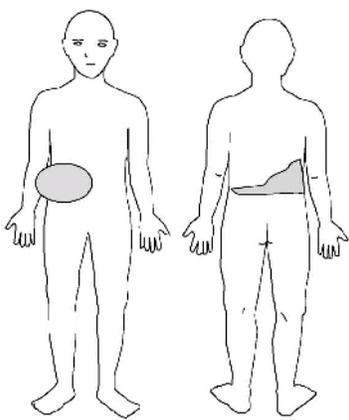
- Consecuencias del dolor en la actividad, reposo, sueño, humor, relaciones interpersonales.
- Tratamiento analgésico previo.
- Examen físico.
- Evaluación psicosocial (del paciente y su familia).
- Evaluación de los síndromes dolorosos comunes por cáncer.

También es importante considerar durante la evaluación inicial, como durante los controles:

- Aspectos del comportamiento verbal referidos a las características espacio - temporales de intensidad y cualidades del dolor.
- Aspectos del comportamiento verbal y no verbal considerados socialmente significativos o indicativos de dolor (conductas de dolor)

<sup>45</sup> Melzack, R. and Wall, P. (1965). Pain mechanisms. A new theory. Science, 150. 971-979

- Indicadores de incapacidad o invalidez y de la interferencia en el nivel de actividad habitual y del estilo de vida.

Fecha dd/mm/aa	N° biopsia que comprueba el cáncer	Ps	Peso(k)	Pulso	Pr Art	Respiración	Derivado desde
EVA ingreso	Características del dolor	Marque en el esquema corporal el sitio de localización del dolor con una X			Achure en el esquema corporal el sitio de irradiación del dolor		
Esquema corporal 		Frecuencia en 24 horas			1 vez	2 a 4	5 y más
		Duración en horas			Pocos minutos	1 hora	< 1 hora
		El dolor impide la actividad diaria			Nada	Regular	Mucho
		El dolor impide el reposo			Nada	Regular	Mucho
		El dolor impide el sueño			Nada	Regular	Mucho
		El dolor cambia su humor			Nada	Regular	Mucho
		El dolor altera su relación familiar			Nada	Regular	Mucho
		El dolor altera su relación con los demás			Nada	Regular	Mucho
		Factores que aumentan su dolor					
		¿Ha recibido tratamiento para el dolor? ¿Cuál? ¿En qué dosis?					
Tipo de síntomas y EVA		náuseas <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> somnolencia <input type="checkbox"/> insomnio <input type="checkbox"/> sequedad de mucosas <input type="checkbox"/> fatiga <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> anorexia <input type="checkbox"/> depresión respiratoria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
¿Cuál es su mayor preocupación?							
¿Cómo cree usted que podemos ayudarle?							
¿Cuál es su mayor molestia?							
¿Cómo siente la atención recibida?							

Esta evaluación permite:  
La Evaluación del dolor.

- La formulación del diagnóstico, y el planteamiento de los objetivos del tratamiento.
- La selección de la intervención terapéutica apropiada a cada paciente en particular.
- La evaluación de la eficacia y eficiencia de la intervención utilizada.

Debe aplicar la escala EVA (o según edad) para evaluar la intensidad de otros síntomas.

Esta evaluación debe repetirse en cada control (evolución) para:

- La monitorización continua y la evaluación de la eficacia y eficiencia de la intervención utilizada.

Todos, el paciente con su familiar o cuidador, desde su inicio y en cada control deben recibir educación para el auto-cuidado. El paciente y sus familiares serán informados sobre la mantención de un registro personal diario del control de sus molestias (auto-monitoreo) y de la posibilidad de comunicarse telefónicamente a la unidad. Dependiendo de la información telefónica o del reporte diario de los familiares, se citará para control médico en 7 a 10 días.

## PROCEDIMIENTOS y ESCALAS DE EVALUACION

### ESCALA PERFORMANCE STATUS (PS)

La escala para la evaluación de los niños debe revisarse en Protocolo de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos Infantil.

Se denomina así, al "estado general" de un paciente oncológico: es un elemento clínico que permite tomar decisiones en cuanto a las intervenciones terapéuticas según el estado general percibido por el equipo tratante y la expresión del propio enfermo. Tiene carácter pronóstico en todas las etapas de la enfermedad oncológica. Existen a lo menos tres escalas que a través de la objetivación del nivel de sintomatología y del grado de deambulación o postración determinan niveles o grados de compromiso de este estado general.

- 1.- INDICE DE KARNOFSKY Escala que va desde un nivel 100 % (paciente asintomático) a un nivel de 10 % (paciente moribundo).
- 2.- ESCALA DE ZUBROD Escala de la ECOG. Va de un nivel 0 (paciente con actividad normal), a un nivel 4 (paciente postrado permanentemente o moribundo).

En la mayoría de los protocolos de tratamiento oncológico, se excluyen la terapéutica quirúrgica, radiante o de quimioterapia, a aquellos pacientes con índice 3 - 4 de la escala Performance status, ECOG, y a aquellos bajo 40% del índice Karnofsky; dado el no beneficio logrado, en la calidad de sobrevivida al implementar este tratamiento.

### ESCALA DE PERFORMANCE STATUS DE LA ECOG.<sup>46</sup>

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| ETAPA 0 (I.K. 100 - 90 %) | : Actividad normal   |
| ETAPA 1 (I.K. 80 - 70 %)  | : Síntomas de enfermedad, pero ambulatorio y capaz de desarrollar actividades del diario vivir.                    |
| ETAPA 2 (I.K. 60 - 50 %)  | : Ambulatorio más del 50 % del tiempo. Solo ocasionalmente necesita asistencia.                                    |
| ETAPA 3 (I.K. 40 - 30 %)  | : En cama más del 50 % del tiempo. Necesita cuidados de enfermería.  |
| ETAPA 4 (I.K. 20 - 10 %)  | : Postrado. Debe permanecer en cama o sentado permanentemente. Incapacidad total. Necesita cuidados de enfermería. |

- Para efectos del Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, será imprescindible consignar al ingreso y en cada control o contacto.

<sup>46</sup> IV Jornada Nacional Programa Alivio del Dolor por cáncer y Cuidados Paliativos, MINSAL 2000

## ESCALA DE LANSKY

### PERFORMANCE ESTATUS, O ESTADO GENERAL DEL NIÑO AL INGRESO Y EN CADA CONTROL

Representa el grado de autonomía del niño frente a sus actividades cotidianas. También dependiendo de su edad, representa el nivel o grado de vigilia y su conexión con el medio, los estímulos y en particular con las personas queridas.

LS	Descripción
100	Plenamente activo.
90	Limitación mínima en actividades físicas extenuantes.
80	Activo, pero se cansa más rápidamente en juegos extenuantes.
70	Juega menos o dedica menos tiempo a juegos activos.
60	Encamado hasta el 50% del día, muy pocos juegos activos con asistencia y supervisión.
50	Precisa considerablemente asistencia para cualquier juego activo; es capaz de participar en juegos reposados.
40	Pasa la mayor parte del día en la cama; capaz de iniciar actividades reposadas.
30	Frecuentemente dormido; precisa notable ayuda para realizar actividades reposadas.
20	No juega; no se levanta de la cama; participación pasiva (mirar T.V. etc.)
10	No responde a estímulos.
0	Exitus.

## PROCEDIMIENTOS Y ESCALAS DE EVALUACION

Para obtener información respecto de la intensidad del dolor y otros síntomas, existen variados instrumentos, como autoinformes, entrevistas, estimaciones cuantitativas y cualitativas, además de cuestionarios escritos. Lo ideal es contar con protocolos de observación y de entrevistas que permitan recolectar la información de manera sistematizada y, si es posible, codificada para su procesamiento posterior.

Para registrar la descripción del dolor informada por la persona enferma, se cuenta con varios instrumentos, entre ellos:

- Escalas cuantitativas para medir la intensidad del dolor: escalas verbales, numéricas y la escala visual análoga.
- La escala de medición de la intensidad del dolor<sup>47</sup> expresada por la persona enferma, se seleccionará de acuerdo a su edad cronológica o bien de acuerdo a su capacidad de comunicación.

<sup>47</sup> Caraceni, A;Cherny,N;Fainsinger,R;Kaasa,S;Poulain,P;Radbruch,L;de Conno,F and the Steering Committee of the EAPC Research Network. Pain Measurement Tools and Methods in Clinical Research in Palliative Care: Recomendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. J. Pain Symptom Manage 2002;23:239 – 255. [Guía de Practica clínica.](#)

Escalas de Evaluación del Dolor y otros síntomas según edad.

EDAD	TIPO DE ESCALA	NOMBRE
0 – 3 años	Comportamiento	FLACC
3 – 5 años	Auto evaluación	FLACC
5 – 13 años	Auto evaluación	Escala Facial
> 13 años	Auto evaluación	Escala Visual Análoga, EVA

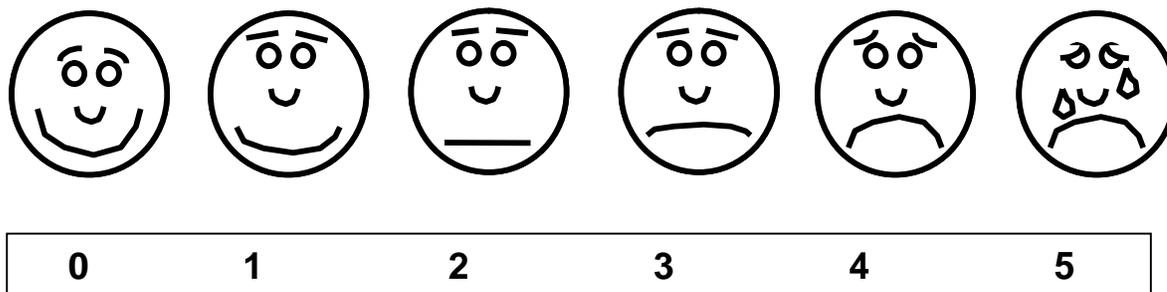
A. ESCALA FLACC<sup>48</sup>

CATEGORIA	0	1	2
E (F) Expresión facial	Normal	Muecas	Afligida
LEGS (L) Piernas	Relajadas	Móviles	Flexión
ACTIVITY (A) Actividad	Normal	Movimiento permanente	Quieto
CRY (C) Llanto	Sin llanto	Gemidos	Llanto
CONSOLABILITY (C) Consolabilidad	No requiere	Distraíble	No consolable

PUNTUACION	CONCEPTO
0	Muy Feliz, sin dolor/molestias
1 - 2	Duele/molesta sólo un poco
3 - 4	Duele/molesta un poco más
5 - 6	Duele/molesta aún más
7 - 8	Duele/molesta bastante
9 - 10	Duele/molesta tanto como puedas imaginar

<sup>48</sup> Saint Jude Hospital, 2000

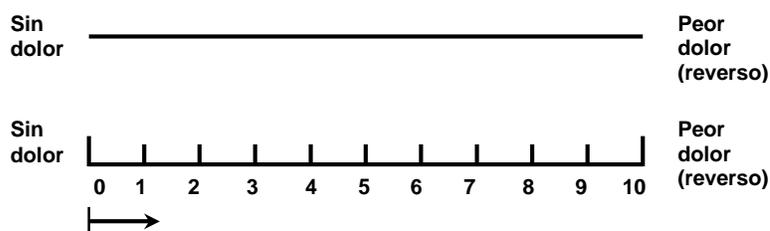
B. ESCALA FACIAL DEL DOLOR<sup>49</sup>



Valoración escala Facial	Homologación escala EVA PUNTAJE	CONCEPTO
0	0	Muy Feliz, sin dolor/sin molestias
1	1 - 2	Duele/molesta sólo un poco
2	3 - 4	Duele/molesta un poco más
3	5 - 6	Duele/molesta aún más
4	7 - 8	Duele/molesta bastante
5	9 - 10	Duele/molesta tanto como puedas imaginar

C. ESCALA VISUAL ANALOGA (EVA)<sup>50</sup>  
O METODO ANALOGO VISUAL DE SCOTT - HUSKINSSON

Es una línea horizontal, generalmente de 10 cms. de largo. Sus extremos están delimitados por una marca que expresa "sin dolor" y en el otro extremo "peor dolor que haya sentido".



Este método requiere que el paciente marque un punto en la línea, indicando la cantidad de dolor que experimenta en ese momento. Esta escala tiene una mayor sensibilidad que la escala de categoría numérica.

<sup>49</sup> Wong Baker FACES pain rating scale (1999). Wong DL. IN: Stanhope M & Knollmueller RN (2000). Handbook of community and home health nursing: tools for assessment intervention and education. 3rd ed. St Louis: Mosby. Pág.297

<sup>50</sup> IV Jornada Nacional Programa Alivio del Dolor por cáncer y Cuidados Paliativos, MINSAL 2000

- Cuestionarios que recogen las estimaciones cualitativas. Estas se refieren a las descripciones que los pacientes hacen de su dolor de una forma muy característica, de tal manera que, éstas han llegado a adquirir un valor patognomónico. El cuestionario de McGill Pain, ha demostrado sensibilidad para medir los efectos de las intervenciones terapéuticas, tanto farmacológicas como de otros tipos.
- Procedimientos de autoregistros (diario del dolor): pueden ser utilizados por el paciente, como por su familia, para evidenciar los efectos del tratamiento, la intensidad del dolor, la actividad que se estaba desarrollando y otras molestias simultáneas. Deben utilizarse a diario. La información recogida es una estimación de la intensidad del dolor y otros fenómenos concurrentes.

REGISTRO DIARIO DEL DOLOR Y OTROS SINTOMAS (MOLESTIAS)

HORA DEL DIA	INTENSIDAD DEL DOLOR EVA	QUE ESTABA HACIENDO	OTRAS MOLESTIAS

EVALUACION PSICOLOGICA DEL DOLOR

El objeto de la evaluación psicológica del paciente con dolor es, obtener información acerca de las dimensiones que determinan la percepción e intensidad del dolor referido por el paciente.

En primer lugar se evaluará la experiencia dolorosa en cuanto a intensidad, frecuencia, duración, localización e historia del dolor. En segundo lugar, se considerarán los aspectos directamente relacionados con el cuadro de dolor, tales como ansiedad, conducta de dolor, aspectos cognitivos, y por último, características generales del comportamiento del paciente que pueden determinar el desarrollo o mantenimiento del dolor: depresión y estrategias de enfrentamiento ante el estrés.

1.- Ansiedad

La ansiedad ejerce un importante papel como potenciadora y facilitadora de la percepción del dolor. La tolerancia al dolor disminuye significativamente cuando el paciente se encuentra bajo un estado de ansiedad, cuya intensidad puede variar de acuerdo a factores ambientales, cognitivos y emocionales.

2.- Conductas de dolor

Se define como tal a cualquier actividad observable mediante el cual el paciente informa a las personas que están a su alrededor que se encuentra con dolor. Dentro de ellas se incluirán no sólo las quejas verbales, sino también las no verbales.

3.- Aspectos cognitivos

El paciente evalúa e interpreta su dolor de acuerdo con sus experiencias anteriores o experiencias de personas próximas a él, así como por el contexto personal y ambiental en el que se desarrolla el dolor. (creencias, expectativas, incertidumbre respecto a la enfermedad y estrategias de afrontamiento)

La persistencia del dolor por cáncer provoca atención hiperselectiva al dolor; disminuyendo la valoración de otros aspectos de su vida que podrían ser distractores en la percepción del dolor.

#### 4.- Aspectos depresivos

La concurrencia de depresión y dolor es bastante frecuente en pacientes con dolor por cáncer, ya sea porque el dolor induce a la depresión, o porque ésta, asociada a las pérdidas del paciente en su rol social y personal y ante la inminencia de la muerte, produce manifestaciones sintomáticas de sufrimiento y dolor.

Finalmente de la evaluación psicológica y su relación con la experiencia de dolor del paciente, conviene destacar que la evaluación se conciba y estructure en las siguientes etapas:

- a) Identificación de los factores psicosociales que actúan de manera nociva en el curso y pronóstico del dolor, así como de las áreas conservadas y las posibilidades de compensación.
- b) Caracterización de estos factores en su dinámica e interacciones (personales, familiares, y sociales).
- c) Integración de los resultados de la evaluación psicológica del diagnóstico general del dolor.
- d) Valoración de la eficacia de los tratamientos y establecimiento de pronósticos.

#### TRATAMIENTO DEL DOLOR POR CANCER<sup>51</sup>

La percepción del dolor es un fenómeno complejo, tanto en la causalidad como en los mecanismos fisiopatológicos involucrados. Es por eso que su evaluación y control debe ser abordados en distintos niveles y con variados métodos.

1. Modificando los aspectos del tumor maligno factible de corregir: cirugía, radioterapia, terapia hormonal y quimioterapia paliativa (esta decisión sólo debe ser tomada en del Comité de Cuidados Paliativos (Niveles Secundario y Terciario de Atención))
2. Modificando la generación de estímulos nociceptivos: antiinflamatorios y coadyuvantes.
3. Modificando la percepción del dolor en el SNC: fármacos de acción central (opioides y psico-fármacos), apoyo psicológico (técnicas hipnóticas, relajación y otros), soporte espiritual, educación y otros.
4. Interrumpiendo la transmisión del dolor: bloqueos nerviosos, neurocirugía, estimulación del SNC, y otros.
5. Modificando el estilo de vida: psicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia, educación para el autocuidado de la salud y otros.
6. Dado el acelerado envejecimiento de la población, las recomendaciones anteriores deben extremarse y adaptarse a la población mayor<sup>52</sup>. En la actualidad el 11,3% de la población es mayor de 65 años<sup>53</sup> y de continuar el crecimiento al ritmo actual para el 2025 habría cerca de 3.500.000 ancianos. La prevalencia del dolor en ancianos se estima entre un 26 a 51 %, situación mayor en aquellos que habitan en hogares de ancianos u hospitales geriátricos donde su prevalencia se estima entre un 65 y 85%. Entre las causas de dolor más frecuentes en los ancianos, los tumores malignos se ubican en el segundo lugar, antecedido sólo por las musculoesqueléticas, entre ellas la artrosis que afecta a algo más del 80% de los adultos mayores.

LA PIEDRA ANGULAR PARA EL ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER  
ES LA EVALUACIÓN CONTINUA Y EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

<sup>51</sup> Meuser T, Pietruck C, Radbruch L, et al.: Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. Pain 93(3): 247-257, 2001.

<sup>52</sup> Impacto de la edad, sexo y función cognitiva en la percepción del dolor: Pickering G. Gerontology 2002;42:112 -118

<sup>53</sup> INE, Censo 2002, Chile

## CAPITULO II.A

### PROTOCOLO ALIVIO DEL DOLOR<sup>54,55,56,57</sup>

#### DESCRIPCION DE FARMACOS BASICOS

Disponer de anti-inflamatorios no esteroideos, opioides débiles, opioides potentes y fármacos coadyuvantes, solos o en combinación, son la base para aplicar estas recomendaciones.

PELDAÑO O ETAPA		FARMACO BASE	ALTERNATIVAS	PRECAUCION
1. Dolor leve a moderado	AINE c/s coadyuvante	Paracetamol Metamizol	-Ibuprofeno -Diclofenaco sódico -Naproxeno -Nimesulide -Ketoprofeno -Ketorolaco -Acido acetil salicílico**	Rotar AINEs cada 7 – 10 días. Dosis equianalgésicas.  Utilizar antagonistas de los receptores H <sub>2</sub> 300 mg día. (20 mg/día) Inhibidores de la bomba de protones, 20 mg. También deben rotarse cada 15 días.  Monitorear permanentemente efectos adversos.
2. Dolor persistente o moderado a severo desde el inicio	AINE + "Opioide débil" (c/s coadyuvante)	Codeína* Tramadol de acción rápida + AINEs	-Tramadol de acción sostenida. - Oxycodona liberación controlada.	Al cambiar tener presente dosis equianalgésicas.
3. Dolor persistente o severo desde el inicio	AINE + "Opioide potente" (c/s coadyuvante)	Morfina de acción rápida. Metadona + AINEs	-Oxycodona de liberación controlada -Morfina de acción sostenida. -Hidromorfona -Parches de Fentanilo*** -Parche de Buprenorfina***	Al cambiar tener presente la conversión por dosis equianalgésicas

\* Codeína en dosis analgésicas.

\*\* Mal tolerada

\*\*\* Uso en situaciones específicas

<sup>54</sup> Vainio A, Auvinen A. Prevalence of symptoms among patients with advanced cancer: an international collaborative study. Symptom Prevalence Group. J Pain Symptom Manage 1996; 12(1):3-10.

<sup>55</sup> 13. Beck SL, Falkson G. Prevalence and management of cancer pain in South Africa. Pain 2001; 94:75-84.

<sup>56</sup> 14. Foley KM. Management of pain of malignant origin. En: Tyler HR, Dawson PM, eds. Current Neurology, vol. 2. Boston: Houghton Mifflin, 1979:279.

<sup>57</sup> Higginson IJ, Eran J. Amulticenter evaluation of cancer pain control by palliative care teams. J Pain Symptom Manage 1997; 14(1):29-35.

GRUPOS FARMACOLOGICOS COADYUVANTES	(USO EN CUALQUIER ETAPA)
1.- PSICOTROPICOS	benzodiazepinas clorpromazina haloperidol
2.- ANTIDEPRESIVOS	amitriptilina imipramina fluoxetina
3.- ANTICONVULSIVANTES	carbamazepina fenitoina clonazepam gabapentina
4.- CORTICOSTEROIDES	prednisona betametasona o dexametasona

- ANALGESICOS ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTERIOIDALES ( AINES ) <sup>58,59,60,61,62,63,64,65,66</sup>

Son usados inicialmente como única terapia en dolor leve y acompañan a los opioides en las etapas sucesivas. Dolor de intensidad leve o moderada con afectación ósea o músculo-tendinosa y en la compresión mecánica de pleura o peritoneo.

Potencian la acción analgésica de los opioides en el dolor moderado e intenso.

Constituyen un grupo amplio de medicamentos, químicamente heterogéneos, con diversos grados de actividad analgésica, anti-inflamatoria y antipirética. Tienen techo terapéutico, es decir, una dosis máxima diaria por encima de la cual no se consigue un mayor efecto analgésico.

Son analgésicos de acción esencialmente periférica (a nivel tisular), aunque se ha demostrado recientemente para algunos de ellos acción de tipo central (S.N.C).

Su mecanismo de acción es a través de la inhibición del proceso de formación de la enzima ciclo oxigenasa, que a su vez, inhibe la formación de prostaglandinas y leucotrienos. El acetaminofeno (paracetamol), incluido en este grupo, tiene menor acción anti-inflamatoria pero similar potencia analgésica que sus equivalentes descritos en la Escalera.

Las complicaciones potenciales del uso de los AINEs pueden resumirse en:

- Reacciones de hipersensibilidad
- Falla renal
- Disfunción hepática
- Sangramiento
- Ulceración gástrica

<sup>58</sup> Foley KM. Pain syndromes in patients with cancer. En: Bonica JJ et al, eds. Advances in pain research and therapy: International symposium on pain in advanced cancer. New York: Raven Press, 1979:59-75.

<sup>59</sup> Spiegel D, Bloom JR. Pain in metastatic breast cancer. Cancer 1983; 52:341-345.

<sup>60</sup> Peteet J, Tay V, Cohen G, MacIntyre J.. Pain characteristics and treatment in an outpatient cancer population. Cancer 1986; 57:1259-1265

<sup>61</sup> Greenwald HP, Bonica JJ, Bergner M. The prevalence of pain in four cancers. Cancer 1987; 60:2563-2569.

<sup>62</sup> Portenoy RK, Miransky J, Thaler HT, Hornung J, Bianchi C, Cibas-Kong I et al. Pain in ambulatory patients with lung or colon cancer. Cancer 1992; 70(6):1616-1624.

<sup>63</sup> Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmons on JH, Blum RH, Stewart JA et al. Pain and its treatment in out patients with metastatic cancer. N Engl J Med 1994; 330:592-596.

<sup>64</sup> Larue F, Colleau SM, Brasseur L, Cleeland CS. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. BMJ 1995; 310:1034-1037.

<sup>65</sup> Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. Cancer 1982; 50:1913-1918.

<sup>66</sup> Vainio A, Auvinen A. Prevalence of symptoms among patients with advanced cancer: an international collaborative study. Symptom Prevalence Group. J Pain Symptom Manage 1996; 12(1):3-10.

ANALGESICOS ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTERIOIDALES (AINES)

FARMACO	DOSIS ORAL Mínima y máxima	EFFECTOS	PRECAUCIONES	TENER PRESENTE
PARACETAMOL	500 – 1.000 mg. C/ 6 hrs.	Potencia analgésica: similar al ácido acetilsalicílico.	Toxicidad hepática: dosis dependiente, habitualmente con dosis de 140 mg/ kg; en personas con alteraciones hepática.  Desorientación, mareos, nefritis intersticial.	<p>Rotar AINEs cada 7 – 10 días. Dosis equianalgésicas.</p> <p>Utilizar antagonistas de los receptores H<sub>2</sub>. 300 mg día. 20 mg/día ó Inhibidores de bomba de protones: 20 mg/ día.</p> <p>También deben rotarse cada 15 días.</p> <p>Monitorear permanentemente efectos adversos.</p>
METAMIZOL	300 – 600 mg. C/ 6 hrs.	Por su actividad espasmolítica es muy útil en los dolores viscerales.	Hepatotoxicidad. Rara vez anemia hemolítica, agranulocitosis. Preguntar sobre alergia específica al principio activo.	
IBUPROFENO	Desde 400 mg. C/8 – 6 hrs a 1200 mg C/8 – 6 hrs	Alt. Gastrointestinales alt. Renales.	Preguntar sobre alergia específica al principio activo. Con precaución en personas con tratamiento anticoagulante. Precaución con uso concomitante de diuréticos. En uso crónico, compromiso de la función renal	
NAPROXENO	250 – 500 mg. C/8 hrs.	mínimas alteraciones gástricas y renales.	En uso crónico, compromiso de la función hepática	
NIMESULIDE	100 mg. C/12 hrs.	Leve alteración gastrointestinales y renales. <u>No usar en Menores de 15 años.</u>	Pudiera servir para personas con antecedentes de trastornos digestivos, úlceras. No está demostrada esta actividad protectora.	
Ácido Acetil Salicílico Mal tolerada por las personas.	500 mg. C/ 6 hrs.	Potencia la acción analgésica de los opioides en el dolor moderado e intenso.	Gastrointestinales: dispepsia, pirosis, úlcera gastroduodenal, hemorragia y perforación. Renales: insuficiencia renal, nefritis intersticial, síndrome nefrótico, necrosis papilar. Pulmonares: broncoespasmo. Hematológicos: discrasias sanguíneas. Reacciones de hipersensibilidad: shock anafiláctico, urticaria.	

Antídoto de paracetamol

N-Acetilcisteína= Infusión E.V 150 mg/kg en 250 ml de suero fisiológico isotónico en 15 minutos, luego 50 mg/kg en 500 ml en 4 horas y luego 100 mg/kg en 1000 ml en 16 horas.

## OPIOIDES

Son fármacos esenciales para el manejo del dolor por cáncer, cuando éste es moderado y severo.

Su acción es fundamentalmente de tipo central y su mecanismo es a través de la unión a receptores específicos en el S.N.C. y también en tejidos periféricos según se ha demostrado recientemente.

Los analgésicos opioides se clasifican en: agonistas puros (codeína, morfina, metadona, petidina y fentanilo), agonistas parciales (buprenorfina), y agonistas antagonistas (nalbufina), según sea su capacidad de unirse a receptores específicos y su actividad intrínseca en ellos.

No se recomienda el uso simultáneo de un opioide agonista puro con un agonista parcial o agonista antagonista a riesgo de precipitar un síndrome de privación o provocar una disminución del efecto analgésico.

La USP<sup>67</sup> reconoce dos tipos de liberación modificada:

- A) Liberación Extendida: describe una formulación que no libera el principio activo inmediatamente después de su administración y que permite una reducción en la frecuencia de dosificación.

Liberación prolongada, acción controlada y liberación sostenida, según la FDA son sinónimos de liberación extendida.

Según USP, Liberación sostenida: es la modalidad que logra una liberación rápida de una dosis o fracción del principio activo, seguida de una liberación gradual de la dosis remanente por un período prolongado.

- B) Liberación Retardada: la que requiere para el inicio de la absorción del principio activo en el transcurso de un determinado período de tiempo.

Es importante tener presente la administración simultánea de antieméticos, laxantes y el consumo de abundantes líquidos y alimentación con fibras, cada vez que se indique un opioide.

---

<sup>67</sup> United States Pharmacopeia

## Opioides débiles

(Uso en Segundo peldaño escalera analgésica DOLOR MODERADO)

FARMACO	DOSIS Mínima y máxima	EFFECTOS COLATERALES	TENER PRESENTE
CODEINA* 6%	15 - 30 – 60 mg. C/4 – 6 hrs. PO	Náuseas, vómitos, somnolencia, constipación. Estreñimiento, es el más frecuente.  Náuseas y vómitos, en dosis elevadas.  Somnolencia, se presenta con dosis altas.	Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes.  Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida.  Prevenir con metoclopramida.- domperidona.
TRAMADOL	50 – 100 mg hasta 400 mg C/ 6 hrs. PO  C/8 – 12 horas oral de liberación sostenida. PO	Potencia analgésica: Ligeramente superior a la de la codeína (100 mg equivalen a 120 mg de codeína). Estreñimiento, menos frecuente que con la codeína, prevenir con vaselina líquida. El resto de efectos secundarios son similares a los de la codeína.	Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes.  Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida.  Prevenir con metoclopramida.- domperidona..
OXICODONA CLORHIDRATO	10 – 20 – 40 mg C/ 12 hrs oral, de acción controlada.	Menos Náuseas, vómitos, somnolencia, constipación. No fraccionar.	Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes.  Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida.  Prevenir con metoclopramida.- domperidona..

\*Hasta hoy, codeína en solución en dosis analgésicas, sólo en preparados magistrales.

\* Comerciales, unidos a AINEs.

La codeína puede aumentarse hasta un máximo de 360 mg al día, dosis en que es más útil pasar a morfina para mejorar la analgesia y disminuir efectos secundarios (usar tabla de equivalencias).

## TITULACION DE LA DOSIS

Debe tenerse presente la gran variabilidad individual en los requerimientos de opioides débiles para obtener analgesia.

Siempre debe ajustarse la dosis en cada persona al inicio del tratamiento hasta lograr un adecuado control del dolor y un nivel aceptable de efectos colaterales.

Conocer las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los distintos opioides permite una administración racional a intervalo fijo buscando como objetivo el control continuo del síntoma y anticipándose a la aparición del dolor. La codeína y tramadol de acción convencional, se debe administrar cada 6 horas.

## Opioides Potentes (tercer peldaño escalera analgésica DOLOR SEVERO)

FARMACO	DOSIS	EFFECTOS COLATERALES	TENER PRESENTE
OXICODONA CLORHIDRATO	10 – 20 – 40 mg C/ 12 hrs oral, de acción controlada	<u>No fraccionar.</u>  <u>Menos</u> Náuseas, vómitos, somnolencia, estreñimiento.	Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes.  Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida. Prevenir con metoclopramida.-domperidona.
MORFINA	Oral solución* 10 – 30 mg. C/4 – 6 hrs. Parenteral 5 – 10 mg. C/4 – 6 hrs. Oral Liberación sostenida. 30 – 60 mg. C/8 – 12 hrs.	Somnolencia, sudoración, prurito  Constipación,  Náuseas, vómitos,	Para discontinuar en uso prolongado, <u>bajar dosis en forma gradual.</u>  Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes.  Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida, lactulosa.  Prevenir con metoclopramida.-domperidona.
METADONA	5 – 10 mg oral c/8-12 hrs. ó parenteral	Somnolencia, sudoración.  Constipación,  Náuseas, vómitos,	Muy recomendable en <u>dolor neuropático.</u> Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes.  Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida.  Prevenir con metoclopramida.-domperidona.
CONSIDERAR PARA SITUACIONES ESPECIALES			
FENTANILO**	1 C/ 72 horas parche transdérmico	No fraccionar. No tiene techo analgésico. Leve sensación nauseosa, prurito, vigilia prolongada. Utilizar con precaución en: ancianos, caquéticos o febriles.	Potencia analgésica, cerca de 80 veces mayor que la morfina Tener presente el grupo de enfermos con cáncer avanzado que se benefician con esta presentación: Analfabetos, lesión severa de mucosas: herpes bucal, anal, Tumores de cabeza y cuello. Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes.  Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida.  Prevenir con metoclopramida.-domperidona.
BUPRENORFINA	1 C/ 72 horas parche transdérmico (35 / 52,5/ 70 ug/h)	<u>Se puede fraccionar.</u> No tiene techo analgésico. Puede producir náuseas, vómitos, somnolencia. Utilizar con precaución en: ancianos, caquéticos o febriles.	Especialmente en personas con dolor neuropático, analfabetas, procedentes de lugares de difícil acceso (lejanía geográfica), lesión severa de mucosas: herpes bucal, dificultad para deglutir, dificultad de expresión oral. Tumores de cabeza y cuello, tumores digestivos con presencia de vómitos frecuentes. <u>Muy discretos efectos secundarios.</u> Prevenir con metoclopramida.-domperidona.

\* Hasta 2004, la solución sólo a través de preparados magistrales.

\*\* Se discontinuó en el mercado Nacional.

Antídoto de los opioides fuertes: 1 Amp Naloxona, diluido en 1 Amp Suero fisiológico, administrar Naloxona 0.04 mg, cada 2 min, hasta recuperar ritmo respiratorio en rangos normales. Debe modificar dosis de opioides al límite seguro analgésico/ sin depresión respiratoria. Debe estar presente en el stock de la UPAD y CP, es indispensable el monitoreo de signos vitales y el flujo de analgésicos.

## EFFECTOS COLATERALES

Son característicos de los opioides, al igual que su efecto analgésico también son mediados por la unión a receptores y deben tratarse, ojalá, en forma preventiva y sistemática para no fracasar el tratamiento analgésico. Algunos como las náuseas, vómitos y somnolencia pueden presentar "tolerancia"; otros como el estreñimiento no lo presentan. Este fenómeno requiere de monitoreo continuo y evaluación permanente; dado que si ocurriesen debe rotarse o bien rotar la vía de administración.

Los efectos colaterales según prevalencia son:

Efectos colaterales	Prevalencia %	Prevención y control No farmacológica	Tratamiento	TENER PRESENTE
Náuseas, vómitos	80	Alimentación e hidratación fraccionada y frecuente.	Domperidona/Metoclopramida 10 mg CMP, gotas; 40 minutos antes del desayuno, almuerzo y comida. Haloperidol 1-5 mg oral CMP, gotal, cada 12 horas.	Estos son denominados efectos "clásicos".
Estreñimiento	80	Líquidos abundantes y abundantes fibras.	Vaselina ///lactulosa 2 cucharadas soperas al antes del desayuno, 1 cucharada antes de la once.	
Somnolencia	50	Líquidos abundantes. Acompañar a la persona enferma.	Ajustar dosis opioides.	
Anorexia	45	Según "gusto ", pequeños volúmenes, presentación y ambiente grato.	Indemnidad de cavidad bucal. Ciproheptadina. Corticoides.	
Mareos, prurito	20 - 30	Líquidos abundantes. Higiene corporal y ropa de algodón. Acompañar a la persona enferma.	Clorfenamina ½ CMP al desayuno y antes de dormir. C/12 hrs.	
Depresión respiratoria.	< de 10	Monitoreo continuo.	Ajustar dosis opioides. Naloxona 0.04 mg, debe estar presente en el stock de la UPAD y CP.	

También, debe tenerse presente los efectos asociados a altas dosis de opioides y ó bien a su uso prolongado éstos de denominan efectos neurotóxicos: trastornos cognitivos, delirio, alucinaciones, mioclonias, hiperalgnesia cutánea. Deben tratarse ajustando dosis, rotando o cambiando ruta o vía de administración o bien rotando el opioide potente por otro equianalgésico.

## TOLERANCIA Y DEPENDENCIA FISICA

Son fenómenos normales de los opioides, nunca deben confundirse con "adicción", ni menos que la ignorancia o el temor impidan a una persona con dolor, acceder a los analgésicos necesarios.

**TOLERANCIA:** es un fenómeno normal de aumento de las necesidades de opioides para obtener el mismo grado de analgesia. Se desarrolla con el paso del tiempo y es variable entre un individuo y otro.

**DEPENDENCIA FISICA:** se pone en evidencia cuando el opioide es abruptamente suspendido o antagonizado con naloxona y se manifiesta con ansiedad, irritabilidad, calofríos, diaforesis, rinorrea, calambre abdominal, diarrea y otros, razón por la cual no se debe suspender bruscamente la administración de morfina.

## ADICCIÓN O DEPENDENCIA PSICOLOGICA

Es un cambio en la conducta del individuo que lo hace buscar compulsivamente acceso a los efectos centrales de los opioides (euforia). Hay trabajos que demuestran que el porcentaje de adicción en pacientes que consumen opioides por dolor es despreciable y no debe ser considerado.

Otro argumento en este sentido es que los pacientes pueden ir disminuyendo gradualmente sus dosis hasta eliminarlas, cuando eventualmente haya desaparecido la causa de su dolor, sin ningún problema posterior.

## FARMACOS COADYUVANTES<sup>68,69,70,71</sup>

Las pautas de la OMS en dolor por cáncer, control de síntomas y cuidados paliativos recomiendan al equipo interdisciplinario capacitarse en el conocimiento y administración adecuada de los medicamentos.

La lista básica de los medicamentos recomendados por la OMS en 1986 incluyó: no opioides, opioides débiles, opioides fuertes y coadyuvantes.

Los coadyuvantes se pueden dividir en los medicamentos que se utilizan para tratar los efectos secundarios de opioides (los antieméticos y los laxantes) o para tratar los síntomas asociados al dolor (ansiolíticos) y los agentes usados para amplificar o potenciar el alivio del dolor (corticoesteroide para el dolor de la compresión de terminaciones nerviosas).

Son fármacos cuyo principal efecto no es la analgesia, pero que pueden potenciar el efecto analgésico de otras drogas o tratar otros síntomas presentes en los pacientes.

- Considerar que los coadyuvantes tienen un inicio más lento y efectos más nocivos.
- Algunos coadyuvantes son multipropósito y pueden ser útiles para el dolor neuropático y nociceptivo.

<sup>68</sup> Wallenstein DJ, Portenoy RK. Nonopioid y analgesias ayudantes. En: Berger, Portenoy RK, Weissman De. *Principios y práctica del cuidado paliativo y de la oncología de apoyo*. York Nueva: Lippincott, 2002.

<sup>69</sup>Portenoy RK, analgesias de McCaffery M. Adjuvant. En: McCaffery M, Pasero C. *Dolor: Un manual clínico*. York Nueva: Mosby, 1999: 300-361

<sup>70</sup> Abraham JL. *Guía de un médico a la gerencia del dolor y del sintoma en pacientes del cáncer*. Baltimore: La Prensa De la Universidad De Johns Hopkins, 2000.

<sup>71</sup> Hewitt DJ, drogas ayudantes de Portenoy RK. para el dolor neuropathic del cáncer. En: Bruera E, Portenoy RK (eds.) *Asuntos en cuidado paliativo. Volumen 2*. NewYork: Prensa De la Universidad De Oxford, 1998

- La selección y la titulación de la dosis de coadyuvantes es difícil y dependiente de la actividad farmacocinética del coadyuvante.

En conclusión; al combinar la terapia con fármacos coadyuvantes hay que tener en consideración las interacciones que estos medicamentos pueden presentar con los opioides, siendo necesario en ciertos casos efectuar ajustes de las dosis.

Las principales interacciones con los opioides son las siguientes:

- Potenciación del efecto de de:
  - anestésicos generales
  - tranquilizantes
  - sedantes hipnóticos
  - alcohol
  - antidepresivos tricíclicos
  - anticoagulantes cumarínicos
- Disminución del efecto de los diuréticos en pacientes con enfermedad cardíaca congestiva.
- No deben usarse conjuntamente con inhibidores de la monoaminoxidasa.

#### 1.- FARMACOS ANSIOLITICOS

FARMACO	DOSIS	EFFECTOS	EFFECTOS SECUNDARIOS	TENER PRESENTE
DIAZEPAM	5 – 10 mg. C/12 - 8 hrs.	Tratar espasmos musculares que a menudo son parte del dolor intenso. Disminuyen la ansiedad.	Sueño por depresión SNC. Puede causar incontinencia o retención urinaria.	Monitorear: Hidratación y Diuresis. Ajustar dosis en personas adultas mayores.
LORAZEPAM	1 – 2 mg. C/12 - 8 hrs.			
ALPRAZOLAM	0,25 – 1 mg C/12 - 8 hrs.			
MIDAZOLAM	7,5 – 15 mg.v.o. Dosis hipnóticas 15 – 30 mg. Dosis sedante			

#### 2.- FARMACOS NEUROLEPTICOS

FARMACO	DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES
CLOPROMAZINA	10 – 15 mg. C/4 – 6 hrs.	Hipotensión retención urinaria extrapiramidales	Monitorear dosis terapéutica, para disminuir al máximo efectos secundarios. Ajustar dosis en personas adultas mayores.
HALOPERIDOL	1 – 5 mg. C/12 – 24 hrs.	Hipotensión retención urinaria extrapiramidales	

Los antidepresivos especialmente los tricíclicos: amitriptilina, imipramina y los anticonvulsivantes como la carbamazepina son especialmente útiles en cuadros dolorosos de tipo neuropático.

### 3.- FARMACOS ANTIDEPRESIVOS

Su indicación principal es el dolor neuropático. Su efecto coadyuvante en el control del dolor puede comprobarse a la semana del inicio del tratamiento, en otras ocasiones puede ser más tardío (dos a cuatro semanas de tratamiento continuado).

La amitriptilina y otros tricíclicos tienen una eficacia similar.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina probablemente son menos efectivos que los antidepresivos.

FARMACO	DOSIS	EFEECTO	EFFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES
AMITRIPTILINA	25 – 100 mg/día Aumentar en forma progresiva.	Para tratar el hormigueo o el ardor ocasionado por lesiones de nervios como resultado de la <u>propia enfermedad</u> o también de los tratamientos recibidos: la cirugía, radioterapia, o quimioterapia.	anticolinérgico sequedad bucal sedación estreñimiento retención urinaria ortostatismo visión borrosa	Monitorear efectos secundarios. Personas con problemas del corazón pueden presentar palpitaciones irregulares. Ajustar dosis en personas adultas mayores.
IMIPRAMINA	25 – 100 mg/día Aumentar en forma progresiva.		anticolinérgico sequedad bucal sedación estreñimiento retención urinaria ortostatismo visión borrosa	
FLUOXETINA	20 – 40 mg/día.		anorexia insomnio estreñimiento	

#### 4.- FARMACOS ANTICONVULSIVANTES

Su indicación principal es el dolor neuropático. Son eficaces: gabapentina, clonazepan, fenitoina, ácido valproico y carbamazepina. La dosis analgésica adecuada para cada paciente se determina de modo individual, sin sobrepasar los niveles plasmáticos máximos de cada medicamento. El efecto coadyuvante analgésico puede tardar cuatro semanas. Si un anticonvulsivante no es útil, rotar a otro anticonvulsivante.

FARMACO	DOSIS Mínima y máxima	EFEECTO	EFEITOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES
CARBAMAZEPINA	100 – 600 mg/día Aumentar en forma progresiva.	Ayudan a aliviar el hormigueo o el ardor proveniente de las lesiones de los nervios ocasionadas por el tumor, la quimioterapia o la radioterapia.  <u>Dolor neuropático</u>	Somnolencia depresión S.N.C. hiperplasia gingival toxicidad hepática	Monitorear efectos secundarios, para mantener dosis terapéutica. Ajustar dosis en personas adultas mayores.  Monitorear con 1 hemograma c/ 15 días.
FENITOINA	100 – 300 mg/día Aumentar en forma progresiva.		depresión S.N.C. depresión medula ósea toxicidad hepática	
CLONAZEPAM	1 – 15 mg/día Aumentar en forma progresiva.		depresión S.N.C. depresión medula ósea toxicidad hepática	
GABAPENTINA	300 – 2400 mg / día. Comenzar siempre con la mínima dosis. Preferir administración antes de dormir. Aumentar en forma progresiva y escalonada.		Puede causar Somnolencia, cansancio y mareos.	

## 5.- FARMACOS CORTICOSTEROIDES

Los corticosteroides tienen una gran cantidad de acciones beneficiosas en diversas situaciones del paciente oncológico, tales como: el manejo del edema cerebral y medular, linfangitis carcinomatosa, efecto anti-inflamatorio y antiemético, acciones generales como elevación del estado de ánimo y estimulación del apetito. Pueden ser de utilidad en la impactación fecal.

La analgesia es debida a su acción anti-inflamatoria, dando lugar a disminución del edema y descompresión nerviosa. La dexametasona tiene la mayor potencia anti-inflamatoria

FARMACO	DOSIS	EFEECTO	EFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES
PREDNISONA	15 – 75 mg/día. Según situación clínica	Ayudan a aliviar el dolor de huesos, el causado por los tumores de la medula espinal y del cerebro y el causado por la inflamación. Aumentan el ánimo y el Apetito en forma transitoria.	gastritis ( * ) hiperglicemia micosis oral hipertensión arterial retención de líquido a veces confusión psicosis osteoporosis insomnio	Monitorear glicemia mensual, Control de Pr arterial en cada control. Aseo bucal permanente, 10 veces al día como mínimo, puede ser útil uso de nistatina en último aseo bucal de la noche.  Protección gástrica con bloqueadores de los receptores H2 de la histamina 300 mg / 1 al día, o bien 150 mg cada 12 hrs 20 mg /día
BETAMETASONA	4 – 8 mg. C/8 hrs. Según situación clínica		gastritis ( * ) hiperglicemia micosis oral hipertensión arterial retención de líquido a veces confusión psicosis osteoporosis insomnio	
DEXAMETASONA	16 – 24 mg/día		gastritis ( * ) hiperglicemia micosis oral hipertensión arterial retención de líquido a veces confusión mental psicosis osteoporosis insomnio	

**\*EQUIVALENCIA DE OPIOIDES**

**\*EQUIVALENCIA ANALGESICA DE LOS OPIOIDES ORALES CON RESPECTO A MORFINA**

FARMACO	OPIOIDE ORAL al que se desea convertir	DOSIS ORAL	BIODISPONIBILIDAD DOSIS ORAL (hrs)	INTERVALO DOSIS ORAL (hrs)
MORFINA 10 mg/1% EV/día	MORFINA	MULTIPLICAR POR 3	3	3 – 4
	CL. TRAMADOL	MULTIPLICAR POR 30	3	8
	METADONA**	DIVIDIR POR 1	8	8 – 12
	CODEINA	MULTIPLICAR POR 30	4	4 – 6
	MORFINA LIBERACION SOSTENIDA	MULTIPLICAR POR 3	8	8 - 12

\* Adaptado de Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos, Chile 1998

FARMACO		DOSIS Subcutánea	BIODISPONIBILIDAD DOSIS ORAL (HRS)	INTERVALO DOSIS ORAL (HRS)
MORFINA 60 mg/oral rápida/día	MORFINA	DIVIDIR POR 3	3	3 – 4
	METADONA**	DIVIDIR POR 10	8	8 – 12
	MORFINA LIBERACION SOSTENIDA	MULTIPLICAR POR 3	8	8 - 12

\* Adaptado de Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos, Chile 1998

\*\* Se considera la relación (1:1) de metadona oral a metadona subcutánea.

MORFINA ORAL / DIA	40 mg	
Son equivalente a:		
METADONA ORAL / DIA	divido por 10	4 mg
CL. TRAMADOL ORAL / DIA	multiplico por 10	400 – 600 mg
CODEINA ORAL / DIA	multiplico por 10	400 mg

\* Adaptado de Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos, Chile 1998

**METADONA**

Dosis equianalgésicas más recomendada: morfina oral 10 mg es igual a metadona oral 1 mg. (relación 10:1)

Dado que la absorción oral de la metadona es aproximadamente un 80%, se considera en términos prácticos que la relación oral subcutánea es 1:1.

Tabla I.

Dosis equianalgésicas diarias				
Oxicodona oral (mg/día)	Morfina oral (mg/día)		Fentanilo transdérmico (µg/h) c/72 horas	
< 44	< 88		25	
45-74	89-148		50	
75-104	149-208		75	
105-134	209-268		100	
135-164	269-328		125	
165-194	329-388		150	
195-224	389-448		175	
225-254	449-508		200	
Levy MH. Advanced of opioid analgesia with controlled-release oxycodone. Eur J Pain 2001; 5 (sppl.A): 113-116. Monferrer MA, Nuñez JM, Cont M et al. Rotación de opioides: a propósito de dos casos de empleo simultáneo de fentanilo transdérmico y metadona. Med. Paliativa 1999-6° n° 1. 39-41				
Oxicodona oral	20-30 mg	40-50 mg	60 mg	120 mg
Morfina oral	30-60 mg	90 mg	120 mg	240 mg
Morfina parenteral	10-20 mg	30 mg	40 mg	80 mg
Buprenorfina transdérmica	35 µg/h	52,5 µg/h	70 µg/h	2 x 70 µg/h
César S et al. Manejo del dolor oncológico. Guías Clínicas 2004;4(24):1.12.				
Levy MH. Advanced of opioid analgesia with controlled-release oxycodona. Eur J Pain 2001; 5 (sppl. A): 113-116				

El médico, la enfermera, el químico farmacéutico tienen el deber de informar y educar respecto de la correcta administración de cada medicamento.

- Educar al paciente y a su familia en el sentido de combatir los temores y mitos con relación a morfínicos.
- Prevenir y controlar los efectos colaterales de los opioides.

#### VIAS PARA LA ADMINISTRACION DE OPIOIDES

##### Vía Oral

Es la primera elección en el paciente oncológico, sin embargo hay circunstancias, en que está excluida, como es el caso de tumores de cabeza y cuello, vómitos persistentes, dificultad de la deglución, compromiso de conciencia y debilidad extrema (agonía) entre otros.

La morfina debe continuar administrándose por otras vías.

##### Vía Subcutánea

Es una vía muy apreciada por su bajo dolor, facilidad de administración y bajo costo.

Para su mejor utilización, inserte una aguja tipo mariposa fina (N° 21, 23 ó 25), o un teflón fino (N° 20, 22 ó 24) en el tejido subcutáneo. (Norma de enfermería)

La absorción por esta vía es muy predecible a no ser que haya condiciones como edema o hipoperfusión tisular. Las dosis se asimilan a las endovenosas y se pueden aplicar en dosis separadas (bolus) o infusión continua.

## Vía Rectal

Los supositorios de morfina (sólo disponible en Chile como preparados artesanales), también tienen excelente absorción, equivalente a la ruta subcutánea.

La relación entre las dosis orales y las rectales, también es de 3/1. Pueden fabricarse en forma magistral a partir de morfina droga y un vehículo oleoso (responsabilidad del químico farmacéutico).

Contraindicaciones para su uso son lesiones locales que dificulten su inserción: post braquiterapia (cáncer cervicouterino), colostomias y la diarrea.

## Vía Espinal

Los opioides por vía espinal (epidural), son muy eficientes en dosis muy bajas (morfina 0,1 a 5 mg) Su acción es a nivel de la sustancia gelatinosa de Rolando en el asta posterior de la médula, actuando como inhibidores de la transmisión del estímulo doloroso hacia los centros superiores. Detalles de su aplicación se describen en el capítulo "Procedimientos Anestesiológicos".

## Vía Transdérmica<sup>72</sup>

Requiere de médico y equipo con experiencia en su administración y control.

El parche de fentanilo es un opioide liposoluble, tiene potencia analgésica, aproximadamente, 80 veces mayor que la morfina. No tiene techo analgésico. Se administra por vía transdérmica mediante parches. Luego de aplicado el parche, las concentraciones séricas de fentanilo aumentan gradualmente a lo largo de un período de 12 a 24 horas, a partir de este momento permanecen relativamente constantes durante el resto de las 72 horas de su aplicación. Con las aplicaciones siguientes (cada 72 horas), se mantienen concentraciones séricas de equilibrio.

Al retirar o interrumpir su uso, las concentraciones séricas de fentanilo disminuyen gradualmente a la mitad al cabo de 17 horas (rango 13-22 horas) debido a la absorción continuada del depósito que se formó en la piel.

Es especialmente útil en:

- Personas con dificultad o imposibilidad para usar la vía oral, daño severo de la mucosa gastrointestinal.
- Intolerancia a los efectos secundarios "no clásicos" de la morfina.
- Imposibilidad para seguir y comprender correctamente la pauta de administración de morfina distribuida a lo largo del día.
- Personas analfabetas.
- Personas en domicilio con dificultad de acceso a centro de salud.

El parche de buprenorfina requiere de médico y equipo con experiencia en su administración y control es un analgésico opioide, que actúa como agonista parcial de los receptores opioides  $\mu$  y como antagonista de los receptores  $\kappa$ . Los efectos adversos son similares a los de otros analgésicos opioides potentes. La buprenorfina parece tener una propensión menor a la dependencia que la morfina. La buprenorfina se une a proteínas plasmáticas en un 96%, se metaboliza en el hígado en N-dealquilbuprenorfina (norbuprenorfina) y en metabolitos glucuronido-conjugados. Dos tercios del fármaco se eliminan inalterados por las heces y un tercio se elimina sin cambios o de-alquilado a través del aparato urinario. Existen indicios de recirculación enterohepática y atraviesa la barrera hematoencefálica y placentaria. Si puede fraccionarse.

<sup>72</sup> Donner B. Zenz M. Strumpf M. Rober M. Long-Term. Treatment of cancer pain with transdermal fentanyl. J. Pain Symptom Manag 1998; 15:168-175

Es especialmente útil en:

- Personas con dificultad o imposibilidad para usar la vía oral, daño severo de la mucosa gastrointestinal.
- Intolerancia a los efectos secundarios “no clásicos” de la morfina.
- Imposibilidad para seguir y comprender correctamente la pauta de administración de morfina distribuida a lo largo del día.
- Personas analfabetas.
- Personas en domicilio con dificultad de acceso a centro de salud.

Inicio de tratamiento: En personas no tratadas con opioides potentes: Utilizar parches de 25 µg /h y administrar conjuntamente morfina oral de liberación rápida (5-10 mg) o subcutánea (5 mg) que podrá repetir cada 4 horas si el paciente tiene dolor.

FUNDAMENTAL ES EDUCAR A LA PERSONA ENFERMA Y TAMBIEN A SU FAMILIA  
PARA UN BUEN CONTROL DEL DOLOR<sup>73</sup>

Indispensable:

Entregar información por escrito

N° de teléfono del equipo de salud tratante para consultas

- Tome el medicamento para el dolor en un horario regular (por reloj), para prevenir el dolor persistente o crónico.
- No deje de tomar la dosis de su medicamento establecida en el horario. Una vez que el dolor ya se "siente" es más difícil controlarlo.
- Use el medicamento de acción rápida que le sugiera el médico si experimenta "dolor de acometida". También se conoce como "incidente" o como dolor "Agudo".
- No espere a que el dolor empeore; si lo hace, será más difícil controlarlo.
- Asegúrese de que sólo un médico le prescriba su tratamiento para el dolor. Si otro médico le cambia las prescripciones, los dos médicos deben ponerse de acuerdo para decidir el tratamiento.
- No tome el medicamento de otra persona.
- Puede que los medicamentos que alguna vez le hicieron efecto a usted o a un amigo o pariente no sean los más adecuados en el momento actual.
- Los medicamentos para el dolor afectan a las personas de diferentes maneras.
- Una dosis muy pequeña puede funcionar bien en tanto que otra persona puede necesitar una dosis más alta para aliviar el dolor.
- Tenga en cuenta que su plan para el control del dolor puede cambiarse en cualquier momento.

CONTROL DE EFECTOS COLATERALES: <sup>74,75,76</sup>

"El éxito del tratamiento opioide es la prevención y manejo adecuado de efectos colaterales".

NAUSEAS Y VOMITOS

Siempre se debe descartar otras causas de este síntoma.

Los neurolepticos como haloperidol (1 a 5 mg cada 8, 12 ó 24 hrs.), la metoclopramida (10 mg. cada 6 hrs.), la domperidona (10 mg c/ 6 hrs), tietilperazina (6.5. mg c/ 8, 12, 24 hrs), el ondansetron (4 - 8 mg c/ 12 -24 hrs) y la escopolamina son útiles para estos fines. Privilegiar la presentación en gotas, comprimidos y supositorios, según la condición clínica de la persona enferma.

Para estos síntomas hay desarrollo de tolerancia y generalmente van disminuyendo con el transcurso de los días.

CONSTIPACION O ESTREÑIMIENTO

Es el efecto más constante y debe manejarse desde el primer día. El desarrollo de tolerancia para este síntoma es casi nulo, por lo que siempre en la práctica se deben usar laxantes y modificaciones dietéticas, aumento de la ingesta hídrica, laxantes oleosos (vaselina líquida), estimulantes de la motilidad intestinal (extracto de sen o fenoltaleína), laxantes de contacto u otro tipo como lactulosa pueden usarse según respuesta y disponibilidad.

<sup>73</sup> NIH Publication No. 00-4746S, septiembre de 2000

<sup>74</sup> Meuser T, Pietruck C, Radbruch L, Stute P, Lehmann KA, Grond S. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow up study of symptom prevalence, severity and etiology. Pain 2001; 93:247-257.

<sup>75</sup> Grond S, Zech D, Diefenbach C, Bischoff A. Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: a prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to a pain clinic. J Pain Symptom Manage 1994; 9(6):372-382.

<sup>76</sup> Gordon C. The effect of cancer pain on quality of life in different ethnic groups: a literature review. Nurse Pract Forum 1997; 8(1): 5-13.

## SOMNOLENCIA Y SEDACION

También es un síntoma de los primeros días de uso en la mayoría de los casos, pero la tolerancia se desarrolla rápidamente. Se puede manejar disminuyendo cada dosis unitaria e incrementando la frecuencia, lo que mantiene la dosis total diaria. En algunos pacientes se podrían usar fármacos estimulantes como cafeína o dextroanfetamina o metifenidato, en los casos en que este efecto interfiera con la calidad de vida del paciente.

- Evaluación de la sedación:

Se debe sin embargo prestar el máximo de atención a la sedación, dado que también constituye el síntoma que suele preceder la depresión respiratoria clínica. Debe diferenciarse entre la sedación secundaria a los opiáceos administrados y a la que se debe al uso concomitante de sedantes o hipnóticos. Puede cuantificarse mediante una escala de cinco niveles.

PUNTOS	NIVEL
0	paciente despierto.
1	paciente somnoliento, despierta a la voz.
2	requiere estímulo táctil para despertar, vuelve a dormirse.
3	requiere estímulo doloroso, vuelve a dormir.
4	no despierta con estímulo doloroso.

## PRURITO

Los antihistamínicos son fármacos útiles para controlar también las náuseas y a conciliar el sueño. Controla la picazón: Hidroxizina, Difenhidramina, pueden ayudar a conciliar el sueño.

FARMACO	DOSIS	EFECTO	PRECAUCIONES
Hidroxizina Difenhidramina Clorfenamina maleato	4 mg c/12 hrs VO.	Sequedad de mucosas. Somnolencia. Dificultad para orinar. Retención urinaria.	Estimular consumo de líquidos abundantes, en forma fraccionada.

## DEPRESION RESPIRATORIA<sup>77</sup>

A pesar que este efecto, es infrecuente, siempre debe tenerse presente. Situaciones como sobredosis inicial o ingestión accidental puede necesitar de antagonizar esta complicación.

FARMACO	DOSIS	EFECTO	PRECAUCIONES
NALOXONA	1 ampolla de 0,4 mg, diluida en 10 cc de SF, isotónico.  0,5 cc cada minuto	Antagonista opioide	Administrar observando la respuesta en la frecuencia respiratoria. Puede necesitarse dosis repetidas según la situación clínica.  Estimular consumo de líquidos abundantes, en forma fraccionada.

<sup>77</sup> Zeppetella G, O'Doherty CA, Collins S. Prevalence and characteristics of breakthrough pain in cancer patients admitted to a hospice. J Pain Symptom Manage 2000; 20(2):87-92.

## OTROS EFECTOS

Los opioides provocan también, sudoración, prurito, confusión, sueño, alucinaciones, convulsiones, retención urinaria, mioclonias, disfunción sexual y otros.

## CAUSAS DE LA SUB UTILIZACION DE OPIOIDES EN EL DOLOR POR CANCER

Una de las razones por la cual el dolor no es aliviado adecuadamente en los enfermos con cáncer avanzado, es la deficiente evaluación del dolor, inadecuada elección del analgésico, dosis no tituladas o sencillamente omisión de la indicación.

Factores que inciden en este grave problema son:

1. Sub estimación del dolor por parte del equipo de salud. Personal sin capacitación con falta de compromiso.
2. Uso indebido de los analgésicos (A.I.N.E.)
  - mala elección
  - dosificación insuficiente
  - vías de administración erróneas
  - falta de disponibilidad
3. Uso inadecuado de opioides
  - dosificación y oportunidad
  - temores y mitos del médico (depresión respiratoria, desarrollo potencial de adicción, problemas médico legales).
  - temores del paciente y su familia (lo asocian a mayor gravedad y mal pronóstico, confirma el diagnóstico, dificultad en la obtención, riesgo de adicción, otros).
4. Subutilización de fármacos coadyuvantes:
  - antidepresivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, hipnóticos y otros.
5. Deficiente organización de la atención y cuidados, ausencia de registros, de monitoreo permanente y evaluación continua.

## ACCESO A LA FARMACOTERAPIA

El acceso oportuno a una farmacoterapia segura es un derecho de todas las personas en particular las personas con cáncer terminal y un factor importante en la atención de salud.

### a.- Disponibilidad de productos farmacéuticos

Los profesionales a cargo de la farmacia y que trabajan coordinadamente en el Programa de Alivio del Dolor por cáncer y Cuidados Paliativos, deben asegurar el cumplimiento de los objetivos siguientes:

1. La existencia de un arsenal farmacéutico capaz de satisfacer las demandas del Programa,
2. Disponibilidad de los productos.

3. La comprensión y cumplimiento de las indicaciones médicas a través de actividades de educación al paciente.

Por lo tanto, el arsenal farmacológico de cada establecimiento adscrito al Programa, deberá incorporar aquellos productos farmacéuticos para el dolor y cuidados paliativos que estén consignados en las normas terapéuticas aprobadas. Además, deberá efectuarse la estimación de las cantidades de cada producto, necesarias para tratar a los pacientes y cautelar su oportuno financiamiento.

En la actualidad, la industria farmacéutica ha mejorado la disponibilidad de morfina o codeína en formas farmacéuticas de mayor aceptación en el manejo del dolor, por tal razón es recomendable recurrir a una formulación magistral de un opiode sólo cuando no se disponga de la forma farmacéutica adecuada o de la dosis que se precisa.

#### b.- Elaboración de preparados con opioides

La elaboración de un preparado que contenga opioides solos o asociados a fármacos coadyuvantes en la farmacia deberá ser de exclusiva responsabilidad del químico-farmacéutico que se desempeñe en la misma farmacia u otro que ha sido designado para tales efectos.

Toda preparación de una formulación magistral deberá efectuarse teniendo en consideración las disposiciones establecidas en el reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos autorizados.

Además deberá tenerse en consideración lo siguiente:

Fármacos prescritos:

- La morfina y la codeína en cualquiera de sus sales solubles, son altamente sensibles a la luz, temperatura y humedad, por lo que estos factores afectan la estabilidad del preparado.
- Los opioides y los fármacos coadyuvantes tienen farmacocinéticas diferentes y en algunos casos sus características farmacodinámicas son distintas.
- Existen incompatibilidades físicas y químicas entre los fármacos, más aún si se encuentran asociados en una misma forma farmacéutica.

Prácticas de buena manufactura:

- Contar con el protocolo de buena calidad de todas las materias primas utilizadas que debe ser entregado por el proveedor para la partida que está entregando.
- Utilizar los solventes, preservantes y otros excipientes que garanticen la estabilidad del preparado y su aceptabilidad.
- Disponer de un recinto separado e independiente del resto de la farmacia de acuerdo al Reglamento sobre condiciones sanitarias mínimas y ambientales básicas en los lugares de trabajo, aprobado por el decreto supremo N° 745 de 1992 del Ministerio de Salud.
- Contar con una cámara de vidrio separador entre el operador y la mesa de trabajo, conectada a un extractor de aire y con iluminación adecuada.
- Equipamiento: balanza de precisión, mezcladora de polvos y capsuladora semiautomática.
- Equipo de protección al operador: gorros, mascarilla, guantes, delantales con puño de algodón con abrochado posterior.

### Etiquetado

El contenido de la etiqueta de todo preparado magistral debe cumplir con lo establecido en el artículo 33 del decreto supremo N° 466 de 1984, del Ministerio de Salud, que aprobó el Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos autorizados:

- Establecimiento que efectúa el preparado
- Fórmula completa: fármaco y cantidad por dosis de administración
- Dosis prescrita
- Forma de uso
- Número de orden correspondiente al libro de recetas
- Fecha de elaboración
- Fecha de expiración (en el caso de disponer de estudios que la avalen)
- Condiciones de almacenamiento
- Advertencias en el uso

### Control legal de los productos farmacéuticos que contienen estupefacientes

(Reglamento de Estupefacientes, decreto supremo N° 404 de 1984 del Ministerio de Salud y disposiciones complementarias)

La prescripción de productos farmacéuticos que contienen morfina, codeína, petidina, metadona, o fentanilo debe efectuarse por médicos en formularios especiales, según se indica:

- "receta verde" en los hospitales o consultorios dependientes del S.N.S.S. o de administración municipal.
- Formulario para la prescripción de estupefacientes y productos psicotrópicos de uso interno en Hospitales y Clínicas particulares y establecimientos asistenciales dependientes de las Fuerzas Armadas y Defensa Nacional y de las Universidades.
- "receta cheque" en el ejercicio privado del médico.

La prescripción en una formulación magistral que contenga un fármaco sujeto a control legal siempre deben extenderse con receta verde o en receta cheque, según corresponda y hasta que el Instituto de Salud Pública no decida otra forma de control.

La adquisición de los productos estupefacientes debe ser autorizada por el químico-farmacéutico director técnico de la farmacia. El mismo profesional es responsable de la tenencia y custodia de los productos y de su dispensación y expendio.

El control de las existencias de los productos estupefacientes, debe efectuarse en el Registro de Control de Estupefacientes, autorizado por el Servicio de Salud respectivo, debiendo consignar los antecedentes que dispone el Reglamento de Estupefacientes, decreto supremo N° 404 de 1984 del Ministerio de Salud. El registro debe mantenerse tanto para la fabricación de los preparados, si corresponde, como para la dispensación de los productos terminados o de la especialidad farmacéutica.

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Jadad AR, Browman GP: The WHO analgesic ladder for cancer pain management: stepping up the quality of its evaluation. *JAMA*, 1995;274 (23):1870 – 1873. Revisión sistemática.
2. de Wit R, van Dam F, Abu-Saad HH, Loonstra S, Zandbelt L, van Buren A, van der Heijden K, Leenhouts G. Empirical comparison of commonly used measures to evaluate pain treatment in cancer patient with chronic pain. *Journal of Clinical Oncology* 1999 ;17 (4) :1280. Estudio comparativo.
3. Caraceni,A;Cherny,N;Fainsinger,R;Kaasa,S;Poulain,P;Radbruch,L;de Conno,F and the Steering Committee of the EAPC Research Network. Pain Measurement Tools and Methods in Clinical Research in Palliative Care: Recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J. Pain Symptom Manage* 2002;23:239 – 255. Guía de Practica clínica.
4. Hirst, A;Sloan, R. Benzodiazepines and related drugs for insomnia in palliative care.The Cochrane Database of Systemic review Vol (3),2003 Revisión Sistemática.
5. Hanks,G; de Conno, F; Cherny,N; Hanna,M; Kalso,E; McQuay,H; Mercadante,S; Meynadier,J; Poulain,P; Ripamonti,C; Radbruch,C; Roca I Casas,J; Sawe,J;Twycross,R; Ventafrida,V. Morphine and alternative opioids in cancer pain:the EAPC recommendations. Expert Working Group of the Research Network of the

6. European Association for Palliative Care. British Journal of cancer (2001) 84 (5), 587 – 593.
7. Cairns R, The use of oxycodone in cancer-related pain: a literature review, Int J. Palliat Nurs.2001;7(11):522 – 7. Revisión sistemática.
8. Agency for Healthcare research and Quality Evidence report/technology Assessment Number 35 Volumes 1 and 2 Management of Cancer Pain New England Medical Center EPC, Boston, MA 2001. Reporte Basado en evidencia.
9. Agency for Healthcare research and Quality Evidence report/technology Assessment Number 61 Management of Cancer Symptoms: Pain, Depressions and Fatigue. New England Medical Center EPC, Boston, MA 2002. Reporte Basado en evidencia.
10. Scottish intercollegiate Guidelines network. Control of Pain in Patient with cancer. A National Clinical guideline 2000. Guía de práctica clínica.

## ESTANDAR

El dato mas seguro para el cálculo de la población con cáncer avanzado que sufre de dolor es: N° de fallecidos por tumor maligno.

El dato internacional de prevalencia de dolor por cáncer avanzado es 75%<sup>78</sup>.

### META ALIVIO DEL DOLOR POR CANCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS PAIS Y SECTOR PÚBLICO 1995-2006 CHILE

AÑOS	Muertes por cáncer en el país	Meta Anual País		FONASA Población Beneficiaria	Meta Anual Beneficiarios	
		Cuidados Paliativos	Dolor por cáncer Avanzado		Cuidados Paliativos	Dolor por cáncer Avanzado
Cálculo	a	b = a	c = a x 0.75	d	f = b x d	g = c x d
	N°	N°	N°	%	N°	N°
1995	16429	16429	12322	59.6	9792	7344
1996	16747	16747	12560	59.0	9881	7411
1997	17000	17000	12750	58.8	9996	7497
1998	17472	17472	13104	60.5	10571	7928
1999	17886	17886	13415	61.5	11000	8250
2000	18262	18262	13697	65.6	11980	8985
2001	18394	18394	13796	64.9	11938	8953
2002	19146	19146	14360	65.2	12483	9362
2003	19699	19699	14774	66.1	13021	9766
2004	<b>19900</b>	<b>19900</b>	<b>14925</b>	67.4	<b>13413</b>	<b>10059</b>
2005	<b>20101</b>	<b>20101</b>	<b>15076</b>	68.0	<b>13669</b>	<b>10252</b>
2006	20302	20302	<b>15227</b>			

FOD: Años 2005 al 2006, datos estimados Unidad de Cáncer

El dolor por cáncer avanzado es una urgencia por tanto se considera que el Acceso oportuno, debiera ocurrir en no mas de 24 horas se su evaluación.

El ingreso al PAD y CP, no es por demanda espontánea, sólo por referencia.

El acceso por atención de urgencia de las personas ingresadas al PAD y CP, puede ocurrir por demanda

<sup>78</sup> J. J. Bonica, *The Management of Pain* NY. "Lea & Febiger"1994"

espontánea.

Al momento de fallecer al menos el 70% de las personas ingresadas al Programa Nacional de Alivio del Dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos presentan EVA igual o menor a 5 (Escala EVA =sin dolor y 10=dolor severo)

La capacitación de los equipos de salud de los diferentes niveles de atención, respecto del alivio del dolor por cáncer avanzado es una estrategia continua, anual

La capacitación de las personas y su familia/cuidadores, respecto del alivio del dolor por cáncer avanzado es una estrategia continua, anual

## CAPITULO III

## PROTOCOLO CONTROL DE SINTOMAS

### I. SINTOMAS DIGESTIVOS<sup>79</sup>

La International Agency for Research on Cancer calculó que en 1996 murieron de cáncer de estómago (0,85 millones) ([Ahmedzai 2000](#); [WHO 1998](#)). Los tumores gastrointestinales incluidos los cánceres colorrectales son una de las causas más frecuentes de muertes por cáncer en los países occidentales. Sólo un número pequeño de pacientes se presenta en un estadio temprano de la enfermedad y el tratamiento de tumores gastrointestinales avanzados dista de ser satisfactorio ([Cascinu 1995](#); [Cunningham 1998](#)).

LOCALIZACIONES FRECUENTES DEL DOLOR POR CANCER DIGESTIVO

ORGANO	INERVACION	LOCALIZACION DEL DOLOR
ESOFAGO	T2-T8	Retroesternal, interescapular, cuello; ocasionalmente el brazo izquierdo o ambos.
DIAFRAGMA	C3-C4	Base del cuello y hombros.
ESTOMAGO Y DUODENO	T6-T9	Epigastrio, cuadrante superior derecho o izquierdo; puede haber dolor referido a espalda.
HIGADO Y VIAS BILIARES	T6-T9	Cuadrante superior derecho y dolor escapular derecho o de hombro derecho.
PANCREAS	T6-10	Dolor del abdomen superior con irradiación hacia la región torácica inferior.
INTESTINO DELGADO	T8-12	Dolor periumbilical; ocasionalmente suprapúbico.
COLON	T10-L12	Periumbilical, dolor abdominal derecho o izquierdo.

#### 1. ANOREXIA

Sensación de falta de apetito síntoma presente en al menos el 80% de los casos.

Sensación de pérdida de apetito, pérdida de peso, debilidad, disminución de la masa muscular y de la grasa, que está asociada a múltiples neoplasias avanzadas, constituyen la denominada "astenia-anorexia-cáncer (CAC). Está asociado a la caquexia, carga tumoral, estado depresivo o ansioso, plenitud precoz, dolor, hipercalcemia, efectos secundarios de otras terapias, otros.

#### Estrategia terapéutica

##### A) Enfocadas a la causa:

Tratar los síntomas dolor y de la esfera psicológica intercurrentes, descartar y tratar alteraciones metabólicas si corresponden, descartar causas de íleo mecánico o mal vaciamiento gástrico.

##### B) Sintomáticas:

<sup>79</sup> Villamizar E. Síntomas gastrointestinales. En: Bejarano P, Fonnegra I, eds. Morir con dignidad. Fundamentos de los cuidados paliativos. Santafé de Bogotá: ITALMEX, 1992:179-91

Medidas farmacológicas:

1)

prednisona	10 - 20 mg / día VO	Tratamiento no debe superar las tres semanas
dexametasona	4- 8 mg/ día VO/Subcut	
acetato de megestrol	80 a 480 mg / día VO	

Medidas no farmacológicas:

- 1) Escuchar al paciente atendiendo a su desmotivación por los alimentos.
- 2) Plantear pequeñas metas: ¿Qué le gustaría?, ¿en qué forma de preparación?, ¿con qué frecuencia?
- 3) ¿Cómo está su boca?, ¿Puede tragar tiene alguna molestia para hacerlo?
- 4) Incentivarle al planteamiento de alternativas de solución.
- 5) Estimular la masticación lenta y los pequeños sorbos.
- 6) Favorecer la autonomía facilitando los elementos o asistiéndole cuando sea necesario.
- 7) Aumentar la frecuencia diaria de pequeñas porciones con aspecto grato.
- 8) No forzar la ingesta, asociar siempre alimentación con agrado.
- 9) Educar a la familia, sobre diferentes técnicas de preparación de los alimentos.
- 10) Ambiente limpio, ordenado. Libre de malos olores.

## 2. NAUSEAS Y VOMITOS

Este síntoma está presente en el 80% de las personas que reciben tratamiento con opioides y al menos el 60% de aquellos con cáncer avanzado.

Las náuseas son una sensación subjetiva desagradable, no dolorosa, referida a la faringe y abdomen superior asociada al deseo de vomitar o a la sensación de que el vómito es inminente. Arcada: movimientos rítmicos y espasmódicos del diafragma y musculatura abdominal que casi siempre acompaña a la náusea. A su vez, se define vómito como la expulsión voluntaria o involuntaria del contenido gástrico a través de la boca. Este síntoma se puede acompañar de arcadas, en las cuales se activan los mismos grupos musculares que en el vómito; sin embargo, no se produce la expulsión de contenido gástrico.

### Estrategia terapéutica

La terapia antiemética está dirigida inicialmente a identificar y tratar una causa reversible:

- Síndrome pilórico
- Síndrome ulceroso (gastritis)
- Estreñimiento.
- Ansiedad
- Alteraciones hidroelectrolíticas (hipercalcemia, síndrome urémico)
- Medicamentos (opiáceos, corticoides)

Etiología de las náuseas y vómitos:

Estímulo	Receptor	Causas
Estimulación vagal	AcCh 5HT3	Distensión gástrica, impactación fecal
		Gastroparesia (neuropatía visceral paraneoplásica, síndrome de dispepsia paraneoplásica)
		Irritación de la mucosa digestiva (fármacos radioterapia de la cavidad abdominal/pélvica)
		Compresión extrínseca de estructuras digestivas
		Tos
		Enfermedad mediastínica
Estimulación directa del centro del vómito	D2 AcCh H1	Hipertensión endocraneana y procesos expansivos intracraneales
		Irritación meníngea ( infección, carcinomatosis)
		Radioterapia cerebral
		Metástasis cerebrales
Estimulación de la zona gatillo	D2 AcCh 5HT3	Fármacos (opioides, antibióticos)
		Toxinas bacterianas
		Alteraciones metabólicas: hipercalcemia, insuficiencia renal, hipopotasemia, hiponatremia, otros)
Estimulación del oído medio e interno	H1	Infección
		Fármacos ototóxicos
		Cinetosis
		Infiltración tumoral
Estimulación de estructuras cerebrales superiores	Encefalina	Ansiedad
		Miedo
		Asco

Fármacos emetógenos:

Antibióticos	Mucolíticos
Acido acetilsalicílico	AINEs
Carbamazepina	Litio
Corticoides	Estrógenos
Digoxina	Teofilina
Hierro	Opioides
Quimioterapia antineoplásica	

Medidas farmacológicas:

METOCLOPRAMIDA (oral, supositorios, subcutánea)	(oral, supositorios, subcutánea) 10 - 20 mg PO cada 6 - 8 horas. <u>Precaución</u> en adultos mayores: parkinsonismo.
TIETILPERAZINA	(grageas, supositorios, ampollas) 6.5 mg 1 a 3 veces al día. <u>Precaución</u> :reacciones extrapiramidales.
HALOPERIDOL	(grageas, gotas, supositorios, ampollas) 1 - 5 mg cada 12 horas. <u>Precaución</u> :reacciones extrapiramidales.
ESCOPOLAMINA N - BUTIL	(gotas, grageas, supositorios, ampollas). 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas.
BLOQUEADORES (5-HT3)	(ampollas, tabletas) 8 mg en 24 - 12 horas. Ideal en infusión junto a 1 ampolla de beta o dexametasona.

Medidas no farmacológicas:

- 1) Escuchar al paciente atendiendo a sus causas en la producción de náuseas y vómitos
- 2) Incentivarlo a proponer alternativas de solución y establecer pequeñas metas.
- 3) Posición sentada o semisentada, durante y después, luego alternar lateralizando.
- 4) Reposo gástrico por 1 - 2 horas.
- 5) Fomentar autocuidado de mucosa bucal.
- 6) Estimular la realimentación gradual, pequeñas porciones o sorbos cada 1 hora, (2 cucharadas soperas).
- 7) Preferir dieta rica en proteínas y carbohidratos, de preferencia fríos.
- 8) Procurar que la hora de mayor ingesta sea la hora del desayuno.
- 9) Compañía tranquilizadora, estimulando uso del tiempo libre.
- 10) Los usos y cuidados de sondas nasogástricas y nasoyeyunal, está reservado para situaciones especiales, discutidas en equipo y con la participación informada del paciente y su familia.

### 3. ESTREÑIMIENTO

La constipación es altamente prevalente (50-95 %) en cuidados paliativos (CP).

Alrededor del 90 % de los pacientes que reciben opioides fuertes y del 65% de los que no los reciben, requieren laxantes. Casi el 80 % de las personas con cáncer de color, recto y anal tiene este síntoma como el más prevalente. A pesar de ser una importante causa de morbilidad, su importancia suele ser subestimada en el contexto de otros síntomas y por falta de un patrón que indique "cuándo se considera estreñimiento"; al respecto, se estima que la ausencia de evacuación por más de tres días a la semana se deberá considerar estreñimiento.

Sus causas son generalmente múltiples y pueden estar relacionadas con el tumor (invasión intestinal, carcinomatosis peritoneal, hipercalcemia, neuropatía autonómica), el estado general (inactividad, ingesta oral insuficiente, dificultad de acceso al baño), las drogas recibidas (opioides, anticolinérgicos, antiácidos, vincristina, ondansetrón, sulfato de bario, otros) y las patologías concomitantes (diabetes, hipotiroidismo, compresión medular). Entre sus complicaciones las más frecuentes son: hiporexia, náuseas, vómitos, dolor abdominoperineal, hemorroides, fisuras anales, retención urinaria, seudobstrucción intestinal, distensión abdominal y seudodiarrea.

Causas de estreñimiento:

Directas	Obstrucción intestinal
	Masa pélvica
	Fibrósisis por radioterapia
	Síndrome doloroso ano-rectal
Neurológicas	Tumor cerebral
	Compresión medular
	Infiltración nervios sacros
	Alteración sistema nervioso simpático y parasimpático
Generales	Edad avanzada
	Inactividad
	Depresión
	Sedación
	Dieta sin fibras
	Baja ingesta de líquidos/deshidratación
	Falta de privacidad para evacuación tranquila
Metabólicas	Deshidratación

	Hipercalcemia, hiponatremia
	Uremia
	Hipotiroidismo
Fármacos	Opiáceos
	Anticolinérgicos: hiciocina, antidepresivos tricíclicos, antiparkinsonianos
	Antieméticos
	Diuréticos
	Anticonvulsivantes
	Antihipertensivos
	Hierro
	Drogas antineoplásicas: vincristina

### Estrategia terapéutica

Los efectos gastrointestinales de los opioides son frecuentes pero fáciles de prevenir y de manejar con tratamientos apropiados. Sin embargo, algunos estudios muestran que menos del 50 % de los pacientes cumplen la recomendación del tratamiento laxante. Cuando no se realiza la prevención adecuada, la constipación suele ser causa de interrupción del tratamiento analgésico. Todos los pacientes que reciben opioides deben recibir laxantes sistemáticamente desde el inicio del tratamiento analgésico.

El síndrome de colon opioide es poco frecuente y se caracteriza por una gran distensión abdominal que puede llegar hasta el íleo paralítico. Se produce al administrar opioides orales, probablemente en pacientes que tienen otros factores de riesgo.

Mantener un buen control de otros síntomas que puedan interferir con la defecación (dolor abdomino-perineal), favorecer un ambiente adecuado (privacidad, silla sanitaria) y administrar laxantes, en forma preventiva al indicar drogas que producen constipación.

### Estrategia terapéutica

El objetivo del tratamiento es obtener una deposición cada 1 a 3 días y la eliminación de los síntomas secundarios.

A) Enfocadas a la causa:

Se debe diagnosticar basado en la anamnesis, por medio del tacto rectal o de la colostomía, descartar la existencia de impactación fecal. El otro cuadro que se debe descartar es el íleo mecánico, esencialmente a través de la historia y examen físico del paciente.

Medidas farmacológicas:

Supositorios	(glicerina o laxantes estimulantes) y/o enemas de distinto tipo y volumen están indicados cuando no se logra obtener la deposición con laxantes orales.
Los enemas fleet	Orales o bien rectales. Por vía rectal, se pueden aplicar a través de una bajada de suero que permite regular el goteo lentamente en 1 hora. Ejemplos de algunas formulaciones: a) 50 ml de retención de aceite seguidas de enemas de agua y jabón o agua y sal gruesa. b) 50 ml de agua oxigenada 10 vol. + 450 ml de solución fisiológica, tibia, lento 30 a 40 gotas por minuto.
Sen	Infusión fría al comienzo de la mañana. Se prepara 1 cucharada sopera en 1 taza de agua recién hervida, se deja tapada hasta la mañana siguiente y se bebe en ayunas.
Docusato de sodio	20 – 25 gotas por día.
Lactulosa	15-20 ml, dos cucharadas soperas en ayunas.

Medidas no farmacológicas:

- 1) Aumentar ingesta de líquidos, fraccionados (dos litros por día)
- 2) Aumentar ingesta de frutas en la mañana (kiwi) y en la noche antes de dormir (1/2 manzana)
- 3) Comidas con verduras o legumbre cocidas o crudas.

Clasificación de los laxantes

	Agente Activo	Dosis diaria
Lubricantes	Aceite mineral	15 - 45 ml
Estimulantes	Cáscara sagrada	Variable
	Sen	Variable
	Dantrona	75 - 150 mg
	Gasantranol	30 - 90 mg
	Bisacodilo	10 - 15 mg
	Fenolftaleína	30 - 270 mg
Laxantes de volumen	Aceite de castor	15 - 60 ml
	Metilcelulosa	3 - 6 g
	Extracto de malta	12 g
	Policarboxido	4 - 6 g
	Psillium	Variable
Emolientes	Gomas	Variable
	Docusato de sodio	50 - 300 mg
salinos e hiperosmolares	Docusato de potasio	100 - 300 mg
	Hidróxido de magnesio	2,4 - 4,8 g
	Sulfato de citrato de magnesio	10 - 30 g
	Fosfatos de sodio	Variable
	Glicerina	2 g (supositorios)
	Lactulosa	20 - 60 ml

(Adaptado de Tedesco et al. Laxative use in Constipation Am.J.Gastroenterol.1985;80.303-308)

#### 4. HIPO

##### Definición:

Reflejo respiratorio patológico caracterizado por el espasmo del diafragma que produce una rápida inspiración seguida de un brusco cierre de la glotis.

##### Epidemiología

Casi el 50% de las personas con cáncer del sistema digestivo.

También está presente en los últimos días de la mayoría de los enfermos con cáncer avanzado.

##### Causas

Son innumerables, las más frecuentes son distensión gástrica, reflujo gastroesofágico, irritación del diafragma o del nervio frénico, toxicidad: uremia, fiebre, infección, tumor del sistema nervioso central (SNC).

##### Tratamiento

###### Crisis:

Estimulación faríngea	Las habituales. Chupar pastilla sin azúcar
Reducción de la distensión gástrica	Metoclopramida 10 – 20 mg cada 6 a 8 horas VO Domperidona 10 – 20 mg oral CMP, en gotas:20 gotas o en infusión salina, 30 minutos, cada 8 –12 horas.
Aumento de Pa CO <sub>2</sub>	“secretos de naturaleza”
Relajante muscular	Nifedipino 10 mg/día VO
	Midazolam 2 mg infusión EV
Inhibidor central	Metoclopramida 10 – 20 mg cada 6 a 8 horas VO
	Haloperidol 5 mg – 10 mg VO
	Clorpromazima 10 mg cada 12 horas VO
<b>Mantenimiento</b>	
Reducción de distensión Gástrica	Metoclopramida 10 – 20 mg cada 6 a 8 horas VO
Reflujo Gastroesofágico	Bloqueador de los receptores H <sub>2</sub> , 150 – 300 mg 1 toma al día.
	Metoclopramida 10 – 20 mg cada 6 a 8 horas VO
Irritación del diafragma	Nifedipino 10 – 20 mg cada 8 horas VO
	Haloperidol 1,5 – 3 mg dosis única nocturna
	Baclofen 5 – 20 mg / cada 6 horas VO
Si lo anterior falla	
Midazolam 10 – 60 mg en 24 horas, infusión continua	

#### 5. FECALOMA<sup>80,81,82,83</sup>

El 90 – 98 % ocurre en el recto, pero puede ser en colon ascendente, descendente o sigmoide. Ocasionalmente y dependiendo de su tamaño pueden quedar impactados en el sigmoides (fecaloma suspendido).

Este proceso suele acontecer con mayor frecuencia en los ancianos incapacitados o institucionalizados y en los enfermos terminales con cáncer. La localización más frecuente del fecaloma es la ampolla rectal

<sup>80</sup> Bruera E, Suárez-Almazor M, Velasco A, MacDonald S, Bertolino M, Hanson J. (1994) The assessment of constipation in terminal cancer patients admitted to a palliative care unit : a retrospective review. J Pain Symptom Manage; 9 (8) : 515-519.

<sup>81</sup> Sykes N. Constipation and diarrhea. (1993) En Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D, Hanks G, MacDonald N (eds.), Oxford Medical Publications, 4.3 : 299-310.

<sup>82</sup> Sykes NP. (1998) The relationship between opioid use and laxative use in terminally ill cancer patients. Palliat Med., Sep; 12(5): 375-82.

<sup>83</sup> Yuan CS, Foss JF. (2000) Oral methylnaltrexone for opioid-induced constipation. JAMA., Sep 20; 284(11):1383-

(70% de los casos), seguida por el colon sigmoide y el colon proximal (20% y 10% de los casos respectivamente). Se observa en aproximadamente la mitad de los enfermos terminales. Las molestias en estos pacientes van desde la sensación de distensión abdominal, dolor cólico y anorexia, hasta las náuseas y vómitos en casos extremos. Los factores más comunes que contribuyen al estreñimiento en la población general son: la dieta, malos hábitos de evacuación intestinal y falta de ejercicios.

Luego de verificar la existencia de heces bajas o altas con el examen rectal y/o la RX de abdomen simple y descartar una oclusión intestinal, se administrarán enemas de gran volumen (1l) en el primer caso (colon ascendente) o laxantes potentes orales como sales de magnesio (hasta 250 ml/24 hrs.) o solución de polietilenglicol (hasta 1 litro/24 hrs.), con posibilidad de repetirse durante los 48 hrs. subsiguientes, si no hay respuesta. Ante el fracaso de las medidas anteriores, si se necesita hacer la extracción manual del fecaloma, se debe considerar la utilización de dosis de rescate de analgésicos o maniobras de sedación transitorias (midazolam).

Esta situación debe y puede prevenirse, pues es falta de preocupación en pacientes postrados la acumulación de las deposiciones hasta la formación del fecaloma. El diagnóstico se realiza por la sospecha ante la presencia de dolor rectal intenso y sensación permanente de pujo doloroso.

Fácilmente aparecen al tacto rectal. El síntoma habitual de sospecha es el estreñimiento, pero en ocasiones puede aparecer como una diarrea por rebosamiento de las heces retenidas proximalmente a la impactación. En algunas oportunidades, especialmente cuando son grandes y suspendidos pueden diagnosticarse por masa abdominal hipogástrica y fosa iliaca izquierda. Otra característica del fecaloma rectal es la incontinencia porque produce dilatación permanente del esfínter interno.

Lo habitual es que logren ser vaciados con el uso de laxantes, enemas evacuantes o ambos. Ocasionalmente se hace necesario el uso de proctoclis (goteo de sustancias capaces de disolverlo o disgregarlo lentamente a través de una sonda rectal). Rara vez es necesario el tratamiento quirúrgico y esto ocurre en presencia de grandes fecalomas suspendidos; debiendo realizarse una sigmoidectomía con el fecaloma incluido y colostomía más cierre del muñón rectal.

Los fecalomas que se pueden extraer manualmente son aquellos que están situados en la ampolla rectal. Esta técnica está contraindicada en los pacientes con patología anorrectal (cáncer de cuello uterino, cáncer de ano, fisuras, abscesos) o con intervenciones quirúrgicas recientes en la zona.

## Tratamiento

Lo habitual es que logren ser vaciados con laxantes, enemas evacuantes o ambos. Ocasionalmente es necesario llegar a disolverlo mediante sustancias como bicarbonato mediante proctoclis o goteo a través de una sonda que se impacta en el centro del fecaloma. Rara vez es necesario el tratamiento quirúrgico.

En los enfermos con cáncer se suman otros factores como las terapias realizadas, (especialmente con el uso de opioides), el tumor mismo, problemas relacionados a la enfermedad (por ejemplo: el dolor) y otros procesos concomitantes como la insuficiencia de un órgano, la disminución de la movilidad y la depresión. En la evaluación de cada paciente es preciso determinar la frecuencia y característica del hábito intestinal.

Es importante la entrevista junto con examen físico que incluya el examen rectal. Puede ser necesario una Rx de abdomen simple, (ver Anexo) sólo si es pertinente según el estado del paciente. Recordar que lo más importante es la clínica, dado que el medio de contraste aumentará la dureza de las deposiciones.

La frecuencia y las características de las deposiciones (heces duras, de pequeño volumen y difíciles de evacuar), factores predisponentes, síntomas asociados y tratamientos recibidos. También es necesario el diagnóstico diferencial entre constipación no complicada y constipación complicada con fecaloma u

oclusión intestinal. Este síntoma puede presentar correcto diagnóstico requiere, en muchos casos, de cierto grado de suspicacia, ya que puede presentarse aún en pacientes que toman laxantes o que tienen deposiciones diarias.

#### Estrategia terapéutica

El objetivo del tratamiento es obtener una deposición cada 1 a 3 días y la eliminación de los síntomas secundarios.

#### A) Enfocadas a la causa:

Se debe diagnosticar basado en la anamnesis, por medio del tacto rectal o de la colostomía, descartar la existencia de impactación fecal. El otro cuadro que se debe descartar es el íleo mecánico, esencialmente a través de la historia y examen físico del paciente.

#### B) Sintomáticas:

##### Medidas farmacológicas:

- 1) Disminuir en lo posible dosis de:  
Opiáceos, antidepresivos tricíclicos, anticolinérgicos, fenotiacinas.
- 2) Uso de laxantes. En este aspecto es importante considerar que los ablandadores de heces no tienen mucho efecto en pacientes con opiáceos, debido a que el problema en ellos no es la dureza de las deposiciones; sino un peristaltismo disminuido.  
Debe tener precaución con el horario de administración, el ideal es administrarlos en las primeras horas del día. Su uso debe ser sistemático en pacientes que reciben opioides, salvo situaciones especiales.

##### Medidas no farmacológicas:

- 1) Atender a las molestias expresadas por el paciente.
- 2) Reforzar el hábito de eliminación intestinal aún en ausencia del deseo de defecar. Enseñarle a pujar concentrando su esfuerzo en el esfínter anal.
- 3) Cuidar siempre, la privacidad del paciente.
- 4) Aumentar ingesta de líquidos y fibras (agua y jugos de frutas, verduras, salvado de trigo). Evitar consumo de astringentes naturales (té, canela, colapés).
- 5) Fomentar el uso preventivo de laxantes naturales en especial en ayunas.
- 6) Incentivar la actividad según el PS del paciente a través de pequeñas caminatas, o bien, a través de ejercicios asistidos de extremidades inferiores y de músculos abdominales. Procurar al menos el desplazamiento de la cama al sillón de su preferencia.
- 7) Enseñar procedimientos para: la extracción manual de fecalomas, aplicación de supositorios, enemas y proctoclistis, si la situación lo requiere. (Norma de Enfermería)
- 8) En el paciente con compromiso inmunológico evitar la manipulación anal o del estoma, debido al riesgo de bacteremias y septicemias secundarias.

## 6. OBSTRUCCION INTESTINAL

La obstrucción del intestino grueso puede resultar de la progresión de numerosas enfermedades colónicas. La causa más común en el adulto es el carcinoma (70%). Debe considerarse una urgencia y rápidamente debe solicitar interconsulta con cirujano. Ideal la concurrencia a Comité de Cuidados Paliativos.

Causas menos frecuentes, pero importantes son el vólvulo, el fecaloma y la diverticulitis. Otras causas ocasionales son la enfermedad de Crohn, compromiso extrínseco por tumores de otras localizaciones, procesos inflamatorios pelvianos, íleo biliar, invaginaciones, entre otros.

El diagnóstico se hace en relación con síntomas y signos propios del cuadro clínico; habitualmente estarán presente la distensión progresiva, el dolor, la falta de expulsión de gases y deposiciones, la aparición tardía de vómitos y la repercusión sobre el intestino delgado de acuerdo a la competencia o incompetencia de la válvula íleo-cecal.

Al examen físico habrá distensión abdominal, timpanismo y alteración de los ruidos hidro-aéreos junto a dolor más o menos intenso o signos de abdomen agudo en caso de gangrena intestinal.

#### Estrategia Terapéutica

Debe presentarse el caso en Comité de Cuidados Paliativos y evaluar con cirugía los riesgos y ventajas del tratamiento. Debe informarse al paciente y familia de las alternativas de tratamiento, sus riesgos y consecuencias.

El tratamiento para toda obstrucción intestinal es quirúrgico, y será diferente según la ubicación del tumor. Con mayor frecuencia una hemicolectomía derecha con anastomosis íleo-tranversa en el caso de tumores del colon derecho; colostomía proximal en asa o colectomía asociada a colostomía y fistula mucosa en caso de tumores del colon izquierdo y colostomía proximal o resección colónica con colostomía tipo Hartmann en tumores sigmoideos.

En el caso de colostomía se hace la resección tumoral en un segundo tiempo luego de preparación adecuada del paciente y el colon.

En el caso de resecciones con colostomía y fistula mucosa u operación de Hartmann se reconstituirá el tránsito no antes de 6 semanas posteriores al primer acto quirúrgico.

Esta condición que aparece como una obstrucción adinámica del colon, se debe a la dilatación masiva y significativa sin una aparente obstrucción mecánica. El mecanismo no está claro, pero aparentemente se debe a una disfunción del plexo sacro parasimpático.

Se asocia a patologías diversas graves tanto intra-abdominales como extra-abdominales y sepsis de diferentes orígenes.

El tratamiento es médico con descompresiones colonoscópicas o quirúrgicas con la realización de una cecostomía.

## 7. DIARREA

Es el aumento de la frecuencia y la alteración de la consistencia de las evacuaciones intestinales.

#### Estrategia terapéutica

A) Enfocadas a la causa:

En esta situación se debe descartar la pseudodiarrea por impactación fecal, la suboclusión intestinal, enteritis actínica y la diarrea por drogas (exceso de laxantes, antibióticos, etc.).

B) Sintomáticas:

Medidas farmacológicas:

1) Suspender laxantes.

2) Antidiarreicos:

loperamida	1 comprimido ó 15 - 30 gotas después de cada (comprimido, gotas) deposición diarreaica, máximo por 6 veces al día.
naproxeno:	1 comprimido cada 6 horas (sólo en enteritis actínica).
colesteramina:	4 - 12 grs por día, dividido en 3 - 6 dosis por día (sólo en diarrea biliar).
levadura antidiarreica	1 comprimido cada 12 hrs.

Medidas no farmacológicas: ( Ver Norma Enfermería )

- 1) Procurar que el paciente manifieste las características de su defecación y las molestias que ésta le provoca.
- 2) Mantener reposo gástrico a lo menos por 1 a 2 horas y reiniciar gradualmente la alimentación con régimen blando sin residuos en pequeños volúmenes, de preferencia tibios, que contengan astringentes naturales. Suspender el consumo de fibras, leche y derivados.
- 3) Instruir a los familiares en la pesquisa de signos de deshidratación y en la comunicación de éstos.
- 4) Instruir sobre higiene personal y en la manipulación de alimentos.
- 5) Evitar enfriamiento. Mantener privacidad
- 6) Mantener la integridad de la piel, muy en especial de la zona perianal o periestoma.
- 7) Ambiente limpio, libre de malos olores, ventilado.
- 8) Se educará sobre los cuidados de la hidratación parenteral si la situación así lo requiere.

## 8. EDUCACIÓN PARA LOS PACIENTES Y FAMILIARES

La adherencia al tratamiento es fundamental para lograr los objetivos y ella depende, en gran medida, de la comprensión de las recomendaciones y de la aclaración de conceptos erróneos.

La alimentación es indispensable al igual que la hidratación, sin embargo hacia el final de la vida ésta irá disminuyendo paulatinamente, por ello debe mantener el familiar especial preocupación y registro de estos pequeños detalles cotidianos.

Evitar las molestias derivadas de los síntomas gastrointestinales es indispensable, dado que la situación de los enfermos terminales requieren de calidad de vida y entre ellas está la alimentación la hidratación y la eliminación.

Especial preocupación debe darse a la integridad de la mucosa bucal, faríngea como también de la rectal y peri anal, son detalles pequeños que facilitan el bienestar.

Es importante brindar información al paciente, a su familia y a los equipos tratantes sobre la importancia de mantener un tránsito intestinal regular, aun en estadios muy avanzados de la evolución de la enfermedad, cuando la posibilidad del cumplimiento del tratamiento de la constipación es menor.

Sus objetivos se orientan a lograr un equilibrio entre la prevención de las complicaciones asociadas a la constipación y la carga de los tratamientos. Cuando se ha iniciado el proceso de agonía sólo se tratará la constipación en caso de que ésta produzca síntomas importantes (ej: fecaloma con dolor o tenesmo)

*Puntuación de constipación en una RX simple de abdomen:* método no invasivo, de bajo costo, sensible y validado, particularmente útil en pacientes con trastornos cognitivos o en aquellos con un tacto rectal normal.

Permite planear una estrategia terapéutica adaptada a cada caso.

A cada segmento del colon (ascendente, descendente, transverso y rectosigmoides) se le da un puntaje según la cantidad de material fecal visible a la luz:

0 = sin heces,

1 = heces ocupando menos del 50 %,

2 = heces ocupando más del 50 % y

3 = heces ocupando totalmente la luz

El puntaje total puede ir de 0 a 12.

Una puntuación igual o mayor a 7 indica constipación severa y, en consecuencia, se debe actuar enérgicamente para controlarla.

## 9. CUIDADOS PALIATIVOS PARA CANCER DE VESICULA BILIAR

Actualmente más del 70% de los cánceres de vesícula biliar diagnosticados requerirán de cuidados paliativos (esencialmente por diagnóstico tardío). Entre los síntomas más prevalentes están: náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento, coluria, ictericia, acolia, prurito, timpanismo, ascitis, dolor intenso a severo: visceral – neuropático.

La mejor evaluación de la intensidad de los síntomas concomitantes, incluido el dolor, se realiza con la Escala Visual Análoga (EVA), y la propuesta de tratamiento deberá hacerse según los resultados de ella y la decisión informada del paciente.

Es probable que el esquema requiera el apoyo de opiáceos parenterales, administrados en Infusión continua endovenosa (EV) y por lo tanto con apoyo de Bombas especiales para manejo ambulatorio (BIC) y autososificación de los mismos. Precisa además del uso en casos seleccionados, de catéteres con reservorio, los cuales idealmente se debieran colocar precozmente.

### ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

#### A. Quirúrgico (Comité de Cuidados Paliativos)

Idealmente debe preverse la situación durante la etapificación del cáncer vesicular avanzado.

Técnicas invasivas:

Derivación biliar: Si el cáncer está bloqueando los conductos que llevan la bilis desde la vesícula biliar hasta el intestino delgado, se puede emplear la cirugía para restaurar el flujo de la bilis. Hay varias operaciones diferentes para la derivación biliar. La selección de una de ellas se basa en la localización exacta del bloqueo. Una coledocoyeyunostomía une el conducto biliar común con el yeyuno del intestino delgado.

Una gastroyeyunostomía une el estómago directamente con el yeyuno del intestino delgado. En una hepatoyeyunostomía se unen el conducto que lleva la bilis desde el hígado y el yeyuno del intestino delgado.

Cateterismo biliar: Otra opción para liberar la bilis de la vesícula biliar es que el médico inserte un tubo llamado catéter (también conocido en inglés como sent. biliar) en el conducto biliar o en la vesícula biliar. Esto puede hacerse quirúrgicamente, o en algunos casos, el tubo puede insertarse a través de la piel (catéter percutáneo). El tubo puede drenar la bilis en el intestino delgado, o en una bolsa, colocada fuera del cuerpo, que puede vaciarse cuando sea necesario. Es posible que haya que reemplazar el catéter cada dos o tres meses, a fin de reducir el riesgo de ictericia o de inflamación de la vesícula biliar. Otra alternativa es la instalación de catéter por vía endoscópica a través del procedimiento ERCP (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica).

Bloqueo intratecal / peridural: inyección intratecal, la cual administra el medicamento directamente (fentanil, bupivacaina, morfina) en el líquido que rodea a la médula espinal; o por medio de una inyección epidural, la cual administra el medicamento en el espacio entre el canal de la columna vertebral y la vértebra. Cuando se usa el método intratecal o epidural, los opioides pueden suministrarse continuamente utilizando pequeña bomba.

Bloqueo Plexo Celíaco:

Para el control del dolor de difícil manejo proveniente, particularmente de la cadena simpática (vesícula biliar y del área intestinal), se efectúa la neurólisis del plexo celíaco inyectando alcohol o fenol bajo visión radiológica.

## Estrategia Farmacológica

### Opioides

Se debe tener presente que los opioides potentes pueden tener efectos secundarios que podrían limitar la dosis del medicamento a suministrarse. Por lo tanto, para obtener un control eficaz del dolor al usar cualquiera de los opioides, es crítico manejar los efectos secundarios. Estos medicamentos pueden suministrarse en una variedad de formas.

Los opioides se clasifican en categorías según qué tan rápido empiezan a surtir efecto y cuánto dura su eficacia.

Dolor leve a moderado	< a EVA 5	Alternativas	Precaución
Metamizol sódico 300 – 600 mg C/ 8 hrs.	Por su actividad espasmolítica es muy útil en los dolores viscerales. Usar en infusión EV.  Asociar con: Metoclopramida 10 mg, 1 a 2 AMP cada 12 horas. ó bien  Haloperidol 1 amp, cada 12 horas	Si puede usar la vía oral: -Naproxeno -Nimesulide  Asociar con: Usar metoclopramida 10 mg CMP, gotas; 40 minutos antes del desayuno, almuerzo y comida. Haloperidol 1-5 mg oral CMP, gotas, cada 12 horas No es recomendable aumentar haldol y metoclopramida por efectos extrapiramidales	Rotar Aines cada 7 – 10 días. Dosis equianalgésicas. Puede usarse con atropina, papavenina 1 AMP cada una en infusión.  Utilizar antagonistas de los receptores H <sub>2</sub> Ranitidina 300 mg día ó <u>Famotidina 20 mg/día ó</u> Inhibidores de la bomba de protones Omeprazol 20 mg. También deben rotarse cada 15 días.  Monitoreo permanente de efectos adversos. <u>Usar con precaución por su absorción hepática.</u>

Dolor moderado a severo	EVA 5 - 7	Alternativas	Precaución
CODEINA / TRAMADOL más o sin AINE	Codeína 15 – 60 mg cada 4-6 horas  Tramadol Potencia analgésica: Ligeramente superior a la de la codeína (100 mg equivalen a 120 mg de codeína. 50 – 100 mg hasta 400 mg C/ 8 hrs. PO	Tramadol de liberación sostenida 100 – 150 – 200 mg cada 12 horas oral de liberación sostenida.	Recomendar líquidos abundantes y alimentación blanda, ambos fraccionados: pequeñas porciones (1/2 vaso) 8 a 10 veces por día.  Prevenir náuseas y vómitos con metoclopramida.  Usar preventivamente un laxante, por ejemplo 10 - 20 gotas de docusato de sodio, vaselina líquida / lactulosa 15 ml cada 12 horas. Si vómitos son persistentes se puede administrar supositorios de torecan 1 cada 12 hrs.
Antiespasmódico Escopolamina N- butil bromuro	AMP, 1 cada 12 horas en infusión EV	Si puede usar la vía oral: Buscapina o Pargeverina clorhidrato, mas metamisol magnésico. CMP cada 8 horas.  Gotas 25 gotas cada 8 Horas.  Supositorios c/8 horas	Recomendable en Dolor intermitente, tipo cólico. Vigilar sequedad de boca, estreñimiento.  Recomendar líquidos abundantes y alimentación blanda, ambos fraccionados: pequeñas porciones (1/2 vaso) 8 a 10 veces por día.
Antihistaminico	Clorfenamina maleato AMP 1 ml = 10 mg cada 12 horas. 4mg CMP cada 12 horas	Si puede usar la vía oral: 1 CMP cada 12 horas	Recomendable para control del prurito. Provoca sedación debe a moderada.  No usar en paciente en tratamiento con inhibidores de la mono amino oxidasa.  Usar en infusión EV. No mezclar con otros productos.
Dolor severo a intenso	EVA 7 - 10	Alternativas	Precaución
Morfina con o sin AINE	No recomendada		
Oxicodona clorhidrato	10 – 20 – 40 mg C/ 12 hrs oral, de acción controlada	<u>No fraccionar.</u>  <u>Escasas</u> Náuseas, vómitos, somnolencia, estreñimiento	Recomendar líquidos abundantes y alimentación blanda, ambos fraccionados: pequeñas porciones (1/2 vaso) 8 a 10 veces por día, si no hay vómitos. Usar laxante, sólo si es necesario. Prevenir náuseas con metoclopramida. Si vómitos son persistentes se puede administrar supositorios de torecan 1 cada 12 hrs. <u>Si vómitos incontrolables se puede utilizar:</u> bloqueadores de los receptores 5 – hidroxitriptamine (5-HT <sub>3</sub> ), más corticoide EV, suero fisiológico o glucosalino.
Metadona	5 – 10 mg oral c/8-12 hrs. ó parenteral	Somnolencia, sudoración.  Constipación,  Náuseas, vómitos,	Muy recomendable en dolor neuropático. Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes.  Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida.  Prevenir náuseas con metoclopramida.

Solo para situaciones especiales: evaluar beneficios / costo del tratamiento			
Fentanilo	1 C/ 72 horas parche transdérmico	Hasta el 2005: No fraccionar la presentación con reservorio. No tiene techo analgésico. Leve sensación nauseosa, prurito, vigilia prolongada. Utilizar con precaución en: ancianos, caquéticos o febriles.	Recomendable en lesión severa de mucosas: herpes bucal, anal, Tumores de cabeza y cuello. Potencia analgésica, cerca de 80 veces mayor que la morfina. Tener presente el grupo de enfermos con cáncer avanzado que se benefician con esta presentación:  Recomendar líquidos abundantes y alimentación con fibras abundantes  Usar siempre acompañada de un laxante, por ejemplo vaselina líquida.  Prevenir náuseas con metoclopramida.
Buprenorfina	1 C/ 72 horas parche transdérmico  (35 / 52,5/ 70 ug/h) Comenzar con cuarto o medio de parche de 35 ug/h, asociado por 48 hrs con paracetamol 1 comp C/ horas o bien tramal 1 comp cada 12 horas.	Se puede fraccionar. No tiene techo analgésico. Puede producir náuseas, vómitos, somnolencia. Utilizar con precaución en: ancianos, caquéticos o febriles.	Especialmente, lesión severa de mucosas: herpes bucal, anal, Tumores de cabeza y cuello.  <u>Muy discretos efectos secundarios.</u>  Tiene interacción conocida: <u>medicamentos inhibidores de la enzima monoaminoxidasa</u> (fenelzina, iproniazida, mebenazina, moclobemida, pargilina, tranilcipromina), <u>benzodiazepinas</u> (diazepam, bromazepam), <u>antidepresivos</u> (fluoxetina, fluvoxamina), <u>antiarrítmicos</u> (amiodarona), <u>antiulcerosos</u> (omeprazol), <u>antiepilépticos</u> (carbameceptina, fenobarbital, fenitoina), <u>corticoides</u> (dexametasona) o <u>antiinfecciosos</u> (eritromicina, metronidazol, fluconazol, rifampicina).
Si obstrucción intestinal, <u>Sólo en fase aguda</u>			Dado que la octeotrida afecta numerosas hormonas gastrointestinales, es útil para el control de muchos tipos de diarrea hipersecretora incluyendo pacientes con tumores intestinales y con diarrea asociada al SIDA. En los pacientes con tumores gastrointestinales, la octeotrida reduce los niveles de VIP con lo que disminuye el volumen de las heces y mejora la hipokaliemia y aclorhidria. Sin embargo se ha observado desarrollo de taquifilaxia al tratar esta condición.  Puede usarse en fase aguda (1 semana), luego de utilizar antidiarreicos estándar. <u>La decisión de su uso debe ser decisión del comité Cuidados Paliativos.</u> Se puede continuar con Bromuro de Pinaverio (Laudil) 1 comp de 50 mg cada 8 ó bien cada 12 horas, también puede usarse Belladona (tintura de Belladona) 20 a 30 gotas, 3 a 4 veces al día en un poco de agua tibia, esta última tiene interacción con hidróxido de aluminio, por tanto no debe con antiácidos que contengan este principio.

Analgésicos adyuvantes. Los analgésicos adyuvantes que se usan para ayudar a aliviar el dolor del cáncer incluyen los siguientes:

- Antidepresivos. Se ha determinado que algunos medicamentos antidepresivos alivian el dolor y también reducen la depresión. Pueden aliviar el dolor neuropático. Usar con precaución. La más recomendable es la amitriptilina.
- Anticonvulsivos. Estos medicamentos generalmente se usan para tratar trastornos de convulsiones y son útiles para aliviar el dolor que hormiguea y arde, como el dolor neuropático. Lo recomendable es la Gabapentina.
- Esteroides. Los esteroides pueden usarse para aliviar el dolor. Lo recomendable es la dexametasona (oral, subct, EV)

## SINDROME CAQUEXIA / ANOREXIA

Su importancia radica en el hecho que es, en la mayoría de los casos, la causa directa de muerte. En su tratamiento se incluye:

Corticoides	Dexametasona 0,5 mg hasta 3 veces al día VO.
Dronabinol	(derivado de la marihuana) aprobado por la FDA para AIDS, en dosis de 5 mg/día VO.
Esteroides anabólicos.	1 Amp IM, por mes, verificar función renal.
Acetato de megestrol	1 CMP, 160 mg, cada 8 - 12 horas.

## NAUSEAS Y VOMITOS

Existen varias formas de emésis y por lo tanto las estrategias terapéuticas también van a variar de acuerdo a ellas. Importante es recordar que el tratamiento debe ser más dirigido hacia la causa que hacia el tipo de antiemético a seleccionar. La irradiación hacia la cavidad abdominal es frecuente causa de náuseas y vómitos. Evaluar y conversar con el enfermo / familia la posibilidad de sonda nasogástrica ó nasoyeyunal.

Corticoides	Dexametasona 0,5 mg hasta 3 veces al día VO. Ideal EV 4 mg junto con antiemético potente.
Bloqueador de los receptores (5 - HT3)	1 amp 4 – 8 mg, con 1 amp de corticoide, ideal en infusión EV
Metoclopramida- domperidona	1 AMP, 10 mg, 1-2 amp cada 8 horas, ideal en infusión EV, 30 min

## NUTRICION E HIDRATACION

La necesidad de tratar la deshidratación en el paciente con enfermedad terminal postrado es siempre algo controversial. Se sugiere que la hidratación parenteral esté indicada en los pacientes para prevenir falla renal pre-renal, asociado con delirium, acumulación de los metabolitos de las drogas en uso (opiáceos), que pueden resultar en mioclonos o hasta en convulsiones. Tomar decisión en comité y con el enfermo o bien con su familia.

Tanto para la hidratación parenteral como para el apoyo nutricional hay que considerar el estado general del paciente, sus expectativas de vida y la calidad de vida. Tomar decisión en comité de cuidados paliativos, junto al enfermo y su familia o bien con su familia.

## 10. CUIDADOS PALIATIVOS PARA CANCER GASTRICO

Actualmente más del 50% de los cánceres gástricos diagnosticados requerirán de cuidados paliativos (esencialmente por diagnóstico tardío). La mayor sintomatología se ubicará en las molestias gástricas, sin embargo, el Dolor será uno de los síntomas más temido, tanto por el paciente como por su familia.

La mejor evaluación de la intensidad de los síntomas y el dolor se realiza con la Escala Visual Análoga (EVA).

### A. DOLOR

Este esquema puede requerir el apoyo eventual a base opiáceos parenterales, administrados en Infusión continua y por lo tanto con apoyo de bombas de infusión continua para manejo ambulatorio (BIC) y

autodosisación de los mismos. Precisa además del uso en casos seleccionados, de catéteres con reservorio, los cuales idealmente se debieran colocar precozmente.

Dolor leve a moderado	< a EVA 5	Alternativas	Precaución
Metamizol sódico 300 – 600 mg. C/ 6 hrs.	Por su actividad espasmolítica es muy útil en los dolores viscerales.	-Naproxeno -Nimesulide	Rotar AINEs cada 7 – 10 días. Dosis equianalgésicas.  Utilizar antagonistas de los receptores H <sub>2</sub> Ranitidina 300 mg día ó Famotidina 20 – 40 mg/día ó Inhibidores de la bomba de protones Omeprazol 20 – 40 mg.  También deben rotarse cada 15 días.  Monitorear permanentemente efectos adversos.  Usar metoclopramida 10 mg CMP, gotas, Amp; 40 minutos antes del desayuno, almuerzo y comida. Haloperidol 1-5 mg oral CMP, gotal, AMP cada 12 horas.
Dolor moderado a severo	EVA 5 - 7	Alternativas	Precaución
TRAMADOL más o sin AINE , oral subcutáneo, EV	50 – 100 mg C/ 6 hrs. dosis máxima 400 mg.  100,150 200 mg, C/8 – 12 horas, 8 horas de liberación sostenida.	Potencia analgésica: Ligeramente superior a la de la codeína (100 mg equivalen a 120 mg de codeína). Estreñimiento, menos frecuente que con la codeína, prevenir con vaselina líquida/ lactulosa. El resto de efectos secundarios son similares a los de la codeína. Si vómitos frecuentes agregar corticoide (dexametazona, betametazona) 1 amp cada 12 hrs subcutánea.	Recomendar líquidos abundantes y alimentación blanda, ambos fraccionados: pequeñas porciones (1/2 vaso) 8 a 10 veces por día.  Prevenir náuseas y vómitos, metoclopramida.  Usar preventivamente un laxante, por ejemplo 10 - 20 gotas de docusato de sodio, VO. Si vómitos son persistentes se puede administrar supositorios de torecan 1 cada 12 hrs. También puede usarlo vía IM o bien EV.
Dolor severo a intenso	EVA 7 - 10	Alternativas	Precaución

Morfina con o sin AINE	<p>Oral* 10 – 30 mg. C/4 – 6 hrs. Parenteral 5 – 10 mg. C/4 – 6 hrs. Oral Liberación sostenida. 30 – 60 mg. C/8 – 12 hrs.</p>	<p>Preferir vía EV, o subcutánea. Metadona, 5 a 10 mg cada 8 a 12 horas.</p> <p>Parches de buprenorfina, un parche cada 72 horas, puede fraccionarlo. Muy en particular en tumores que comprometen además del estómago la vía oral, o bien en extremo estado de caquexia.</p>	<p>Recomendar líquidos abundantes y alimentación blanda, ambos fraccionados: pequeñas porciones (1/2 vaso) 8 a 10 veces por día, si no hay vómitos.</p> <p>Usar laxante, sólo si es necesario.</p> <p>Prevenir con metoclopramida. Si vómitos son persistentes se puede administrar supositorios de torecan 1 cada 12 hrs. <u>Si vómitos incontrolables se puede utilizar:</u> bloqueadores de los receptores 5 – hidroxitriptamine (5-HT<sub>3</sub>), más corticoide (1 amp. Dexametazona, betametazona junto con antiemético. EV, suero fisiológico o glucosalino cada 12 horas.</p>
Si obstrucción intestinal, usar octeotrida (1,2)	<p>La octeotrida es un octapéptido derivado de la somatostatina de origen natural, con efectos farmacológicos similares, pero con una duración de acción considerablemente superior. Inhibe la secreción patológicamente aumentada de la hormona del crecimiento (GH) y de los péptidos y la serotonina producidos en el sistema endocrino gastroenteropancreático (GEP). Puede usarse en fase aguda (1 semana), luego derivar a comité C. Paliativos. Se puede continuar con Bromuro de Pinaverio (Laudil) 1 comp de 50 mg cada 8 o bien cada 12 horas, también puede usarse Belladona (tintura de Belladona) 20 a 30 gotas 3 a 4 veces al día en un poco de agua tibia, esta última tiene interacción con hidróxido de aluminio, por tanto no debe con antiácidos que contengan este principio.</p>		

<sup>1</sup> Modlin IM, Lewis JJ, Ahlman H, Bilchik AJ, Kumar RR. Management of unresectable malignant endocrine tumors of the pancreas. Surg Gynecol Obstet 1993 May 176:5 507-18

<sup>2</sup> Kusuhara K, Kusunoki M, Okamoto T, Sakanoue Y, Utsunomiya. Reduction of the effluent volume in high-output ileostomy patients by a somatostatin analogue, SMS 201-995. J Int J Colorectal Dis 1992 Dec 7:4 202-5

## B. SINDROME CAQUEXIA / ANOREXIA

Su importancia radica en el hecho que es, en la mayoría de los casos, la causa directa de muerte.

En su tratamiento se incluyen:

Progestágenos	Acetato de Megestrol (Megace), en dosis de 80 a 160 mg, 2 veces al día VO.
Corticoides	Dexametazona 0,5 mg hasta 3 veces al día VO.
Esteroides anabólicos.	1 Amp IM, por mes verificar función renal.
Ciproheptadina	Si bien no está comprobado que efectivamente aumente el apetito. Las vitaminas y minerales están recomendadas
Cianocobalamina Vit B 12	1 AMP IM cada dos meses.
Pentoxifilina Metoclopramida	

## C. NAUSEAS Y VOMITOS

Existen varias formas de emesis y por lo tanto las estrategias terapéuticas también van a variar de acuerdo a ellas. Importante es recordar que el tratamiento debe ser más dirigido hacia la causa que hacia el tipo de antiemético a seleccionar. La irradiación hacia la cavidad abdominal es frecuente causa de náuseas y vómitos. Evaluar y conversar con el enfermo / familia la posibilidad de sonda nasogástrica ó nasoyeyunal cuyo uso debe ser analizado caso a caso. En todo caso se puede utilizar:

Corticoides	Dexametasona 0,5 mg hasta 3 veces al día VO. Ideal EV 4 mg junto con antiemético potente.
Bloqueador de los receptores (5 - HT3)	1 amp 4 – 8 mg, con 1 amp de corticoide, ideal en infusión EV
Metoclopramida - domperidona	1 AMP, 10 mg, 1-2 amp cada 8 horas, ideal en infusión EV.

#### D. NUTRICION E HIDRATACION

La necesidad de tratar la deshidratación en el paciente con enfermedad terminal postrado es siempre algo controversial. Se sugiere que la hidratación parenteral esté indicada en los pacientes para prevenir falla renal pre-renal, asociado con delirium, acumulación de los metabolitos de las drogas en uso (opiáceos), que pueden resultar en mioclonos o hasta en convulsiones. Tomar decisión en comité de cuidados paliativos y con el enfermo o bien con su familia.

El apoyo nutricional en el manejo de estos pacientes, también es controversial. Algunos estudios que sugieren que aumenta la actividad tumoral lo que a su vez conlleva más complicaciones.

Tanto para la hidratación parenteral como para el apoyo nutricional hay que considerar el estado general del paciente, sus expectativas de vida y la calidad de vida. Tomar decisión en comité de Cuidados Paliativos y con el enfermo o bien con su familia.

Evaluar necesidad de instalación de gastrostomía o yeyunostomía para alimentación enteral, ésta puede ser percutánea o quirúrgica.

## II. SINTOMAS PSICOLOGICOS<sup>84</sup>

Los problemas emocionales pueden ser respuestas normales frente a situaciones emergentes, inesperadas, temidas, mitificadas como el diagnóstico y la evolución de un cáncer.

La mayoría de las personas y sus familias se adaptan relativamente bien a los eventos inesperados, sin embargo, existe un grupo que presenta síntomas depresivos y/o ansiosos que interfieren con el proceso diagnóstico del tratamiento y la recuperación.

Sin embargo, el conocimiento del diagnóstico de una enfermedad en etapa avanzada o terminal, expone a la persona enferma y a la familia a un proceso de adaptación e integración para reconstruir una realidad presente y buscar en esta nueva situación la calidad de vida.

#### A. TRATAMIENTO DEL SUFRIMIENTO

La aproximación a la muerte genera re-consideración de la muerte y la vida después de la muerte; puede ser también un tiempo para identificar los valores, las creencias y los recursos personales.

Las preocupaciones psicológicas, sociales, y existenciales/religiosas/espirituales se entrelazan completamente.

Debido al pronunciado y complejo sufrimiento que experimentan muchos pacientes en el final de la vida, los profesionales de salud mental, los asistentes sociales y los consejeros pastorales deben estar disponibles.

<sup>84</sup> Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. Journal of the American Medical Association, 1983

Sin embargo, a causa de continuas actitudes negativas hacia los problemas psicológicos, el personal médico es a menudo reacio a pedir una consulta psiquiátrica o de salud mental, aún cuando es apropiado, porque temen que el paciente o la familia puedan ofenderse. Verdaderamente, a veces la familia lo ve como un insulto al paciente que tiene una enfermedad grave.

Un problema descuidado en el cuidado paliativo es el sub-reconocimiento, sub-diagnóstico y sub-tratamiento de pacientes con sufrimiento significativo, que puede ir de la angustia existencial a la ansiedad y la depresión.

Aunque los pacientes y familias expresan sus deseos de recibir asistencia para sus preocupaciones no-médicas y que la inclusión de este tema es un elemento central en cuidado paliativo, existe evidencia significativa que la atención dada a estos temas es inadecuada a pesar de las buenas intenciones.

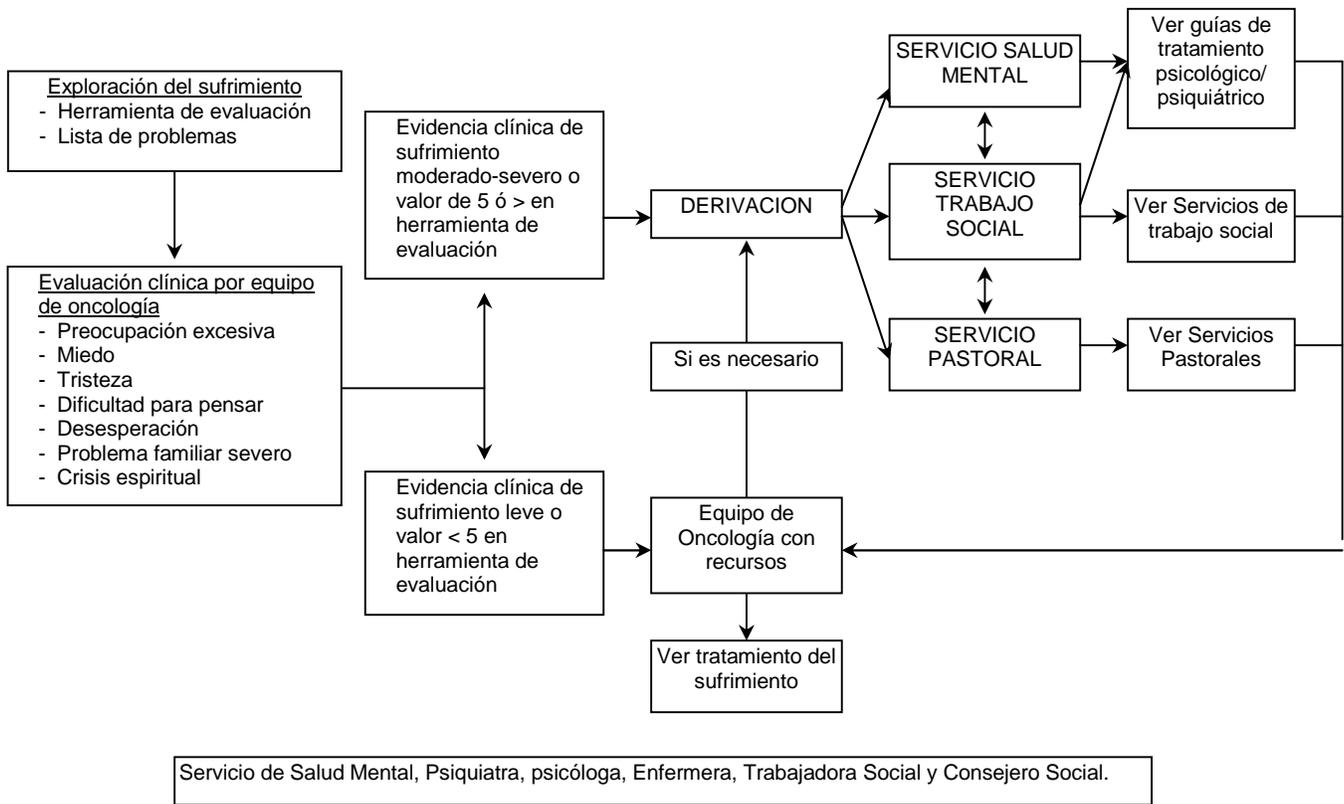
### DESARROLLO DE NORMAS PARA EL TRATAMIENTO DEL SUFRIMIENTO

Clínicamente, el sufrimiento puede aumentar en un continuo, desde sentimientos normales comunes de vulnerabilidad, tristeza y temor a problemas que incapacitan, como depresión mayor, ansiedad generalizada, pánico y sentimiento de aislamiento o crisis espiritual.

El nivel de sufrimiento se debe valorar en cada visita en domicilio, en consultorio en internación. Las guías prácticas de la NCCN dan un algoritmo (figura 1) para la identificación rápida de pacientes con sufrimiento significativo y proveen el disparador para la derivación a los servicios de apoyo.

Figura 1.

#### TRATAMIENTO DEL SUFRIMIENTO Generalidades del proceso de evaluación y tratamiento



VER ANEXO

## B. INSOMNIO<sup>85</sup>

Es la sensación subjetiva de dificultad para conciliar el sueño o haber dormido pocas horas no alcanzando un sueño y descanso reparador. Se puede originar en forma primaria o bien asociarse a otros cuadros como: ansiedad, depresión, dolor y estrés.

### EPIDEMIOLOGIA<sup>86,87,88,89</sup>

Los trastornos del sueño ocurren cerca del 12% al 25% de la población general y a menudo están asociados con estrés relacionado con alguna situación, enfermedad, envejecimiento y tratamiento con fármacos.

Se calcula que 45% de las personas con cáncer sufren de trastornos del sueño.

La enfermedad física, el dolor, la hospitalización, los fármacos y otros tratamientos para el cáncer y la repercusión psicológica de una enfermedad maligna pueden alterar los patrones de sueño de las personas con cáncer. La falta de sueño afecta de manera negativa el humor y el desempeño durante el día.

El Sleep Disorders Classification Committee ha definido cuatro categorías principales de trastornos del sueño:

1. Trastornos para iniciar y mantener el sueño (insomnio).
2. Trastornos del ciclo sueño-vigilia.
3. Disfunciones asociadas con el sueño, etapas de sueño o vigiliias parciales (parasomnias).
4. Trastornos de somnolencia excesiva.

Con relación a los trastornos para iniciar y mantener el sueño, existen dos tipos: de conciliación y de despertar precoz; el primero está dado por la dificultad para inducir el sueño y el segundo por el despertar prematuro, con la sensación de cansancio y somnolencia sin poder conciliar el sueño nuevamente.

### Causas

Ambientales	exceso de luz, ruidos, estimulación, mal horario de alimentación.
Fisiológicas	nicturia, dormir durante el día.
Psicológicas	todos los síntomas que influyen en el estado anímico, muy en especial ansiedad, trastornos de pánico y temor a la muerte, depresión mayor, estrés.
Tratamiento incorrecto de otros síntomas	dolor, disnea, tos, vómitos, diarrea, incontinencia.
Medicación coadyuvante	diuréticos, corticoides, cafeína, psicoestimulantes, otros.

<sup>85</sup> Massie MJ, Holland JC. (1987) Consultation and liaison issues in cancer care. *Psychiatric Medicine*, 5: 343 – 359.

<sup>86</sup> Walsleben J: Sleep disorders. *Am J Nurs* 82 (6): 936-40, 1982

<sup>87</sup> Kaempfer SH: Comfort: Sleep. In: Johnson BL, Gross J, eds: *Handbook of Oncology Nursing*. New York: John Wiley & Sons, 1985, pp167-84.

<sup>88</sup> Savard J, Morin CM: Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *J Clin Oncol* 19 (3): 895-908, 2001.

<sup>89</sup> Beszterczey A, Lipowski ZJ: Insomnia in cancer patients. *Can Med Assoc J* 116 (4): 355, 1977.

### Estrategia terapéutica

Está dirigido a tratar las causas desencadenantes de base.

Manejo farmacológico:

Se asocian terapias farmacológicas (esencialmente con benzodiazepina).	
1) Insomnio de conciliación:	
Midazolam:	7.5 - 30 mg 1 hora antes de la hora habitual de dormir.
Zolpidem:	5 - 1.0 mg 1 hora antes de la hora habitual de sueño.
2) Insomnio del despertar:	
Clonazepam:	1 - 2 mg v.o. en la noche
Diazepam:	5 - 15 mg en la noche
Clorpromazina:	12.5 - 25 mg en la noche
Haloperidol:	2 - 10 mg en la noche
Levomepromazina	12,5- 25 mg en la noche

Medidas no farmacológicas:

- 1) Atender a las causas señaladas por el paciente, muy en especial en todo lo relacionado con sus angustias y temores relacionados con la muerte.
- 2) Reforzar el hábito de dormir en horarios fijos.
- 3) Establecer tareas para ocupar tiempo libre durante el día.
- 4) Realizar pequeños ejercicios musculares ya sea autónomos o asistidos.
- 5) Fomentar baño en tina o bien baño en cama, seguido de masajes tibios previos a la hora establecida para dormir.
- 6) Ambiente tranquilo.

Dormir bien forma parte del bienestar.

Evalúa si estás padeciendo alguna forma de insomnio.

ESCALA AUTOADMINISTRADA

(Marque sólo una respuesta en el casillero de la derecha)

I) Durante el mes pasado, cómo consideras la calidad de tu sueño?

- 1. Muy buena
- 2. Aceptablemente buena
- 3. Ligeramente pobre
- 4. Muy pobre

II) Durante el mes pasado, ¿aproximadamente cuántos minutos necesitaste usualmente para dormirte una vez que decidiste ir a dormir?

- 1. 0-20 min.
- 2. 21-30 min.
- 3. 31-60 min.
- 4. más de 60 min.

III) Durante los últimos treinta días, ¿cuántas veces te has despertado cada noche?

- 1. ninguna
- 2. 1-3
- 3. 4-5
- 4. más de 5

IV) Cada noche, durante el pasado mes, ¿cuántas horas has dormido realmente, sin contar el tiempo que estuviste despierto?

- 1. 8 hs.
- 2. 6-7 hs.
- 3. 5-6 hs.
- 4. menos de 5 hs.

V) Durante el pasado mes, ¿te sentiste con sueño durante el día?

- 1. Nunca
- 2. Un poco
- 3. Bastante
- 4. Todo el tiempo

VI) En el pasado mes, ¿cuántas veces tuviste que tomar algún producto de venta libre (infusiones, preparados de Homeopatía, extractos de hierbas en comprimidos o en gotas) para poder dormir?

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| 1. Nunca          | <input type="checkbox"/> |
| 2. 1-7            | <input type="checkbox"/> |
| 3. 8-20           | <input type="checkbox"/> |
| 4. Todo el tiempo | <input type="checkbox"/> |

VII) En el pasado mes ¿cuántas veces has tomado medicamentos sedantes de venta bajo receta para dormir?

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| 1. Nunca     | <input type="checkbox"/> |
| 2. 1-7       | <input type="checkbox"/> |
| 3. 8-20      | <input type="checkbox"/> |
| 4. Más de 20 | <input type="checkbox"/> |

Suma los puntos que corresponden a los números de la izquierda.

Si el puntaje total es:

- de 7 a 9: no padeces de insomnio
- de 9 a 14: insomnio leve
- de 14 a 21: insomnio moderado
- de 21 a 28: insomnio severo

### C. DEPRESION<sup>90,91,92</sup>

#### Definición

Se caracteriza por una baja en el estado de ánimo, por pérdida del interés o por indiferencia a todo aquello que antes le interesaba o motivaba. En las personas con cáncer avanzado/terminal, el problema de la depresión es complejo, debido a que el sufrimiento la aumenta y se necesita descubrirla precozmente. Es por ello, que los síntomas psicológicos se tornan en el pilar diagnóstico y los síntomas físicos son en relación a ellos, secundarios.

Los principales síntomas secundarios son: El ánimo disfórico, sentimientos de desesperanza, pérdida de la autoestima, sensación de inutilidad y/o culpa, pensamientos suicidas y deseos de morir.

Las características físicas de la depresión incluyen: disminución del apetito, pérdida de peso, astenia y adinamia, pérdida de la libido, dolores, tensión muscular y fatiga. Sin embargo el paciente depresivo a

<sup>90</sup> Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. American Journal of Psychiatry, 154: 674 – 676. 1997

<sup>91</sup> Payne DK, Massie MJ. Diagnosis and Management of depression in palliative care Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine..Oxford ed., Chapter 3, 25 – 50. 2000

<sup>92</sup> Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study. JAMA., 282:1737-1744. 1999

diferencia del ansioso, no presenta tantos síntomas de tipo autonómico, aún cuando es frecuente encontrar ansiedad y depresión simultáneamente.

### Epidemiología<sup>93,94</sup>

En cuidado paliativo, la depresión es reconocida como uno de los problemas de salud más comunes con prevalencias que varían del 5 al 40%. En adultos jóvenes alcanzaría una prevalencia 30 – 35 % y subiría a más de 50% en la población adulta mayor.<sup>95</sup> Algunos factores pueden aumentar particularmente el riesgo de síntomas depresivos: adulto joven (metas no realizadas, proyecto de vida truncado), bajo apoyo social - laboral (emocional y logístico), discapacidad física, dolor (sea provocado por la enfermedad de base y por aumento de discapacidad), mutilación terapéutica de algunos miembros y particularmente de órganos sexuales (baja autoestima). También se considera alto riesgo a los adultos mayores con más de 15 puntos en la escala de Yesavage. Otros factores como: lesión directa al Sistema Nervioso Central, hipercalcemia, trastornos neuroendocrinos, desnutrición, infecciones, medicamentos y reacciones inmunológicas.

### Clasificación<sup>96</sup>

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), diferencia cuatro síndromes depresivos «básicos»: depresión mayor, depresión menor, distimia y reacción depresiva. Estos cuatro síndromes se especifican en nueve categorías diagnósticas (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno no especificado, trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II, etc.). Y éstas, a su vez, en función de especificaciones de etiología, severidad y evolución, se diversifican hasta más de 20 categorías diagnósticas finales. Con algunas diferencias, esta estructura se mantiene en el Capítulo de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (10) (CIE-10).

### Tratamiento<sup>97,98,99</sup>

El estándar es la entrevista, con anamnesis próxima y remota realizada con calma, junto al examen físico acucioso. En un ambiente de tranquilidad, de escucha atenta, de observación al lenguaje corporal, no verbal. La comunicación es el medio terapéutico. El médico o enfermera de la unidad PAD y CP evaluarán a las personas enfermas; las catalogadas “en riesgo” se derivarán a psicólogo.

El diagnóstico de depresión es difícil de realizar en personas con cáncer avanzado. Al valorar los síntomas somáticos se corre el riesgo de sobrediagnóstico. Esta situación inclina la balanza en este sentido, ante el mayor riesgo tras el subdiagnóstico de un cuadro depresivo. En esta situación se recomienda valorar en mayor medida los síntomas psicóticos tales como desesperanza e ideas de culpa. Se efectuará siguiendo los criterios del DSM-IV. Usar la escala de Yesavage, validada en Chile para adultos mayores de 65 años. Otras escalas como el PRIME MD (sigue los criterios del DSM-IV) y el HADS (mide ansiedad, depresión y estrés global), pueden ofrecer un parámetro objetivo para seguimiento. Entre los cuestionarios de autoevaluación de depresión disponibles, el más empleado es el inventario de depresividad de Beck (BDI).

<sup>93</sup> M.J. García Serrano<sup>a</sup> J. Tobías Ferrer<sup>a</sup> Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. Aten Primaria; 27 : 484 – 488.2001

<sup>94</sup> World Health Organization. Chapter V. Mental and Behavioral Disorders. In Tenth Revision of the International Classification of Diseases. Gèneve. WHO, Division of Mental Health; 1990.

<sup>95</sup> García-Solano F García-Solano F. Midiendo la prevalencia de la «depresión» en Revista Española de Geriatría y Gerontología. en Vol. 36, Núm. 03

<sup>96</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. DSM-IV. Washington, D.C. American Psychiatric Association;1994.

<sup>97</sup> Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983;17:37-49.

<sup>98</sup> Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-71.

<sup>99</sup> Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960; 23: 56-62

Las escalas de evaluación externa, en cambio, son administradas por un observador exterior y es éste quien cuantifica la intensidad de la depresión. De estos instrumentos, el más ampliamente utilizado es la escala de depresión de Hamilton.

“¿Se ha sentido recientemente deprimido, con desesperanza o decaído?”.

La tristeza y el duelo manifestados son respuestas esperadas después del diagnóstico y en diferentes momentos de la evolución de la enfermedad hasta los estadios terminales. Adicionalmente los signos físicos de la depresión (fatiga, anorexia, alteraciones del sueño, del ánimo), pueden ser atribuibles tanto al cáncer como a los medicamentos utilizados.

Medidas no farmacológicas:

#### Escuchar atentamente:

- 1) Atender a las causas manifiestas por el paciente.
- 2) La evaluación y el seguimiento son indispensables para prevenir una depresión.
  - Manejo escalonado o gradual de la situación.
  - Educación al paciente y a la familia.
  - Conversar en torno a las causas expuestas, buscando alternativas de solución real en éste actual presente.
  - Apoyo con esperanzas reales.

#### Evaluación y registro:

- Descartar causas médicas o farmacológicas de depresión en pacientes con cáncer:
  - Hipercalcemia, disfunción tiroidea,  $\beta$  - bloqueadores, esteroides, anticonvulsivantes, otras drogas.
  - Dolor pobremente controlado, persistente.
- Evaluar el manejo del duelo en la persona enferma primero y luego con la familia.
  - Identificar episodios previos de depresión u otro trastorno mental.
  - Historia de uso o abuso de sustancias (ejs. cuestionarios: CAGE = alcoholismo)
  - Antecedentes de depresión, suicidio u otra enfermedad mental en la familia.
  - Identificar problemas de temperamento: nerviosismo, inestabilidad, rebeldía, mal humor.
- Registrar antecedentes de somatización.
  - Preguntar directamente sobre ideas o intentos suicidas.
  - Descartar delirio (CAM: Confusion Assessment Method).
  - Niveles de depresión (PRIME MD, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale).

#### Expresión de sentimientos y emociones

- Realice esta actividad en entorno seguro (sin sonido de teléfono, interrupciones, asiento cómodo, ¿acompañado?). Dígame, ahora tenemos 30 minutos para conversar....
- Tiempo para que exprese sus sentimientos en relación a lo que está ocurriendo.
- Atender a las emociones.
- Identificar a las personas en condiciones de fragilidad, evaluar, registrar y seguir.
- Evaluar capacidad para conocer la verdad de su situación.
- Suministrar información de manera directa, gradual y con lenguaje sencillo.
- ¿Desea ahora que invitemos a su familiar? El paciente será quién apruebe la comunicación del diagnóstico de enfermedad avanzada o terminal a la familia y no a la inversa.

- Para atender a la familia es necesario que la persona enferma exprese sus miedos y preocupaciones acerca del cáncer, la muerte, las complicaciones, las alteraciones físicas y psicológicas que pudieran aparecer durante la evolución de la enfermedad.
- Asegurar la confidencialidad.
- No ofrecer posibilidades irreales.
- Insentivar a establecer 1 meta real.

#### Derivar

- Los pacientes y sus familiares que presenten síntomas o signos que interfieran con el tratamiento o la calidad de vida, derivar al psicólogo.
- En casos especiales, sugerir al paciente participar en grupos de apoyo, ejercicios de relajación, entrenamiento conductual y otras intervenciones psicológicas.

#### Medidas farmacológicas:

La terapia de la depresión comprende las fases aguda, continua y preventiva. Los antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina, nortriptilina, otros.), han sido los medicamentos de elección en las depresiones mayores, actualmente existen algunas tendencias a manejarlas inicialmente con inhibidores específicos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la fluoxetina, sertralina y paroxetina, entre otros. Si la depresión mayor se asocia a características psicóticas puede ser conveniente asociar un neuroléptico al antidepresivo, de preferencia un antipsicótico de última generación (Quetiapina, Risperidona y Olanzapina) Los antecedentes de medicación previa, efectos colaterales de la droga en uso y los antecedentes familiares sirven para adecuar los tratamientos prescritos.

Fármacos	Dosis diaria inicial	Dosis de mantención	Efectos secundarios <u>MONITOREAR</u>
Antidepresivos Tricíclicos Amitriptilina Imipramina Nortriptilina	25 mg 25 mg 25 mg	75 – 150 mg 75 – 150 mg 100 – 150 mg	- efectos anticolinérgicos (boca seca, retención urinaria y constipación), taquicardia, arritmias, hipotensión (bloqueo a-1), sedación y somnolencia (bloqueo antihistamina H1)
Antidepresivos de acción dual Velafaxina XR Trazodona Mirtazapina	37,5 mg día 50 mg 3 veces al día 15 mg en la noche	37,5 a 75 mg 150 – 250 mg 15- 45 mg	-náusea, incremento de las cifras de presión arterial -hipotensión postural (bloqueo a-1), priapismo. -sedación, aumento de peso.
Inhibidores de recaptación de serotonina Fluoxetina Sertralina Paroxetina	20 mg/1 vez por día 25 mg/1 vez por día 20 mg por día	20 – 80 mg 50 – 200 mg 20- 80 mg	aumento de la motilidad intestinal, insomnio, cefalea y disfunción sexual, temblor, mareo, acatisia.
Inhibidor de recaptación noradrenalina y dopamina. Bupropion (Wellbutrin)	150 mg al día	150 a 300 mg día	disminuye el umbral convulsivo.
Benzodiazepina Alprazolam Clonazepam	0.25 – 1 mg 4 veces/día 0,5 – 2 mg 2 veces al día	0.75 – 6 mg día 0,5- 6 mg v.o. al día	
Psicoestimulantes: Anfetamina Metilfenidato	10 mg 10 mg	10 – 30 mg al día 10- 40 mg al día	

- Los antidepresivos forman parte de la terapia recomendada para el paciente terminal con depresión mayor. También se pueden usar con precaución, psicoestimulantes como metilfenidato o pemolina.
- Seleccionar el antidepresivo cuyo perfil de efectos adversos se ajuste de la mejor manera al paciente. Por ejemplo, en pacientes con retraso psicomotor son más útiles las sustancias activadoras como metilfenidato o fluoxetina.
- En personas agitadas y deprimidos, se recomiendan drogas más sedantes como nortriptilina, sertralina y paroxetina.
- Los enfermos con cáncer a menudo responden a dosis más bajas de lo habitual.

1. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. (1997) "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. American Journal of Psychiatry, 154: 674 – 676.
2. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J et al. (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. Journal of the American Medical Association, 249: 751 – 757.
3. Driver LC, Bruera E. (2000) The MD Anderson Palliative Care Handbook; 13: 87– 93.
4. Goldberg RJ, Mor V. (1985) A survey of psychotropic use in terminal cancer patients. Psychosomatics, 26:745 – 751.
5. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi C, Balkin S, Siegal A, Horwitz R.(1990) Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. Annals of Internal Medicine, 113:941-948.
6. Massie MJ, Holland JC.(1987) Consultation and liaison issues in cancer care. Psychiatric Medicine, 5: 343 – 359.
7. Payne DK, Massie MJ. Diagnosis and Management of depression in palliative care Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine. Oxford ed, 2000. Chapter 3, 25 – 50.
8. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. (1999) Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study. JAMA., 282:1737-1744.

### Escala geriátrica de depresión (Yesavage). Versión corta

1. ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	SÍ	NO
3. ¿Siente su vida vacía?	SÍ	NO
4. ¿Se encuentra aburrida/o a menudo?	SÍ	NO
5. ¿Tiene buen ánimo a menudo?	SÍ	NO
6. ¿Teme que le pase algo malo?	SÍ	NO
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	SÍ	NO
8. ¿Se siente abandonada/o a menudo?	SÍ	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SÍ	NO
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente?	SÍ	NO
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	SÍ	NO
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SÍ	NO
13. ¿Se siente llena/o de energía?	SÍ	NO
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	SÍ	NO
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SÍ	NO
<u>PUNTUACION TOTAL</u>		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
<p>Sumar 1 punto por cada respuesta marcada en cursiva-guesa (0-5: normal; 6-9: depresión leve; 10 ó más: depresión establecida)</p>		

### Escala geriátrica abreviada de la depresión de Yesavage

1.	La escala geriátrica de depresión de Yesavage, es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo.						
2.	Consta de 15 preguntas afirmativas/negativas en su forma abreviada, frente a las 30 preguntas de la versión original, para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente.						
3.	Se necesitan unos cinco minutos para cumplimentarla y puede realizarla el paciente solo.						
4.	La forma abreviada de Yesavage es un instrumento de apoyo. Como todas las escalas de depresión pueden aparecer falsos positivos con cierta frecuencia, por lo que debe utilizarse exclusivamente en conjunción con otros datos.						
5.	<p>Valoración:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Normal</td> <td style="padding-left: 40px;">0 a 5</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Depresión Leve</td> <td style="padding-left: 40px;">6 a 9</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Depresión Severa</td> <td style="padding-left: 40px;">≥ 10</td> </tr> </table>	Normal	0 a 5	Depresión Leve	6 a 9	Depresión Severa	≥ 10
Normal	0 a 5						
Depresión Leve	6 a 9						
Depresión Severa	≥ 10						

## D. ANSIEDAD <sup>100</sup>

### Definición

Es un síntoma frecuente en las personas que padecen de cáncer. No es privativa de la fase terminal. El diagnóstico puede desencadenar preocupaciones anticipadas sobre la evolución de la enfermedad, el tratamiento y complicaciones asociadas a la pérdida progresiva de autonomía.

Es importante tener presente que varios factores pueden actuar predisponiendo a la ansiedad, entre ellos se incluyen antecedentes previos: dolor no manejado o controlado, consumo por tiempos largo de medicamentos (esteroides, antieméticos, anticolinérgicos, opioides, benzodiazepinas, broncodilatadores, psicoestimulantes).

También es necesario investigar sobre, supresión de drogas (opioides, benzodiazepinas, alcohol), condiciones mórbidas (hipoxia, insuficiencia cardiorrespiratoria, hipoglicemia, hipocalcemia, hipertiroidismo, trastorno electrolítico, entre otros).

Los trastornos depresivos son difíciles de diagnosticar en pacientes con cáncer debido a la multiplicidad de síntomas relacionados entre ambas patologías. Se sabe que la falta de información entregada en forma "adecuada" a cada paciente favorece los síntomas y reacciones de ansiedad.

La psicoeducación disminuye la ansiedad y mejora la calidad de vida.

Cerca del 10% de los pacientes con cáncer presentarán un trastorno depresivo mayor que afectará de manera importante su desempeño.

### Epidemiología

Uno de los primeros estudios que aportó datos objetivos sobre la morbilidad psiquiátrica en pacientes oncológicos fue el de Craig y Abeloff (1974). En él se evaluaron mediante el SCL-90 (lista de síntomas de Hopkins, formada de 90 ítems) a 30 pacientes admitidos en una unidad de investigación oncológica. Más del 50% de la muestra presentaba niveles altos o moderados de depresión, y un 30% tenía elevados niveles de ansiedad.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos, en el estudio PSYCOG, realizado en pacientes con cáncer, se encontró una prevalencia de trastornos de ansiedad del 21%.

Los trastornos de ansiedad pueden ser cognitivos o somáticos.

Los síntomas más llamativos son los somáticos, que incluyen taquicardia, diaforesis, disnea, molestias gastrointestinales, náuseas y vómito. La pérdida del apetito, disminución de la libido y el insomnio son igualmente frecuentes, como también la hiperactividad y la irritabilidad.

### Causas

En el paciente oncológico terminal la mayor fuente de ansiedad con frecuencia es el proceso de morir y no la muerte; y el factor desencadenante más común, es el miedo al sufrimiento físico, al deterioro, a la dependencia de otros.

<sup>100</sup> Driver LC, Bruera E.(2000) The MD Anderson Palliative Care Handbook; 13: 87– 93.

Tabla I.  
Prevalencia de trastorno psiquiátrico en pacientes oncológicos (Derogatis et. A., 1983)  
Muestra: 215 pacientes (Criterios DSM-III)

Categoría diagnóstica	Casos	%
T. Adaptativo	69	32
Depresión mayor	13	6
T. Mental orgánico	8	4
T. de la personalidad	7	3
T. de ansiedad	4	2
Total casos psiquiátricos	101	47
Total Casos no psiquiátricos	114	53

Tabla II.  
Espectro de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos (Estudio PSYCOG)

Categoría diagnóstica	%
Estrés comunicación diagnóstica y respuestas normales al cáncer	50
T. Adaptativo	30
Depresión mayor	8
Delirium	6
T. de ansiedad	3
T. Psicóticos	1
T. de la personalidad	2

#### Tratamiento

Se basa en el uso de benzodiazepinas al paciente; sin embargo, no deben tomarse como un sustituto de la atención y soporte integral con el psicólogo/psiquiatra.

Medidas no farmacológicas:

- 1) Conversar sobre las causas, buscando complementariamente alternativas de solución, incentivar participación, autonomía y toma de decisiones. Resolución de dudas y temores.
- 2) Atender a las causas señaladas por el paciente.
- 3) Compañía tranquilizadora.
- 4) Uso del tiempo libre, estableciendo pequeñas tareas y metas diarias.
- 5) Es deseable invitar a conocer (presenciar) taller de relajación.

La clave, tiempo para escuchar, luego anamnesis, examen físico.

Evaluación

- Preguntar sobre:
- Manejo del duelo, síntomas físicos molestos o problemas con los medicamentos.
- Estrés psicosocial y otros posibles estresores.
- Experiencias previas de ansiedad y problemas de temperamento.
- Preocupación sobre la condición actual y pronóstico.
- Fobias asociadas al tratamiento y síntomas de estrés postraumático.

Al examen físico buscar:

- Aprehensión, temblor, agitación, temor, inatención.
- Diaforesis, palidez o enrojecimiento facial.
- Hipertensión, taquicardia, taquipnea.

Intervención terapéutica:

- Tratamiento de síntomas físicos primarios y suspensión de los medicamentos implicados a ellos.
- Evaluar y tratar de manera agresiva el dolor.
- Permitir al paciente expresar sus sentimientos y pensamientos acerca de la situación y ofrecerle información útil.
- Información gradual de las malas noticias.
- Descartar depresión mayor.
- Derivar a psicólogo (Psicoterapia de apoyo y terapia conductual)
- Sugerir técnicas de relajación.

Tratamiento farmacológico<sup>101,102</sup>:

Existen benzodiazepinas con las que se obtiene un mayor efecto ansiolítico (bromazepam, alprazolam, lorazepam), y otras con las que además se logra un buen efecto hipnótico (diazepam, flunitrazepam), estas drogas deben iniciarse y discontinuarse en dosis graduadas para evitar sus efectos secundarios.

Los neurolepticos en dosis bajas tienen efecto ansiolítico, destacando la clorpromazina y el haloperidol.

<sup>101</sup> Goldberg RJ, Mor V. (1985) A survey of psychotropic use in terminal cancer patients. *Psychosomatics*, 26:745 – 751.

<sup>102</sup> RUIZ T, Aída, SILVA I, Hernán y MIRANDA C, Eduardo. **Diagnóstico clínico y psicométrico de la depresión en pacientes de medicina general.** *Rev. méd. Chile*, jun. 2001, vol.129, no.6, p.627-633.

Haloperidol	1 - 2 mg / día	Es el medicamento de elección, por su efecto antiemético. Dividir en dos tomas día.
Alprazolam	0.25 a 2 mg / día	Vida media corta. Puede fraccionarse, 0.5 mg en la mañana y 0.25 en la noche. Excelente efecto ansiolítico, es la mejor benzodiazepina que tiene acción benéfica en la crisis de pánico
Diazepam	5 - 10 mg / día	Precaución: Se acumula, pues su vida media es larga. Dividir en 2 a 3 tomas. Utilizado sobre todo en cuando coexiste cuadro de insomnio y/o dolor por contractura muscular
Clonazepam	0.5 – 4 mg / día	Dividir en dos tomas día
Triazolam	0.25 – 0.5 mg / día	Dividir en dos tomas día
Hidroxicina	30 - 150 mg / día	Dividir en dos tomas día
Difenhidramina	75 - 225 mg / día	Dividir en dos tomas día, No administrar personas con tratamiento para hipertensión arterial.
Zolpidem	20 mg / día	Es aconsejable su uso en la mañana

Los psicoestimulantes de acción rápida son útiles como antidepresivos en pacientes terminales. Si se presentase somnolencia: deberá adecuar, titular la dosis del ansiolítico.

Puede utilizar con precaución:

Metilfenidato (ritalín)	10 mg al día, dosis máxima 20 mg al día	Titular dosis en ¼ de tableta, de preferencia a la hora del desayuno.
-------------------------	--	---

Los psicoestimulantes están contraindicados en delirio hiperactivo y ansiedad severa.

Sin embargo, los psicoestimulantes deben utilizarse primero como prueba para evaluar posibles efectos adversos y, si se utilizan, se deben dar temprano en la mañana para prevenir el insomnio.

Información clave

- La comunicación y el apoyo son la piedra angular del tratamiento antidepresivo y es a menudo complementado con la farmacoterapia.
- ☒ Un paciente triste, hipoactivo, con aparente ánimo depresivo, puede cursar un delirio hipoactivo que puede fácilmente confundirse con un trastorno depresivo.
- Al igual que con los trastornos depresivos, la ansiedad debe evaluarse y tratarse desde el inicio con terapia de apoyo y farmacológica.
- Los psicofármacos deben utilizarse con precaución debido a la posibilidad de interacciones con otros medicamentos utilizados y a los posibles efectos adversos.

## Test ansiedad

Durante los últimos tres meses:

1. ¿Te has preocupado por cosas que otras personas dicen que no deberías preocuparte?

SI  NO

2. ¿Has estado ansioso/a o preocupado/a por muchas cosas en la mayoría de los días?

SI  NO

3. ¿Has estado en tensión nerviosa la mayoría del tiempo?

SI  NO

4. ¿Has estado con excesiva preocupación por cosas negativas o malas que podrían ocurrirte a ti o a personas cercanas?

SI  NO

5. ¿Has permanecido inquieto/a, exasperado/a o embotado/a (cualquiera de estas opciones) por estar muy preocupado?

SI  NO

6. ¿Has tenido problemas para conciliar el sueño por estar con múltiples preocupaciones?

SI  NO

7. ¿Has sentido tensión muscular o contracturas a causa de la ansiedad o el estrés?

SI  NO

8. ¿Has estado a punto de estallar o muy irritable por sentirte estresado/a o abrumado/a?

SI  NO

9. ¿Has tenido frecuentemente dificultades en concentrarte a causa de tener la mente ocupada en preocupaciones?

SI  NO

10. ¿Ha sido difícil poder parar o controlar tus preocupaciones la mayor parte del tiempo?

SI  NO

11. ¿Has sentido dificultad en permanecer quieto/a debido a la ansiedad?

SI  NO

12. ¿Has sentido con frecuencia (dos o más veces en la semana) una opresión en el pecho, temblores o tensión emocional que acarrearán una sensación de angustia?

SI  NO

13. ¿Has consumido con frecuencia (dos o más veces en la semana) algún ansiolítico (sedantes, "calmantes para los nervios" o hipnóticos) para calmar alguno de los síntomas o situaciones anteriores?

SI  NO

14. ¿Has consumido con frecuencia (dos o más veces en la semana) algún antidepresivo para calmar alguno de los síntomas o situaciones anteriores?

SI  NO

Si padece 4 ó más de los anteriores síntomas, sin una condición médica que lo justifique, podría estar padeciendo un Trastorno de ansiedad.

## E. CONFUSION<sup>103</sup>

El paciente terminal es una persona que sufre de una gran variedad de experiencias perturbadoras que alteran su estado mental y que se reconocen como confusión. Muchas de las causas de la confusión son tratables y aún en los casos irreversibles hay que tratar de aliviar el sufrimiento que este estado ocasiona tanto al paciente como a su familia.

Para los familiares en duelo, puede complicar este proceso al recordar a su ser querido confuso, que no les reconoció y que hablaba incoherencias en la última etapa de su vida.

Instrumentos como el Miniexamen del Estado Mental (MEEN)<sup>104</sup>, la Prueba de Memoria de Orientación y Concentración de Blessed (PMOCB), y el Método de Evaluación de la Confusión (MEC) tienen propiedades psicométricas favorables y son lo suficientemente breves para permitir la administración repetida en pacientes con cáncer.<sup>105-106</sup> La PMOCB y el MEEM analizan la dificultad cognitiva y requieren la participación activa del paciente en la evaluación. La Escala de Confusión administrada en el lugar de reposo del paciente (EC) también requiere la participación activa del paciente; no obstante, es notablemente breve y su potencial psicométrico como un instrumento de exploración es tan favorable como el MEC<sup>107</sup>. Este último no necesita la participación formal del paciente.

### Cuadro clínico<sup>108</sup>

- La confusión es un cuadro de alteración del estado mental a nivel de conciencia, caracterizado por desorientación en tiempo, espacio y circunstancia.
- Pérdida de la capacidad de concentración.
- Trastorno en la memoria a corto plazo.
- Presencia de ilusiones, alucinaciones y/o ideaciones paranoides.
- Habla incoherente.
- Aumento o disminución de la actividad psicomotora.
- Conductas inapropiadas.
- Agitación o agresividad.

Estos síntomas pueden o no estar acompañados por somnolencia o disautonomía simpática. Las alucinaciones, pesadillas e ilusiones tienden a reflejar los miedos, ansiedades y temores que el paciente no ha resuelto o que recurren.

<sup>103</sup> Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi C, Balkin S, Siegal A, Horwitz R. (1990) Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. *Annals of Internal Medicine*, 113:941-948.1990

<sup>104</sup> Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12 (3): 189-98, 1975

<sup>105</sup> Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al.: Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 113 (12): 941-8, 1990

<sup>106</sup> Katzman R, Brown T, Fuld P, et al.: Validation of a short Orientation-Memory-Concentration Test of cognitive impairment. *Am J Psychiatry* 140 (6): 734-9, 1983.

<sup>107</sup> Stillman MJ, Rybicki LA: The bedside confusion scale: development of a portable bedside test for confusion and its application to the palliative medicine population. *J Palliat Med* 3 (4): 449-56, 2000.

<sup>108</sup> Bruera E, Miller L, McCallion J, et al.: Cognitive failure in patients with terminal cancer: a prospective study. *J Pain Symptom Manage* 7 (4): 192-5, 1992.

## Causas<sup>109</sup>

Sus causas son múltiples y frecuentemente la confusión obedece a una combinación de factores con varias características reversibles y algún déficit residual en la función cerebral, entre ellas:

- Medicación actual.
- Infección sin manifestación febril (respiratoria, urinaria en particular en ancianos).
- Secuelas de accidente vascular encefálico, hematoma subdural, metástasis cerebral y otras.
- Falla cardiorespiratoria.
- Causas bioquímicas y metabólicas: deshidratación, hipoglicemia, hipercalcemia.
- Malestar general: constipación, estímulos no familiares (hospitalización), temperatura, humedad ambiente, cambio de ambiente físico.
- Sufrimiento emocional: inminencia de la propia muerte.

El análisis clínico de un paciente confuso se debe iniciar con la revisión de las drogas que está recibiendo y con la búsqueda de información sobre la presencia de efectos acumulativos o ilusiones. Es útil no alterar el orden habitual del cuarto, dejar una luz encendida en la noche, explicar con detalle cada uno de los eventos que ocurren a su alrededor y permitir la presencia de un familiar o amigo cercano.

En el paciente confuso o cercano a su desenlace final, el cuadro es agravado por la ansiedad y temores acerca de la inminencia de su muerte. Es importante conversar con lenguaje sencillo estos aspectos con él y llevar a cabo el tratamiento de los factores reversibles.

El paciente que se encuentra calmado, pero, desorientado y sufre por ello, dado que tiene conciencia acerca de su confusión; es de la mayor relevancia explicarle que es consecuencia de la enfermedad. Si esto no es efectivo, es procedente sedarlo.

Cuando el paciente está confuso, agitado y alterado, puede presentar conductas peligrosas para sí mismo y para quienes le rodean. En esta situación se le debe explicar lo que le está sucediendo y sedar transitoriamente en un principio. Una vez lograda la sedación hay que buscar las causas desencadenantes y hacer el manejo específico de acuerdo con ellas.

## Tratamiento<sup>110, 111</sup>

Los medicamentos para el control están generalmente indicados cuando los síntomas son marcados, persistentes o causan molestias intolerables al paciente, sus familiares o terceros. Ellos son sólo una parte del tratamiento y no la base.

En muchas ocasiones ellos no pueden restablecer la función mental alterada por la enfermedad u otros factores no reversibles, pero sí, posibilitan un manejo seguro en un paciente agitado o agresivo.

Cuando el paciente presenta alucinaciones y/o ideaciones paranoides, es útil el haloperidol. Pero si están asociadas a un tumor en el cerebro, son mejor controladas por un anticonvulsivante.

Para un efecto sedativo es preferible administrar clorpromazina, (vigilar hipotensión), también se pueden utilizar los psicofármacos de última generación como son la Risperidona, Quetiapina y Olanzapina.

<sup>109</sup> Rincon HG, Granados M, Unutzer J, et al.: Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression, and delirium in the adult critical care unit. *Psychosomatics* 42 (5): 391-6, 2001 Sep-Oct.

<sup>110</sup> Harwood DM, Hope T, Jacoby R: Cognitive impairment in medical inpatients. II: Do physicians miss cognitive impairment? *Age Ageing* 26 (1): 37-9, 1997.

<sup>111</sup> Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, et al.: Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med* 161 (20): 2467-73, 2001.

En caso que el paciente se encuentre muy ansioso y agitado y no presente alucinaciones, la droga de elección es el diazepam o lorazepam (4 mg endovenoso).

Si el paciente que está recibiendo haloperidol continúa ansioso, es conveniente añadir diazepam.

Cerca del momento final, puede ocurrir agitación terminal, frecuentemente se asocia con la aparición de confusión, el cuadro es mejor controlado con morfina y atropínicos.

Sin embargo, la decisión de sedar a un paciente terminal que se encuentra confuso no es fácil. Idealmente se debería contar con el consentimiento del paciente, lo cual no es aplicable muchas veces en la condición de enfermo confuso.

En estas circunstancias debe ser la familia y el equipo médico quienes conjuntamente tomen la decisión, teniendo siempre presente que el objetivo es aliviar la agitación y sufrimiento de la persona y permitir una comunicación más efectiva entre familia y equipo médico con miras a esclarecer y tratar adecuadamente los factores reversibles del estado confusional.

Medidas no farmacológicas:

El gold estándar está dado por la relación efectiva y la comunicación cálida y precisa.

- 1) Anamnesis próxima del paciente .
- 2) Anamnesis de los familiares con relación al paciente, para precisar momento del inicio del estado confusional.
- 3) Examen físico por segmento y educación familiar al respecto, para la pesquisa temprana de signos de deshidratación.
- 4) Controlar ingesta de líquidos.
- 5) Registro anecdótico de las manifestaciones del estado confusional con horarios y terapia medicamentosa empleada.
- 6) Acompañar permanentemente al paciente.

## COMUNICACION CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA

La comunicación entre el médico, el paciente, y la familia es el elemento central para asegurar la calidad de la asistencia en el final de la vida.

La comunicación debe ser entre el equipo interdisciplinario, el paciente y la familia.

Así como en la familia, uno de los miembros asume el liderazgo, esto también suele ocurrir con los miembros del equipo de salud. Este rol suele ser cambiante dependiendo de las necesidades del paciente/familia.

La identificación y tratamiento de los síntomas físicos y psicológicos depende de esta interacción.

Muchos médicos encuentran la comunicación acerca del final de la vida especialmente difícil a causa de preguntas relacionadas al pronóstico y la muerte.

La familia tiene también un gran desafío al expresar sus sentimientos y para hacer preguntas acerca del pronóstico. En un estudio cooperativo, los médicos dijeron que tenían más problema de comunicación con las familias que con los pacientes. Los pacientes en el estudio notaron que sus parientes a menudo se sentían "dejados afuera" y "en el camino." Estas observaciones son especialmente perturbadoras porque la vigilia de la muerte es un tiempo de sufrimiento terrible para los miembros de la familia.

La comunicación debe ser dirigida a averiguar lo que el paciente entiende y cuánta información realmente desea, a ser empático con emociones expresadas del paciente, a permitir tiempo para las lágrimas y la expresión de emociones sin apuro, a tener en cuenta la familia y sus raíces étnicas, culturales y religiosas, especialmente los que sufren las barreras del idioma.

## TRATAMIENTO DEL SUFRIMIENTO

La aproximación a la muerte genera re-consideración de la muerte y la vida después de la muerte; puede ser también un tiempo para identificar los valores, las creencias y los recursos personales. Las preocupaciones psicológicas, sociales, y existenciales/religiosas/espirituales se entrelazan completamente. Debido al pronunciado y complejo sufrimiento que experimentan muchos pacientes en el final de la vida, los profesionales de salud mental, los asistentes sociales y los consejeros pastorales deben estar disponibles. Sin embargo, a causa de continuas actitudes negativas hacia los problemas psicológicos, el personal médico es a menudo reacio a pedir una consulta psiquiátrica o de salud mental, aún cuando es apropiado, porque temen que el paciente o la familia puedan ofenderse. Verdaderamente, a veces la familia lo ve como un insulto al paciente que tiene una enfermedad grave.

Un problema descuidado en el cuidado paliativo es el sub-reconocimiento, sub-diagnóstico y sub-tratamiento de pacientes con sufrimiento significativo, que puede ir de la angustia existencial a la ansiedad y la depresión. Aunque los pacientes y familias expresan sus deseos de recibir asistencia para sus preocupaciones no-médicas y que la inclusión de este tema es un elemento central en cuidado paliativo, existe evidencia significativa que la atención dada a estos temas es inadecuada a pesar de las buenas intenciones.

Clínicamente, el sufrimiento puede aumentar en un continuo desde sentimientos normales comunes de vulnerabilidad, tristeza y temor a problemas que incapacitan, como depresión mayor, ansiedad generalizada, pánico y sentimiento de aislamiento o crisis espiritual.

El nivel de sufrimiento se debe valorar en cada visita a domicilio, consultorio y hospitalización si la hubiere internación. Las guías prácticas de la NCCN dan un algoritmo (ANEXO 1), para la identificación rápida de pacientes con sufrimiento significativo y proveen el disparador para la derivación a los servicios de apoyo.

ANEXO

“TERMÓMETRO” DEL SUFRIMIENTO

<p>Cuánto ha sufrido Ud., en la última semana?</p> <p>Máximo sufrimiento</p> <p>10 - --</p> <p>9 - --</p> <p>8 - --</p> <p>7 - --</p> <p>6 - --</p> <p>5 - --</p> <p>4 - --</p> <p>3 - --</p> <p>2 - --</p> <p>1 - --</p> <p>0 - --</p> <p>Sin sufrimiento</p>	<p>Por favor, marque en el termómetro de sufrimiento”, cuánto ha sufrido Ud. en la última semana y también, marque en las/s causa/s posibles.</p> <p><u>Problemas prácticos</u></p> <p>Casa</p> <p>Seguro de salud</p> <p>Trabajo/escuela</p> <p>Transporte</p> <p>Cuidado de los niños</p> <p><u>Problemas familiares</u></p> <p>Pareja</p> <p>Hijos</p> <p><u>Problemas emocionales</u></p> <p>Preocupación</p> <p>Miedo</p> <p>Depresión</p> <p>Nerviosismo</p> <p><u>Preocupación religiosa/espiritual</u></p> <p>En relación con Dios</p> <p>Pérdida de Fé</p> <p>Otro: .....</p>	<p><u>Problemas Físicos</u></p> <p>Dolor</p> <p>Náusea</p> <p>Fatiga</p> <p>Sueño</p> <p>Higiene/vestido</p> <p>Respiración</p> <p>Boca lastimada</p> <p>Alimentación</p> <p>Indigestión</p> <p>Constipación/diarrea</p> <p>Cambios en la defecación</p> <p>Cambios en la función de la orina</p> <p>Fiebre</p> <p>Piel seca/picazón</p> <p>Nariz seca/picazón</p> <p>Hormigueos en manos/pies</p> <p>Sentirse hinchado</p> <p>Problemas sexuales</p>
--	--	---

1. Me siento descorazonado, melancólico y triste.
  - a Nunca o muy pocas veces  (1)
  - b Algunas veces  (2)
  - c Frecuentemente  (3)
  - d La mayoría del tiempo o siempre  (4)
2. Por la mañana es cuando mejor me siento.
  - a Nunca o muy pocas veces  (4)
  - b Algunas veces  (3)
  - c Frecuentemente  (2)
  - d La mayoría del tiempo o siempre  (1)
3. Siento deseos de llorar.
  - a Nunca o muy pocas veces  (1)
  - b Algunas veces  (2)
  - c Frecuentemente  (3)
  - d La mayoría del tiempo o siempre  (4)

4. Me cuesta trabajo dormir durante la noche.

- a Nunca o muy pocas veces  (1)
- b Algunas veces  (2)
- c Frecuentemente  (3)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (4)

5. Como tanto como solía comer antes.

- a Nunca o muy pocas veces  (4)
- b Algunas veces  (3)
- c Frecuentemente  (2)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (1)

6. Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos.

- a Nunca o muy pocas veces  (4)
- b Algunas veces  (3)
- c Frecuentemente  (2)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (1)

7. Noto que estoy perdiendo peso.

- a Nunca o muy pocas veces  (1)
- b Algunas veces  (2)
- c Frecuentemente  (3)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (4)

8. Tengo problemas de estreñimiento.

- a Nunca o muy pocas veces  (1)
- b Algunas veces  (2)
- c Frecuentemente  (3)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (4)

9. Mi corazón late más rápidamente que lo normal.

- a Nunca o muy pocas veces  (1)
- b Algunas veces  (2)
- c Frecuentemente  (3)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (4)

10. Me canso sin motivo.

- a Nunca o muy pocas veces  (1)
- b Algunas veces  (2)
- c Frecuentemente  (3)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (4)

11. Mi mente está tan despejada como siempre.
- a Nunca o muy pocas veces  (4)
- b Algunas veces  (3)
- c Frecuentemente  (2)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (1)
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.
- a Nunca o muy pocas veces  (4)
- b Algunas veces  (3)
- c Frecuentemente  (2)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (1)
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
- a Nunca o muy pocas veces  (1)
- b Algunas veces  (2)
- c Frecuentemente  (3)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (4)
14. Tengo esperanzas en el futuro.
- a Nunca o muy pocas veces  (4)
- b Algunas veces  (3)
- c Frecuentemente  (2)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (1)
15. Me irrito más de lo normal.
- a Nunca o muy pocas veces  (1)
- b Algunas veces  (2)
- c Frecuentemente  (3)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (4)
16. Encuentro fácil el tomar decisiones.
- a Nunca o muy pocas veces  (4)
- b Algunas veces  (3)
- c Frecuentemente  (2)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (1)
17. Siento que me necesitan y que soy útil.
- a Nunca o muy pocas veces  (4)
- b Algunas veces  (3)
- c Frecuentemente  (2)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (1)

18. Llevo una vida satisfactoria.
- a Nunca o muy pocas veces  (4)
- b Algunas veces  (3)
- c Frecuentemente  (2)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (1)
19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto.
- a Nunca o muy pocas veces  (1)
- b Algunas veces  (2)
- c Frecuentemente  (3)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (4)
20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer.
- a Nunca o muy pocas veces  (4)
- b Algunas veces  (3)
- c Frecuentemente  (2)
- d La mayoría del tiempo o siempre  (1)

PUNTAJE BRUTO: Suma todas las respuestas. Luego compare su puntuación bruta con el índice de EAD en la siguiente tabla:

CONVERSIÓN DE LA PUNTUACION BRUTA AL INDICE DE EDAD									
Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

Ahora, con el índice de EAD extraído de la tabla, obtenga el resultado del test mediante este cuadro:

INDICE EAD	IMPRESION CLINICA GLOBAL EQUIVALENTE
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión (de mínima a leve)
60-69	Presencia de depresión (de moderada a notable)
70 ó más	Presencia de depresión (de severa a extrema)

### III. SINTOMAS RESPIRATORIOS <sup>112,113,114,115</sup>

Criterios de Inclusión:

Todos los pacientes, personas con diagnóstico de cáncer terminal de ambos sexos y cualquier edad que presenten los síntomas que se detallan, sea en forma evidente o manifiesta.

#### A. DISNEA<sup>116</sup>

Definición

La disnea se puede definir como: la sensación subjetiva de falta de aire y percepción de un mayor trabajo respiratorio. Conviene diferenciar la disnea del simple aumento de la frecuencia respiratoria (taquipnea) o de la profundidad de los movimientos respiratorios (polipnea) que no siempre van acompañados de sensación de falta de aire y de trabajo ventilatorio aumentado.

Definición de insuficiencia respiratoria: es aquel estado o situación en el que los valores de la presión parcial de O<sub>2</sub> en la sangre arterial están disminuidos (menos de 60 mmHg) o los de la presión parcial de CO<sub>2</sub> están elevados (más de 50 mmHg). La insuficiencia respiratoria es un trastorno funcional del aparato respiratorio y puede cursar sin disnea, por ejemplo: intoxicación con ansiolíticos o barbitúricos.

Epidemiología

Se observa en aproximadamente el 45 - 50% de los pacientes con cáncer avanzado y aproximadamente un 90% de los enfermos con tumores pulmonares.

Puede estar presente en hasta el 80 % de los enfermos en etapas terminales (últimos días).

También es el síntoma principal de aquellos tumores malignos que provocan ascitis.

Causas de disnea, enfermedades pre-existentes:

- Insuficiencia cardíaca.
- Derrame pericárdico.
- Enfermedad de la neurona motora.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y otras respiratorias crónicas.
- Aflicción psicológico.
- Tromboembolismo pulmonar (TEP).
- Anemia.

<sup>112</sup> Protocolo Síntomas respiratorios, revisado por Dr. Mario Delgado D. Jefe Programa Salud Respiratoria del Adulto SS: Met Norte, candidato a Magister en SP.

<sup>113</sup> Gómez Sancho M. Control de síntomas. Incidencia. Principios generales del control de síntomas. Sistemas de evaluación. En: Gómez Sancho M, ed. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS, 1994:41-8

<sup>114</sup> Twycross R. Care of the patient with advanced cancer. Oxford: Sobell House Study Center, 1990.

<sup>115</sup> Ventafrida V, Ripamonti C, Conno F de, et al. Symptom prevalence and control during cancer patient's last days of life. J Palliat Care 1990;6(3):7-11.

<sup>116</sup> Anmedzai S. Palliation of respiratory symproms. Oxford Textbook of Palliative Medicine.Oxford 1998. En Doyle D., Hanks G, Mac Donald N. University Press: 583-616.

## Causas

Debidas al cáncer:

Lo frecuente es por efecto directo del tumor primario o metástasis en el pulmón, derrame pleural, síndrome de vena cava superior, linfangitis carcinomatosa, atelectasias, obstrucción traqueal, fístula traqueoesofágica, entre otros.

También pueden aparecer como secundarias al tratamiento: fibrosis postactínica, postneumonectomía, fibrosis inducida por bleomicina, insuficiencia cardíaca por adriamicina. Puede ser ocasionada también por causas no debidas al tumor sobre el aparato respiratorio ni cardiovascular: como anemia, caquexia, ascitis, acidosis metabólica, fiebre, síndrome paraneoplásico muscular, TEP.

Los aspectos psicológicos (ansiedad) puede ser causa de disnea o de aumento de una disnea de causa orgánica. Es muy importante considerar siempre las causas probables de disnea o de su empeoramiento. Debe investigar la existencia de enfermedad intercurrente que esté agravando la situación actual de la persona.

A)

Linfangitis carcinomatosa  
Obstrucción bronquial, neumonía post obstructiva.  
Sustitución del tejido pulmonar por tejido neoplásico.  
Síndrome de vena cava superior.  
Derrame pleural.  
Distensión abdominal (ascitis, íleo)  
Limitación de la excursión torácica por dolor

B)

Debidas al tratamiento:  
Neumonectomía  
Neumonitis por radioterapia o quimioterapia

C)

Otras:  
Atelectasias  
Embolia pulmonar  
Anemia severa

## Tratamiento

Evaluación:

Al igual que con otros síntomas, el objetivo de la evaluación y del tratamiento de la disnea es conseguir que el propio paciente exprese la intensidad del síntoma. Debe ser valorada utilizando la escala visual análoga, la que deberá registrar en cada control o visita al paciente. Así tendrá una clara evolución de esta sintomatología.

Ejemplo: Escala Visual Análoga (EVA) asociada a escala numérica de 0 a 10 (haga un círculo alrededor del número que mejor corresponda a la intensidad del síntoma).

También están las escalas validadas internacionalmente como "escala de disnea de BORG" y de la "ATS" (la última en relación a la capacidad de ejercicio).

También, la intensidad de la disnea suele ser evaluada con algunas de la herramientas disponibles en cuidados paliativos como el ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)<sup>117</sup> o el STASS (Support Team Assessment Schedule).

Algunos cuestionarios sobre calidad de vida, como el EORTC QL-30, también han desarrollado módulos tales como el de cáncer de pulmón, que permite una evaluación más detallada de la intensidad de la disnea.

Uno de los inconvenientes es que sólo se puede medir la expresión de la intensidad de la disnea y ésta se puede correlacionar con un número de factores como son ansiedad, depresión, somatización, fatiga.

Una evaluación multidimensional identificará factores que requieran según el caso terapia con opioides, antidepressivos, oxígeno, terapia ocupacional u otros.

### Estrategia terapéutica

#### Tratamientos específicos

El tratamiento óptimo de la disnea estará enfocado a controlar las causas reversibles. Cuando ésto no sea posible, se usarán métodos farmacológicos y no farmacológicos para alivio de síntomas.

Síndrome de vena cava superior: es una urgencia<sup>118</sup>

Es un conjunto de síntomas causados por el deterioro del flujo sanguíneo a través de la vena cava superior a la aurícula derecha. Los síntomas que hacen sospechar de este síndrome son la disnea, tos, e inflamación de la cara, cuello, tronco superior y extremidades. En raras instancias, los pacientes se pueden quejar de ronquera, dolor del tórax, disfagia y hemoptisis. Los signos físicos que se pueden observar al presentarse son distensión de la vena del cuello, distensión de la vena del tórax, edema de la cara o de las extremidades superiores, plétora y taquipnea. Raramente, también se pueden presentar cianosis, síndrome de Horner y una cuerda vocal paralizada.

Si el enfermo con cáncer avanzado presenta este síndrome, debe tratar esta urgencia con altas dosis de corticoides y solicitar que la residencia de medicina u oncología evalúen la condición del paciente.

Será ideal monitorizar al paciente mientras se administra corticoides, 1/3 de la dosis se administrará en bolo y los dos tercios en infusión EV, en 50 ml suero fisiológico.

Solicite la evaluación por comité oncológico para la administración de radioterapia, la que suele producir un alivio espectacular del síntoma. Es conveniente, mantener en el stock de urgencia ampollas de corticoides. Posteriormente y según la capacidad individual deberá continuar tratamiento con corticoides vía oral.

El síndrome de la vena cava superior es generalmente una señal de carcinoma broncogénico localmente avanzado. La supervivencia depende del estado de la enfermedad del paciente. Cuando el carcinoma broncogénico de células pequeñas es tratado con quimioterapia, el tiempo promedio de supervivencia con o sin SVCS es casi idéntica (42 semanas ó 40 semanas). La supervivencia a 24 meses es del 9% en pacientes sin SVCS y del 3% en los que tienen el síndrome.

<sup>117</sup> Bruera E. And Ripamonti C. Dyspnea in patients with advanced cancer 1998. En Berger A., Portenoy R, Weissman D. Principles and Practice of Supportive Oncology, Lippincott- Raven publishers: 295-308.

<sup>118</sup> Gauden SJ: Superior vena cava syndrome induced by bronchogenic carcinoma: is this an oncological emergency? Australas Radiol 37 (4): 363-6, 1993

Respecto del tratamiento con radioterapia<sup>119</sup>, el 46% de los pacientes que tienen cáncer de pulmón de células no pequeñas experimentan alivio de los síntomas comparados con el 62% de los pacientes que tienen carcinoma broncogénico de células pequeñas. La supervivencia a 2 años del 5% es casi la misma para ambos grupos.

La mayoría de los pacientes con Linfoma no Hodgkin y con SVCS responden a la quimioterapia apropiada o a regímenes de modalidad combinada.

#### Cáncer de pulmón o cáncer extrapulmonar con compromiso respiratorio

Evaluar la capacidad de respuesta al tratamiento sintomático junto con el performance status (PS) bueno (0-1), si el PS es 3 ó 4 (más del 50% del día en cama/postrado). De ello dependerá la posibilidad de entrenamiento en técnicas que mejoren la capacidad respiratoria. Evaluar con kinesiólogo.

#### Derrame pleural neoplásico

La toracocentesis puede ser efectiva. Pero si el derrame es a repetición; será necesario evaluar en comité, el sellado pleural con tetraciclinas o bleomicina (pleurodésis). Requiere de técnica de asepsia, administración de O<sub>2</sub> y monitoreo durante el procedimiento. Según resultado de éste, PS y consentimiento de la persona enferma, puede ir a comité para decidir radioterapia.

#### Derrame pericárdico neoplásico

El tratamiento deberá ser decidido en comité. El tratamiento específico consiste en la creación quirúrgica de una ventana pericárdica. Se debe evaluar las ventajas y riesgo que este procedimiento ocasione al paciente.

#### Insuficiencia cardiaca

Interconsulta con especialista para acordar el tratamiento con fármacos para la corrección de causas desencadenantes y disminuir la congestión pulmonar.

#### Tromboembolismo de pulmón

También deberá decidirse con el especialista el uso de tratamiento anticoagulantes.

#### Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

El EPOC puede ser una de las enfermedades intercurrentes en los portadores de cáncer de pulmón, cabeza y cuello, linfoma mediastínico. La mayoría puede beneficiarse con terapia con broncodilatadores y corticoides. (orales sólo en crisis, inhalatorios en el 20% de los casos).

---

<sup>119</sup> Urban T, Lebeau B, Chastang C, et al.: Superior vena cava syndrome in small-cell lung cancer. Arch Intern Med 153 (3): 384-7, 1993

## Infecciones

Cuando el paciente terminal presenta una neumonía se deben evaluar las ventajas del tratamiento antibiótico o de solamente procurar el control sintomático si el paciente se encuentra en agonía.

### Tratamiento sintomático

El manejo sintomático de la disnea se basa en tres elementos principales: oxigenoterapia, terapia farmacológica y medidas generales de apoyo.

### Oxigenoterapia<sup>120,121,122</sup>

Idealmente debería administrarse oxígeno al paciente hipoxémico, ya que en pacientes sin hipoxemia no existiría ventaja en la administración de oxígeno sobre el suministro de aire.

Es necesario tomar muestra de sangre arterial que puede determinar una PaO<sub>2</sub>, ésta también se puede estimar por métodos no invasivos como la oximetría de pulso o cutánea que nos indicará la saturación de la hemoglobina SaO<sub>2</sub>. El paciente debe traer a su ingreso este antecedente en su ficha clínica o interconsulta.

La administración de O<sub>2</sub> puede hacerse en forma continua. Habitualmente en pacientes EPOC se usa para evitar progresión de la hipertensión pulmonar y en algunos pacientes con cáncer que presentan severa insuficiencia restrictiva, por linfangitis por ejemplo. En estos casos y en el domicilio, se puede utilizar el concentrador de oxígeno que va filtrando el nitrógeno del aire. Será indispensable disponer de un oxímetro de pulso portátil.

La administración intermitente de O<sub>2</sub> es más apropiada para el paciente con disnea ante la realización de movimientos o ejercicios. Debe monitorear oximetría de pulso antes, durante o posteriormente al ejercicio; así descubrirá cuando es mejor la oxigenoterapia, por ejemplo, pacientes con alteración de la difusión de O<sub>2</sub> como fibrosis pulmonar idiopática o secundaria a drogas o radiación, linfangitis carcinomatosa, entre otras.

Con respecto al flujo de oxígeno, en general no hay problemas, excepto el paciente EPOC severo, LCFA avanzada portadores de insuficiencia respiratoria crónica, cuyo centro respiratorio ya no responde a la hipercapnia y solo está estimulado por la hipoxemia; por lo tanto, la decisión del flujo debe determinarse en comité con la participación del médico broncopulmonar.

La forma de administración es también importante para la calidad de vida. Si bien la mascarilla es la más usada, debe tenerse presente la comodidad del enfermo y su posibilidad de comunicación con su grupo familiar; por tanto es más aconsejable el uso de naricera o bigotera.

La indicación dependerá claramente del beneficio objetivado en el paciente.

- Deberá considerar valores de gases en sangre basal del enfermo.
- Patrón de respiración, respiradores bucales
- Resultados de la oximetría de pulso, éste reemplazará los reiterados exámenes de sangre arterial.
- Deberá considerar la condición del enfermo: postrado o ambulatorio.
- Deberá excluir a enfermos en situación de agonía.

<sup>120</sup> Symptom Relief in Terminal Illness, World Health Organization, 1998, 109 pages, ISBN 92 4 154507 0

<sup>121</sup> Booth S, Anderson H, Swannick M, Wade R, Kite S, Johnson M; Expert Working Group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. *Respir Med.* 2004 Jan;98(1):66-77.

<sup>122</sup> MAQUILON O, César, CHIONG T, Héctor, BELLO S, Sergio *et al.* **Estudio comparativo de costos anuales en salud entre usuarios de oxígeno domiciliario y pacientes en lista de espera.** *Rev. méd. Chile*, dic. 2001, vol.129, no.12, p.1395-1403.

BIGOTERA		MASCARILLA	
Flujo de O <sub>2</sub>	Concentración de O <sub>2</sub>	Flujo de O <sub>2</sub>	Concentración de O <sub>2</sub>
1 litro por minuto	24%	3 litros por minuto	26%
2 litros por minuto	28%	4 litros por minuto	28%
3 litros por minuto	32%	5 litros por minuto	30%
4 litros por minuto	36%	8 litros por minuto	35%
5 litros por minuto	40%	10 litros por minuto	40%
		13 litros por minuto	50%

El flujo de O<sub>2</sub> necesario dependerá de la causa desencadenante y su severidad; al momento de titular, garantizar una saturación de O<sub>2</sub> superior a 88 a 90%

Considerando la situación actual, el enfermo postrado pudiera lograr alivio importante con una concentración de O<sub>2</sub> = 24 %.

Un enfermo ambulatorio con actividad moderada a discreta, pudiera lograr alivio con una concentración de O<sub>2</sub> = 28 %.

En los enfermos con oxígeno domiciliario la enfermera deberá educar primero al paciente y su familia y supervisar semanalmente los beneficios de la persona y el correcto uso del O<sub>2</sub>. es indispensable la visita domiciliaria. Esta puede ser efectuada por equipo de atención primaria capacitado. La asistente social, es el recurso de elección para esta actividad.

Terapia farmacológica <sup>3,123,124,125</sup>

Opioides<sup>126,127</sup>

Varios estudios han demostrado su beneficio en el control de la disnea.

La dosis de inicio en pacientes que no hayan recibido opioides previamente podría ser de 5 mg de morfina cada 4 hrs. Para el alivio de la disnea, se debe tener presente: si el paciente recibía opioides para el dolor, se sugiere incrementar la dosis actual, en un 25% si la disnea es leve a moderada o en 50% si la disnea es severa.

Los opioides nebulizados podrían reducir los efectos colaterales al suministrarse dosis menores, pero cuatro ensayos randomizados controlados no hallaron alivio de la disnea.

<sup>123</sup> Ripamonti C., Fusco F. (2002) Respiratory problems in advanced cancer. Support Care Cancer 10: 204-216. Ripamonti C. (1999) Management of dyspnea in advanced cancer patients. Support Care Cancer 7:233-243.

<sup>124</sup> Cherny N, Portenoy R. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10(2):31-8.

<sup>125</sup> Ripamonti C, Bruera E. Dyspnea: Pathophysiology and Assessment. *J Pain Symptom Manage* 1997;13(4):220-31.

<sup>126</sup> A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. Jennings AL et al. *Thorax*. 2002 Nov;57(11):939-44. <http://thorax.bmjournals.com/cgi/content/full/57/11/939>

<sup>127</sup> - Abernethy AP et al. Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. *BMJ*. 2003 Sep 6; 327(7414):523-8. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7414/523>

## Psicotr3picos<sup>128</sup>

La angustia producida por los ahogos o disnea que causa la enfermedad en su etapa m3s avanzada, puede ser controlada con las benzodicepinas (midazolam) y morfina. En algunos pacientes las benzodicepinas pueden ser utilizadas cuando la disnea se considera una manifestaci3n som3tica de una crisis de p3nico o cuando coexiste ansiedad severa.

La novedosa asociaci3n entre morfina y midazolam aplicados en forma simult3nea y reglada pueden ser m3s eficaces en la reducci3n de ambos s3ntomas (disnea y angustia) tanto a las 24 como a las 48 horas de iniciado el tratamiento, como indican los autores Cherchiatti y Navigante en el paper publicado en el Volumen 10 de la Revista Medicina Paliativa, Madrid, 2003.

## Corticosteroides

Si bien algunos autores sugieren que estas drogas son efectivas en la disnea asociada a linfangitis carcinomatosa, no hay trabajos randomizados controlados que evalúen su rol en esta condici3n cl3nica. Los corticosteroides son usados frecuentemente en el s3ndrome de vena cava superior y son altamente efectivos en el broncoespasmo asociado a asma y EPOC. Se debe tener cuidado con el uso cr3nico, ya que existe evidencia de que inducen alteraciones funcionales y patol3gicas en muchos grupos musculares y pueden ser pronunciadas en el diafragma.

El componente psicol3gico de la angustia extrema realimenta la sensaci3n de falta de aire. Es un c3rculo vicioso. Por eso al disminuir la angustia se controla mejor la disnea.

## Broncodilatadores

Administrados por v3a oral o nebulizados, los broncodilatadores son útiles para el manejo del broncoespasmo asociado con asma y EPOC. Un gran porcentaje de pacientes con c3ncer de pulm3n tienen historia de tabaquismo y EPOC, se justifica evaluar la terapia con broncodilatadores. La aminofilina, teofilina y cafe3na mejoran la contractilidad del diafragma en voluntarios normales y en EPOC.

Medidas farmacol3gicas:

Opioides	Liberaci3n corta: Sulfato o clorhidrato de morfina oral 5-15 mg 4 horas. Oral o subcut3nea	Si est3 utilizando previamente morfina, se recomienda aumentar la dosis hasta en un 50%
Opioides	Larga liberaci3n: 30 mg cada 12 hrs	Si est3 utilizando previamente morfina, se recomienda aumentar la dosis hasta en un 50%.
Fenotiazinas	Clorpromazina 25 mg – 100 mg / 24 hrs. oral en gotas o bien intramuscular profundo	Tiene efectos ansiol3ticos y sedantes y quiz3s efecto directo sobre la percepci3n de la disnea.
Corticoides	Prednisona, betametasona y dexametasona, seg3n disponibilidad. desde 4 mg / d3a hasta 12-16 mg / d3a.	Mejoran la sensaci3n de disnea producida por linfangitis, obstrucci3n de la v3a a3rea y s3ndrome de vena cava superior.
Broncodilatadores B2 agonistas y anticolin3rgicos xantinas (segunda l3nea)	inhalador, 2 puff c / 4 - 6 hrs y SOS bromuro de ipatropio 2 puff c / 6 hrs / SOS aminofilina oral, parenteral, supositorios.	reverten el broncoespasmo, sin embargo las xantinas presentan frecuentes efectos adversos sin evidencias de mejor3a sobre la disnea y funci3n pulmonar. Por v3a oral altos efectos adversos, preferir v3a

<sup>128</sup> Cerchiatti L, Navigante A, Castro M, Lutteral M, Cabalar M: Primer Premio, 15º Congreso Mundial de Soporte Cl3nico en C3ncer, realizado a mediados de junio en Berl3n, Alemania.

		inhalatoria con usos adecuado de espaciadores o nebulizadores cuando la cooperación del paciente no es posible.
Benzodiazepina	alprazolam 0.25 - 0.50 mg cada 12 horas. Midazolam 2,5 – 5 mg c/4-6 hrs subcutáneo. ó bien 0,5 – 0,8 mg hora en infusión. <u>Usar de preferencia en la noche:</u> lorazepam 1 - 2 mg (sublingual)  diazepam 5 -10 mg / c/ 12 hrs.	Disminuyen la ansiedad y la taquipnea. Ojalá de acción corta. Debe usarse con precaución (por depresión respiratoria)

#### Medidas generales de apoyo

- Varias medidas de apoyo pueden utilizarse para el paciente y su familia.
- La comunicación adecuada con el paciente y la familia es un aspecto principal en cuidados paliativos.
- Disminuir la ansiedad y el miedo del paciente y de su familia es fundamental. Una manera de lograrlo es a través del apoyo psicológico y permitir a los pacientes expresar sus miedos.
- Es importante educar al paciente y a su familia para que puedan realizar algunos procedimientos básicos para evitar la disnea episódica. En esta área el terapeuta ocupacional es el profesional clave.
- Si la maniobra o acción que incrementa la disnea no se puede evitar, se podrá administrar una dosis extra de medicación sintomática (opioides) 30 a 45 minutos antes de la actividad, por ejemplo antes de la movilización para la higiene.
- Si el enfermo está en condición postrada, será imprescindible la asistencia domiciliaria por enfermera para controlar el beneficio objetivo de la oxigenoterapia y del tratamiento farmacológico; así también el correcto uso del oxígeno.

#### La kinesioterapia respiratoria

Permitirá en algunos casos manejar más adecuadamente las secreciones. Será necesario disponer de aspiración de secreciones sea central o bien de un motor de aspiración si el paciente concurre en forma ambulatoria.

En relación a transfusión sanguínea, será necesario indicarla en pacientes no postrados, y en aquellos con capacidad funcional, con nivel de Hb menor de 8g/dl, en quienes clínicamente la anemia aumente la disnea, fatiga y/o disminuya la sensación de bienestar. Monitorear hemograma.

#### Medidas no farmacológicas:

- Informar al paciente y solicitar su colaboración.
- Posición semisentada o sentada, alternar con posición reclinada hacia adelante.
- Elementos mecánicos o manuales para abanicar al paciente.
- Ropa holgada.
- Técnicas de relajación. Educar al paciente y familia.
- Disminuir en lo posible los hidratos de carbono de la dieta.
- Ejercicios respiratorios (respiración diafragmática y espiración con labios semi ocluidos), también suele ser de utilidad enseñar la técnica del suspiro.
- Mantener vías respiratorias despejadas y limpias. Cuidados de vía aérea, en especial nariz y boca.
- Compañía tranquilizadora, ambiente fresco y ventilado. Evitar hacinamiento.

## Conclusión

La disnea es un síntoma de extrema importancia en cuidados paliativos por la alta incidencia y la aflicción que ocasiona en el paciente, la familia y sus cuidadores. En el paciente con enfermedad terminal, múltiples causas pueden ocasionar disnea y muchos factores pueden agravarla.

## B. TOS<sup>129,130</sup>

### Definición

Expulsión voluntaria o involuntaria de aire por boca y a veces nariz y boca, acompañada o no de secreciones. Cuando es involuntaria obedece la mayoría de las veces a irritación traqueal, bronquial, pleural o pericárdica.

### Epidemiología

Se observa en aproximadamente el 50 % de los pacientes con cánceres avanzados; éste puede aumentar a un 80% especialmente aquellos con localización cabeza y cuello, mediastino, traquea, bronquios y pulmón.

Puede ser un síntoma muy molesto y agotador que impide el descanso, el sueño y la alimentación.

### Causas

- Irritación traqueal, bronquial o pleural.
- Fibrosis post radioterapia o quimioterapia.
- Fístulas esofagopleurocutánea
- Infecciones: Neumonía, bronquitis.
- EBOC. Derrame pleural.

### Estrategia terapéutica

#### A) Enfocadas a la causa:

Descartar compromiso mediastínico, tratar infección intercurrente, tratar EPOC previo.

#### B) Sintomática:

Medidas farmacológicas:

### Infecciones

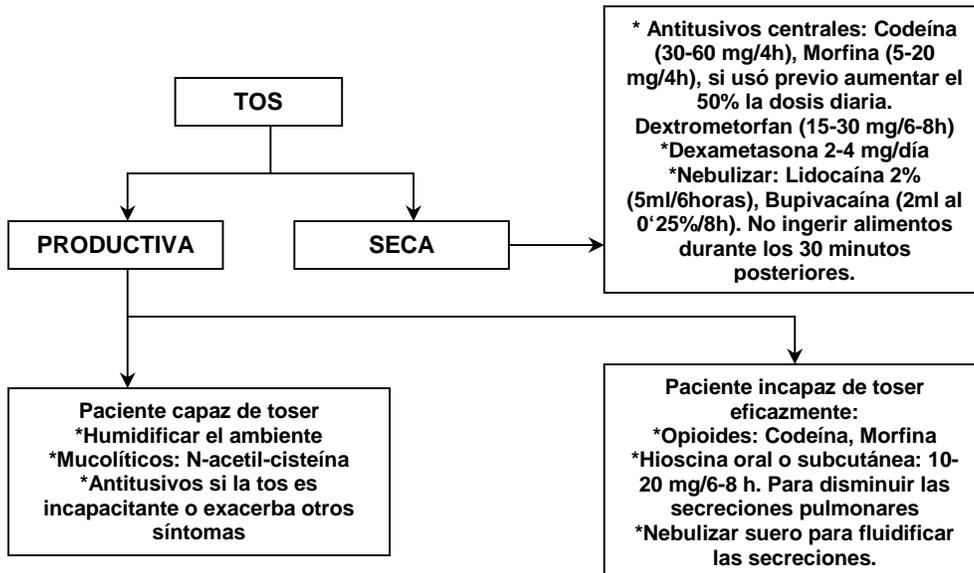
Si el paciente presenta una neumonía se deben evaluar las ventajas del tratamiento antibiótico o de solamente procurar el control sintomático si el paciente se encuentra en agonía. Si está conservada la autonomía y se constata alza térmica sobre 38°C axilar en dos tomas sucesivas y el aspecto y coloración de las secreciones, serán los indicadores para el inicio de tratamiento antibiótico. Deberá monitorizar los indicadores de mejoría = baja de alza térmica, disminución de secreciones.

<sup>129</sup> Twycross R. Lack S. Respiratory symptoms: Therapeutics in terminal cancer 2° Ed Edimburgo Livingstone. 1990

<sup>130</sup> Twycross R, Wilcock A. Symptom Management en Advanced Cancer. Abingdon. 1997

Tratamiento de la tos

Tos húmeda	Si la persona es capaz de toser
	Mucolíticos
	Aumentar ingesta de líquidos
	Si la persona es incapaz de toser
	Codeína 15 – 60 mg cada 6 horas
	Morfina 5 – 20 mg cada 4 horas
Hioscina (buscapina) 10 – 20 mg cada 6 – 8 horas	
Tos seca	Aumentar ingesta de líquidos
	Dextrometorfan 15 – 30 mg cada 8 horas
	Dexametasona 2 – 4 mg cada 12 horas subcutánea
	Nebulizaciones
	Lidocaína 2%, 5 ml cada 6 – 8 horas
	Bupivacaína 0,25% 2 ml cada 6 – 8 horas
	Precaución: no ingerir alimentos hasta 30 min posterior a efectuada la aerosolterapia
	Inhibidores centrales
	Codeína 15 – 60 mg cada 4 – 8 horas
	Noscapina (jarabe comprimidos) 5 – 20 mg cada 6 – 8 horas
	Morfina 5 – 10 mg cada 4 - 6 horas



Medidas no farmacológicas:

1. Aumentar ingesta de líquidos.
2. Solicitar la colaboración del paciente informándole los procedimientos.
3. Posición semi sentada o sentada, lateralizando alternadamente.
4. Ejercicios respiratorios y técnicas de movilización de secreciones bronquiales.
5. Vías respiratorias limpias y cuidados de vía aérea superior.
6. Drenaje postural según Performance status del paciente.
7. Ambiente fresco y húmedo.
8. Nebulizaciones.
9. Si el paciente está recibiendo oxígeno controlar y enseñar al propio enfermo y a la familia la necesidad de mantener el nivel de líquido en el humidificador.

C. ESTERTORES PRE - MORTEM<sup>131</sup>

Definición

Sonido provocado por la acumulación de secreciones en hipofaringe y árbol traqueal. Ocurre habitualmente debido a pérdida del reflejo de la tos y debilidad de la musculatura torácica, acumulándose a nivel de vía aérea superior, secreciones que no pueden ser movilizadas por el paciente, el que se acentúa en pacientes con alteraciones de conciencia.

Epidemiología

Casi el 90% de las personas en estado agónico lo presentan.

Causas

Debilidad de la musculatura torácica, acumulándose a nivel de vía aérea superior secreciones que no pueden ser movilizadas por el paciente.

Estrategia terapéutica<sup>132</sup>

Medidas farmacológicas:

Escopolamina (clorhidrato)	En gotas, ampollas, supositorios. 10 Gotas, C/ 12 hrs  1 ampolla, IM / EV, C/ 12 hrs 1 supositorios C/ 12 hrs
La atropina no es recomendable puede producir excitación.	

Medidas no farmacológicas:

El mayor apoyo es postural.

1. Informarle al paciente, aunque su estado de conciencia pareciera indicar que nuestras palabras están lejos de su comprensión.
2. Posición semi sentada lateralizada.
3. Cambiar de posición
4. Vías respiratorias despejadas, eliminar secreciones, aseo de cavidades.

<sup>131</sup> Symptom Relief in Terminal Illness, World Health Organization, 1998, 109 pages, ISBN 92 4 154507 0  
<sup>132</sup> Litcher Y, Hunt E. The last 48 hours of life. J. Palliative care 1990;6: 7-15.

5. Evitar la caída del mentón.
6. Invitar a los familiares a asistir al paciente con cariño.
7. Respetar la privacidad e intimidad del paciente y su familia.
8. Sugerir la presencia de un representante de su fe.

## D. HEMOPTISIS<sup>133</sup>

### Definición

Consiste en la expulsión de sangre por boca y nariz procedente del aparato respiratorio.

### Epidemiología

La hemoptisis de causa tumoral se presenta en al menos 50% de los tumores malignos de traquea, bronquios y pulmón. También se puede presentar en al menos un 30 % de las leucemias en etapas terminales.

### Causas

Debidas al tumor maligno

- Tumor de cabeza y cuello
- Tumor broncogénico
- Leucemias

### Tratamiento

El objetivo central es reducir el impacto del sangrado en el paciente y su familia. Depende de la condición del paciente.

Si paciente está en estado agónico, Performance estatus 4; es aconsejable semisentar y lateralizar. (sobre el lado que presumiblemente sangra). Sedar.

Evaluar la cuantía de la hemorragia e investigar causas. Particularmente si la cuantía es leve o moderada  $\leq$  200 ml/24 horas. Toda intervención debe estar guiada por el riesgo beneficio.

- Vía venosa, reposición de volemia
- Hematocrito
- Sedar la tos
- Uso de antifibrinolíticos

Interconsulta a radioterapeuta. La radioterapia es altamente efectiva (80%) en las hemoptisis por causas pulmonares.

La hemoptís masiva (40 cc/ hora) con Performance estatus 1, 2 – 3, debe ser tratada como una urgencia.

<sup>133</sup> Makkere HK, Barnes PC. Fatal haemoptysis from de pulmonary artery as a late complication of pulmonary irradiation. Torax 1991; 46:609-10.

Ácido tranexánico	1000 mg vía oral cada 8 - 12 horas 2000 mg ev cada en 12 horas infusión en 500 ml suero glucosalino.
Reposición de volemia	Suero fisiológico EV 1 litro, la velocidad de infusión dependerá de la cuantía de la hemorragia, se puede agregar 1 ampolla morfina 1% en cada litro, para conseguir sedación suave.

En relación a transfusión sanguínea, será necesario indicarla en pacientes no postrados, y en aquellos con capacidad funcional, con nivel de Hb menor de 8g/dl, en quienes clínicamente la anemia aumente la disnea, fatiga y/o disminuya la sensación de bienestar. Monitorear hemograma/hematocrito.

Medidas no farmacológicas:

1. Posición semi sentada o sentada, lateralizando alternadamente.
2. Aumentar ingesta de líquidos si es posible.
3. Solicitar la colaboración del paciente y familia informándole los procedimientos.
4. Vías respiratorias limpias y cuidados de vía aérea superior y en particular boca.
5. Ambiente tranquilizador, se consigue con información completa a la familia.

Se han elaborado distintos métodos para evaluar "objetivamente" una manifestación tan subjetiva como lo es la disnea. Los más empleados en los estudios clínicos son:

Escalas visuales análogas.

Este método consiste en una línea recta sin marcas, habitualmente vertical y de 100 mm de longitud, en la que la base representa la ausencia total de disnea y el tope el máximo de disnea. Al paciente se le instruye para que marque la línea en el punto en que estime se encuentra su disnea. La distancia (en mm) desde el punto cero a la marca hecha por el enfermo representa la "medición" de la disnea. Generalmente se aplica en reposo y en estado estable.

Escala de Borg.

(Borg G. Psychophysical bases of perceived exertion. Med Sci Sports Exerc 1982; 14: 377-81). Diseñada especialmente para cuantificar la disnea durante el ejercicio progresivo. Esta escala tiene también una representación vertical, pero con números y palabras:

- 0 Nada
- 0,5 Muy, muy leve (a penas se nota) 1 Muy leve, 2 Leve
- 3 Moderada
- 4 Algo severa 5 Severa 6
- 7 Muy severa 8
- 9 Muy, muy severa (casi máxima) 10 Máxima.

Calificación en grados. En esta forma de evaluación se establecen distintos grados de disnea de acuerdo a la capacidad del paciente para realizar determinados esfuerzos.

Una de las escalas más empleadas con fines epidemiológicos es la de Fletcher y colaboradores (Fletcher CM, E/mes PC, Fairbairn AS, Wood CH. The significance of respiratory symptoms and the diagnosis of chronic bronchitis in a working population. Br Med J 1959; 2: 257-66). En ella se establecen los siguientes 5 grados:

Grado I	Normal (coherente con la actividad desplegada).
Grado II	El individuo puede llevar el paso de una persona sana de su edad y constitución física en terreno llano, pero no al subir una escalera o un camino inclinado.
Grado III	No puede llevar el paso de una persona sana de su edad y constitución física, pero puede andar una milla o más a su propio paso sin detenerse.
Grado IV	No puede caminar más de 100 yardas sin detenerse.
Grado V	Tiene disnea de reposo o no puede caminar más que unos pocos pasos, teniendo disnea incluso para vestirse o lavarse.

Esta escala fue adoptada y modificada, suprimiendo el grado V, por el Consejo Británico de Investigaciones Médicas en 1966 (Medical Research Council. Committee on research into chronic bronchitis. Instructions for use of questionnaire on respiratory symptoms. Devon, W.J. Holman, 1966).

Método de Mahler. Integra índices relacionados con el grado de alteración funcional, magnitud de la tarea y magnitud del esfuerzo que provocan la disnea, obteniendo puntajes de adecuada reproducibilidad. (Malher DA, Weinberg DH, Wells CK, Feinstein AR. The measurement of dyspnea. Contents, interobserver agreement and physiologic correlates of two new clinical indexes. Chest 1984; 85: 751-8).

Tabla 1.

Escala de Disnea de la ATS  
Magnitud Grado Características

Nada	0	Sin disnea, excepto ejercicios extenuantes.
Leve	1	Al caminar rápido en plano o subir leve pendiente.
Moderada	2	Tiene que caminar más lento o debe detenerse en caminatas en terreno plano.
Grave	3	No puede caminar más de 100 metros sin detenerse por disnea.
Muy Grave	4	Disnea le impide salir de la casa. La presenta al vestirse o desvestirse.

Dentro de la evaluación es importante medir la disnea. Se propone el uso de la escala de disnea de la ATS (Tabla 1), en el control habitual de todos estos pacientes, sin importar el grado de severidad, y el uso de la escala de disnea de Borg (Tabla 2) que sirve principalmente para evaluar la disnea en forma aguda, como por ejemplo frente a alguna actividad física determinada.

Tabla 2.

**Tabla 2. Escala de Disnea de Borg**

	0	Sin disnea
	0,5	Muy, muy leve. Apenas se nota
	1	Muy leve
	2	Leve
	3	Moderada
	4	Algo severa
	5	Severa
	6	
	7	Muy severa
	8	
	9	
	10	Muy, muy severa (casi máximo)
	•	Máxima

## ESTANDAR

Toda persona con oxigenoterapia habrá recibido educación para el autocuidado específico.

Toda persona con oxigenoterapia habrá recibido la visita domiciliaria por un componente del equipo de salud del nivel primario de atención.

## IV. SINTOMAS URINARIOS

Dado el envejecimiento de la población, el número de personas expuestas a los riesgos del uso prolongado de sonda permanente puede aumentar, sin embargo, la proporción de personas con problemas urinarios que puede ser manejada solamente por sonda, puede disminuir, debido a los avances en otros tratamientos para la incontinencia urinaria y las condiciones que la causan.

El uso prolongado de sondas vesicales se utiliza más frecuentemente en el cuidado de personas de edad avanzada frágiles, en hogares de ancianos o como parte de su atención domiciliaria. En Chile, entre el 5 y el 7% de las personas hospitalizadas en servicios de geriatría tienen sondas permanentes durante semanas, meses o años. Entre las personas con cáncer avanzado, los tres que frecuentemente la utilizan son los osteosarcomas, cáncer cervicouterino, de próstata. Un grupo, los pacientes niños y adultos con problemas neurológicos o lesión en la médula espinal también pueden utilizar sondas en el largo plazo.

La vejiga realiza dos funciones principales, almacenamiento y vaciamiento. Las indicaciones para el uso de sonda son el fracaso para almacenar o el fracaso para vaciar, particularmente incontinencia urinaria y retención urinaria. La infección urinaria asociada con las sondas representa la infección intrahospitalaria más frecuente en los servicios de atención sanitaria a largo plazo (Warren 1994). Se ha calculado que la incidencia de bacterias en la orina (bacteriuria) es entre el 3 y el 10% más elevada cada día después de la inserción de la sonda (Warren 1982). Por lo tanto, un mes después del uso de sonda, se espera que casi todos los pacientes presenten bacteriuria. Como en el uso de sonda a corto plazo, la bacteriuria asintomática se puede complicar por los efectos de una infección sintomática; por ej., fiebre, pielonefritis aguda y bacteriemia. El uso prolongado de sondas se asocia con la obstrucción de la sonda, cálculos en el tracto urinario, infecciones locales, inflamación renal crónica, insuficiencia renal y, con los años, cáncer vesical (Warren 1997).

Las bacterias entran en la vejiga con sonda por inoculación directa en el momento de la inserción de la sonda o por las siguientes vías durante el uso de la sonda: por vía extraluminal, ascienden del meato uretral a lo largo de la interfase uretral de la sonda; y por vía intraluminal por reflujo de los microorganismos en la luz de la sonda (Tambyah 1999; Warren 2001). La formación de una biocapa y la incrustación en la superficie de la sonda, en combinación con una alta prevalencia de entrada de bacterias recurrente resultan en una bacteriuria polimicrobiana dinámica (Liedl 2001).

El primer paso en la reducción de infecciones del tracto urinario asociadas con la sonda y otras complicaciones es evitar el uso innecesario de sonda; el segundo es extraer la sonda tan pronto como sea posible. Se deben considerar métodos alternativos para el uso de sonda uretral permanente, como la sonda intermitente y la sonda suprapúbica. Desde un punto de vista teórico, es posible que ambos métodos se asocien con un menor riesgo de infecciones y complicaciones locales, pero esto aún se debe probar. Con respecto al uso de sonda intermitente, es decir, insertar y extraer una sonda uretral estéril o limpia varias veces al día, no es probable que los microorganismos puedan entrar en la vejiga ascendiendo dentro o a lo largo de la superficie externa de la sonda porque la sonda no está presente constantemente. Con respecto al uso de sonda suprapúbica, la colonización bacteriana del tracto urinario es menos probable debido a la menor densidad de microorganismos (gram negativos) en la piel abdominal que en el área periuretral, aunque la sonda aún puede actuar como una vía para la infección. También hay otras desventajas para estas alternativas.

Por lo tanto, el primer objetivo es abordar, en la situación especial del enfermo con cáncer avanzado en el contexto del uso prolongado, si una de las opciones de las sondas (es decir, sonda uretral permanente, sonda uretral intermitente o sonda suprapúbica) es mejor que otra en términos de la conveniencia para la afección, las complicaciones, el reemplazo, la satisfacción (la persona con el problema, sus cuidadores y el personal a cargo de la atención) y el costo efectividad.

Una vez que la sonda está en el lugar, el objetivo es minimizar el riesgo de infección. Hay dos principios básicos aceptados: mantener el sistema de la sonda cerrado, y extraer la sonda cuando ya no es necesaria. Otra estrategia consiste en la profilaxis antibiótica: está ampliamente aceptado que la administración de antibióticos sistémicos reduce el riesgo de infección urinaria asociada con la sonda en el paciente con sonda a corto plazo ([Huth 1992](#); [Platt 1986](#); [Shapiro 1984](#)). Si los antibióticos sistémicos son también efectivos en el paciente con uso prolongado de sondas, es necesario hallar si el efecto protector de los antibióticos profilácticos (utilizados continuamente), justifica los efectos secundarios, particularmente la resistencia bacteriana a múltiples antibióticos. Las estrategias posibles para reducir estas desventajas son limitar el uso de antibióticos a los pacientes con cultivo positivo de orina (generalmente establecido a una densidad de bacterias predefinida); o a los síntomas clínicos (como dolor o fiebre); o a determinadas circunstancias como el cambio de la sonda.

El segundo objetivo de esta revisión es evaluar las pruebas de ensayos controlados aleatorios de la efectividad de los antibióticos profilácticos (continuos) sistémicos (orales en vez de locales o tópicos), e incluir los grupos de pacientes que deben recibir antibióticos y bajo qué circunstancias, cuándo se prevé un uso de sonda prolongado.

Otra estrategia para reducir la incidencia de problemas en las personas con uso prolongado de sondas permanentes es el lavado vesical. Sin embargo, esta estrategia ha sido evaluada en otra revisión Cochrane ([Sinclair 2004](#)). Con respecto al uso de sonda permanente (es decir, uretral o suprapúbica), otra estrategia posible para reducir el riesgo de infección es utilizar sondas recubiertas con una sustancia antibacteriana. El efecto de la utilización de diferentes tipos de sondas uretrales en el corto plazo (hasta 14 días) fue evaluado en una revisión Cochrane ([Brosnahan 2004](#)). La revisión halló que la utilización de sondas permanentes recubiertas con aleación de plata para el uso de sonda a corto plazo de pacientes adultos hospitalizados reduce el riesgo de infección urinaria intrahospitalaria. Estas estrategias no se consideran en esta revisión.

## A. CANCER VESICAL

Las personas con cáncer vesical invasivo de la capa muscular requieren tratamiento intensivo que significa generalmente radioterapia o cistectomía (cirugía para extraer la vejiga) con o sin quimioterapia. Si la decisión es la cistectomía radical, la elección de cómo reemplazar la función de las vías urinarias bajas se debe realizar entre derivación por conducto, reemplazo vesical o derivación continente.

## B. VEJIGA NEUROGÉNICA

Puede ser el resultado de trastornos congénitos o adquiridos (p.ej. defecto del tubo neural o pacientes con lesiones en la médula espinal) y puede presentarse clínicamente de varias maneras incluida frecuencia, tenesmo, incontinencia urinaria, intermitencia, retención de orina o infecciones urinarias. La disfunción de las vías urinarias bajas puede resultar en reflujo vesicoureteral o afectar el drenaje de los uréteres, lo cual provoca hidronefrosis. Antes de la era de autocaterización intermitente de vaciamiento, se practicaba derivación urinaria en gran cantidad de pacientes con vejiga neurogénica por medio de un conducto ileal cuando las medidas conservadoras fracasaban. Actualmente, sin embargo, las opciones incluyen reconstrucción vesical, reemplazo o derivación continente. Las indicaciones principales para tal cirugía en este grupo de pacientes incluyen incontinencia persistente, deterioro progresivo de la función renal y presión vesical alta.

## Hiperactividad del detrusor

La hiperactividad del detrusor se caracteriza por contracciones del detrusor (músculo de la pared vesical), ya sea de forma espontánea o en la provocación durante la fase de llenado mientras el paciente intenta inhibir la micción. El tratamiento urológico para personas con inestabilidad del detrusor es difícil ([Couillard 1995](#)). Los pacientes con inestabilidad del detrusor grave generalmente se angustian a causa de su

incontinencia urinaria y están desesperados por recibir tratamiento. La mayoría de los pacientes con inestabilidad del detrusor reciben la atención tradicional de un tratamiento farmacológico, neuroestimulación eléctrica transcutánea o neuromodulación sacra (S3). Sin embargo, donde las medidas tradicionales fracasan, la cirugía que puede incluir la transposición de los segmentos de intestino a las vías urinarias (p.ej. enterocistoplastia tipo "clam") puede proporcionar un tratamiento efectivo (Lewis 1990, George 1991, Kockelbergh 1991, Sethia 1991).

Trastornos inflamatorios crónicos de la vejiga.

(a) Cistitis intersticial

La cistitis intersticial idiopática es un trastorno inflamatorio crónico de la vejiga de etiología desconocida (Hanno 1990, Thompson 1996). En la mayoría de los pacientes los tratamientos tradicionales producen sólo un alivio provisional; otros sufren un deterioro progresivo que a menudo culmina en un pedido de tratamiento quirúrgico. Las opciones varían de derivación por conducto ileal a reemplazo vesical ortotópico, pero resulta difícil elegir a aquellos pacientes que se beneficiarán con la cirugía.

(b) Tuberculosis

La Organización Mundial de la Salud calcula que hay aproximadamente diez millones de casos nuevos de todas las formas de tuberculosis que cada año afectan predominantemente a personas que viven en países en vías de desarrollo. Se calcula que entre 8% y 20% de pacientes con tuberculosis pulmonar presentan *Mycobacterium tuberculosis* en la orina. La tuberculosis puede afectar a todo el aparato genitourinario. Cuando afecta a la vejiga, puede causar frecuencia intolerable, dolor, tenesmo y hematuria. La vejiga puede achicarse, contraerse y perder la capacidad de retener más de 100 ml de orina, lo que puede llevar al tratamiento por cistoplastia de ampliación.

## C. INCONTINENCIA

Se define como la incapacidad para retener la orina. Antes de aplicar medidas farmacológicas, descartar la existencia de fístulas cistorectales o cistovaginales; incontinencia de esfuerzo previa, diuresis por rebalse en pacientes con globo vesical y la alteración del reflejo de micción por alteración de la conciencia.

### Estrategia terapéutica

A) Enfocadas a la causa:

Tratamiento específico de la causa considerando el costo beneficio en términos de la calidad de vida del paciente.

- Eliminar diuréticos.
- Tratar cistitis
- Modificar sedación.

B) Sintomáticas:

Medidas farmacológicas:

Amitriptilina: o Imipramina	25 - 50 mg por día
Clorpromazina:	25 mg cada 8 horas
AINEs:	naproxeno: 500 mg cada 12 horas ( de elección )
Analgésicos tópicos:	lidocaína gel

Medidas no farmacológicas:

1. Explicar al paciente la colaboración necesaria para el control voluntario de este síntoma, siempre que su estado de conciencia así lo permita.
2. Compañía tranquilizadora para asistir o facilitar elementos de evacuación vesical.
3. Procurar régimen seco, restricción de líquidos a partir de las 18 horas, evitando los estimulantes naturales de la diuresis.
4. Fomentar micción a intervalos regulares, espaciándolos gradualmente. Establecer diariamente pequeñas metas.
5. Mantener integridad de piel y mucosas de zona perigenital.
6. No olvidar la protección de la cama.
7. Evitar enfriamientos, mantener ambiente libre de malos olores y temperado, observando la privacidad del paciente.
8. En situaciones especiales se enseñará el uso y cuidado de sonda vesical transitoria con cerrada intermitente para reeducar hábito.

#### D. TENESMO

Deseos persistentes de orinar aún cuando la vejiga se encuentre vacía.

#### Causas

- Debidas al cáncer:

Infiltración del cuello vesical

Compresión nerviosa (a nivel de plexo o médula)

- Debidas al tratamiento:

Bloqueos nerviosos

Fármacos (fenotiazinas, haloperidol, otras)

- Otras causas:

Estreñimiento

Infección: cistitis.

### Estrategia terapéutica

A) Enfocadas a la causa:

Tratamiento específico de la causa reversible: estreñimiento, régimen de drogas analgésicas, infección.

B) Sintomáticas:

Medidas farmacológicas:

- 1) Ajustar esquema analgésico.
- 2) Antibióticos en caso necesario.  
Pyridium 1 comprimido / 6 horas.

Medidas no farmacológicas:

- 1) Tranquilizar al paciente informándolo sobre las medidas para aliviar esta molestia.
- 2) Reforzar técnica de relajación.  
Procurar establecimiento de pequeñas metas.
- 3) Incentivar gradualmente horarios de eliminación a intervalos fijos.
- 4) Evitar enfriamientos, cambios de ropa interior, ambiente temperado y mantención de elementos para evacuación vesical próximos al paciente.
- 5) Compañía tranquilizadora.

### E. RETENCION URINARIA

Es la dificultad o incapacidad para evacuar voluntariamente la vejiga, ya sea por esquema analgésico, por tratamientos previos o por compromiso tumoral en sitio primario o a distancia (compromiso neurológico)

### Estrategia terapéutica

Medidas farmacológicas:

1. Tratamiento específico de la causa.
2. Ajustar esquema analgésico.
3. AINEs: Naproxeno 500 mg cada 12 horas.

Medidas no farmacológicas:

1. Tranquilizar al paciente informándole y solicitando su colaboración para aliviar esta molestia
2. Aplicar técnica de relajación concentrando la atención en el deseo de orinar. Reforzar intervalos regulares de eliminación urinaria. Mantener privacidad.
3. Estimular deambulacion según PS del paciente, o bien ejercicio de extremidades inferiores y de músculos abdominales.
4. Mantener abrigado al paciente y ambiente temperado.
5. Si la situación lo precisa, instalación de sonda vesical, instruyendo al paciente y a sus familiares sobre los cuidados de la misma.

## TRATAMIENTO DE LA INFECCION URINARIA

Puede ser causa de incontinencia urinaria, por tanto será necesario un sedimento urinario y Antibiograma. Siempre un tratamiento simple bien monitoreado puede dar resultados excelentes.

No debe repetirse el tratamiento a menos que se documente un germen específico.

## F. HIPERCALCEMIA

Es la anormalidad metabólica más común en pacientes con cáncer que puede poner en peligro su vida. Las causas más comunes de hipercalcemia son malignidad e hiperparatiroidismo.

El paciente presenta fatiga, anorexia, náusea, polidipsia, constipación, debilidad muscular, letargia, apatía, hiperreflexia, coma. La hipercalcemia se debe sospechar en todo paciente con cáncer que presente: deshidratación de difícil corrección, polidipsia, poliuria, alteración en el estado de la conciencia, vómito pertinaz que no se controla con antieméticos, insuficiencia renal aguda (IRA), acidosis tubular renal.

## EPIDEMIOLOGIA

Las neoplasias mas frecuentemente asociadas con hipercalcemia son: mama, pulmón, hipernefroma, mieloma múltiple, escamocelulares de cabeza y cuello, esófago, tiroides. Los de origen ginecológico rara vez la producen.

Estrategia Terapéutica:

1. Proteína relacionada a paratohormona (PrPTH).
2. Reabsorción ósea de origen neoplásico.
3. Prostaglandinas osteolíticas (pulmón, riñón, ovario).
4. Factor activador de osteoclastos (mieloma múltiple).
5. Metabolitos activos de Vitamina D (linfoma de células T).

Para distinguir entre hipercalcemia por malignidad del hiperparatiroidismo primario se necesita medir los niveles séricos de PrPTH.

Puede ser necesario efectuar nitrógeno ureico sanguíneo, creatinina, fósforo, EKG, calcio corregido o idealmente calcio ionizado. Calcio corregido = calcio sérico (4 – albúmina g/dl) x 0.8 PTHrP > 2 pmol/L es un marcador de hipercalcemia maligna.

El tratamiento se orientará considerando:

1. Magnitud.
2. Estado clínico del paciente.
3. Extensión del tumor de base.
4. Duración y severidad del trastorno metabólico y síntomas.

Medidas Farmacológicas:

### a) Hidratación

La solución salina normal isotónica reemplaza la pérdida de volumen intravascular y aumenta la excreción urinaria de calcio. La velocidad de la infusión depende del grado de deshidratación, de la magnitud de la

hipercalcemia y de la capacidad del individuo de manejar la sobrecarga de fluidos. En general se necesitan 3 a 6 litros en 24 horas. Si ocurriese una sobrecarga, se administran diuréticos de ASA, los cuales contribuyen a la calciuresis. Se debe tener en cuenta el estado electrolítico del paciente y vigilarlo adecuadamente. La hidratación sola corrige la hipercalcemia en menos del 30% de los pacientes, en otras palabras, disminuye el calcio, en 1.5 mg/dl como máximo. Por lo tanto, en casos severos como medida única no es lo más apropiado. Otras medidas más específicas y van dirigidas a la inhibición de la actividad osteoclástica, tales como el uso de bifosfonatos, calcitonina.

#### b) Calcitonina

Hormona peptídica que regula el metabolismo del calcio, tiene una potente actividad inhibitoria osteoclástica y aumenta la calciuresis. Puede ser utilizada IM, SC, EV. Induce una rápida caída del calcio sérico con un nadir entre 12 y 24 hrs. Es un medicamento muy útil en situaciones de emergencia, pero puede presentar el fenómeno de "escape" con la administración continua (va perdiendo en pocos días su potencial terapéutico).

Son efectivos entre el 60 y 80% de los pacientes; posee acción analgésica en dolor óseo por metástasis y su toxicidad incluye flushing facial, cólicos, náusea, vómito y, en ocasiones produce anafilaxis cuando se usa la extraída del salmón. La dosis recomendada es de 3 a 6 microgr/kg/día. Importante, alto costo.

#### c) Glucocorticoides

Son útiles principalmente en hipercalcemias de neoplasias hematológicas, linfomas y mieloma múltiple. Actúan inhibiendo el crecimiento del tejido linfoide y parecen tener alguna acción en cáncer de seno hormono dependiente. La respuesta clínica no es inmediata, puede demorar hasta una semana.

#### d) Bifosfonatos

Son análogos al pirofosfato, se unen a hidroxapatita en áreas de aumento de recambio óseo y posteriormente, inhiben la resorción osteoclástica y la disolución de cristales de hidroxapatita. Algunos tienen poca absorción gastrointestinal, vida media larga en hueso y se excretan sin cambios por el riñón.

El agente más comúnmente usado es el PAMIDRONATO, potente y de poca toxicidad. La dosis usual es de 90 mg endovenoso en 3hrs. Debe controlar síntomas de nefrotoxicidad. Restaura la normocalcemia entre el 60 y 100% de los pacientes y sus efectos duran aproximadamente 6 semanas a 8 semanas. Los efectos indeseables son aumento transitorio de aminotransferasas, flebitis, síntomas gastrointestinales leves, hipofosfatemia leve, hipomagnesemia y aumento de la temperatura en un grado centígrado. Ventajas: costo beneficio. Por tanto, este grupo es más recomendable que la calcitonina.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Body jj, Bartl R, Burckhardt P, et al. (1998) Current use of bisphosphonates in oncology. *J Clin Oncol.*, 6:3890-3899.
2. Body jj. (1998) Bisphosphonates. *Eur J cáncer.* 34:263-269.
3. Mundy GR, Ibbotson KJ, D'Souza SM, et al. (1984) The hypercalcemia of cancer. Clinical implications and pathogenic mechanisms. *N Engl J Med.*, 310: 1718-1727.
4. Rogers MJ, Frith JC, Luckman SP, et al. (1999) Molecular mechanism of action of bisphosphonates. *Bone*, 24 (suppl): 73s-79s.
5. Watters J, Gerrard G, Dodwell D. (1996) The management of malignant hypercalcemia *Drugs.*, 52: 837-848.

## V. DISFUNCION SEXUAL

La sexualidad es importante para el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores y, como tal, debe de ser entendida y tratada por los profesionales de salud.

Los problemas sexuales se definen como la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y/o resolución), que evita que el individuo o la pareja disfrute de la actividad sexual.

Las dificultades sexuales en las personas pueden haber comenzado en una etapa temprana en la vida sexual, pueden haberse desarrollado de forma gradual a través del tiempo o pueden aparecer de repente, presentándose como una incapacidad total o parcial para participar en una o más etapas del acto sexual.

La causa de las dificultades sexuales puede ser física, psicológica o ambas.

Los factores emocionales que afectan la función sexual incluyen, tanto los problemas interpersonales, como los problemas psicológicos propios del individuo (ej: depresión). En el caso de las personas con cáncer y particularmente cáncer avanzado existe o prevalece un falso concepto de incapacidad, temor al rechazo, baja autoestima, deterioro de la imagen corporal.

Entre los factores físicos están: las drogas (alcohol, nicotina, narcóticos, estimulantes, algunos antihipertensivos, antihistamínicos y algunos medicamentos psicoterapéuticos) y los procesos patológicos (lesión de columna vertebral, hiperplasia prostática, tumores, insuficiencia vascular, neuropatía diabética, insuficiencia de órganos críticos como el corazón y/o los pulmones y trastornos endocrinos como las alteraciones tiroideas u hormonales).

Sin embargo salvo las secuelas de cáncer cervicouterino invasor avanzado fistulizado 2-5%, cáncer de pene 1%, ascitis 15%, no existe impedimento real para la relación sexual.

### A. DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA

El diálogo en un ambiente confortable que proporcione una buena relación médico-paciente es importante para abordar los problemas de sexualidad. No siempre el paciente aborda el tema directamente, por lo tanto es importante que el médico indague en particular, si el adulto mayor tiene problemas en su vida sexual.

Los hallazgos físicos específicos y los procedimientos de los exámenes dependen de la forma de disfunción sexual que se esté investigando. En cualquier caso, se debe obtener una historia médica completa y realizar un examen físico completo para identificar cualquier posible enfermedad o condiciones predisponentes. El examen físico debe incluir todos los sistemas y no debe limitarse al sistema reproductor.

- ¿SE TRATA DE DOLOR?
- ¿ES LA QUEJA DE INICIO AGUDO O CRÓNICO?
- ¿SE TRATA DE UN CAMBIO EN EL DESEO O LA EXCITACIÓN SEXUAL?
- ¿SE TRATA DE AUSENCIA PERSISTENTE DEL ORGASMO?
- ¿SE TRATA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL?
- ¿SE TRATA DE DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL?

## B. BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

### INTERVENCIONES GENERICAS

En todos los casos se debe informar a los pacientes:

- De los cambios normales que ocurren con el envejeciendo y de la importancia de mantener una actitud positiva en relación al sexo en la vejez, entendiendo que existen diferencias entre hombres y mujeres en lo que se refiere a demanda y respuesta sexual.
- Que para mantener su vida sexual activa y placentera es parte de la vida, es importante adoptar un estilo de vida saludable, con la práctica regular de ejercicios físicos, buena alimentación y reducción o eliminación del alcohol y el tabaco.
- Que deben ser exploradas otras maneras de expresar y vivir la sexualidad, como abrazos, besos, caricias, masajes, estimulación manual, fantasías eróticas y masturbación.

### TRATAMIENTO

- Aliviar el dolor.
- Información a la pareja.
- Consejería respecto de maneras de expresar amor y vivir la sexualidad

### PUNTOS CLAVE

- La disfunción eréctil NO es parte del envejecimiento normal.
- La causa más frecuente de disminución de actividad sexual en el hombre es la disfunción eréctil, y en la mujer es la falta de lubricación vaginal en la postmenopausia.
- El hombre y la mujer son diferentes con relación a su demanda y respuesta sexual.

### BIBLIOGRAFIA

1. Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Edición 2000 disponible en el internet: [www.merck.com/pubs/mm\\_geriatrics/](http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/).
2. Phillips, N.A. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment. American Family
3. Physical, pub. by The American Academy of Family Physicians. ([www.aafp.org](http://www.aafp.org))
4. Rendell MS, Rajfer J, Wicker PA, et al. Sildenafil for treatment of erectile dysfunction in men with diabetes: a randomized controlled trial. JAMA. 1999; 281(5): 421-426.
5. La página web de la Escuela de Medicina de la Universidad de Utah, contiene información en español presentada por el Departamento de Urología. [www.med.utah.edu/healthinfo/spanish/urology/impotenc.htm](http://www.med.utah.edu/healthinfo/spanish/urology/impotenc.htm).

## VI. LESIONES DE LA PIEL Y MUCOSAS

### A. DEFINICION

Es la pérdida de la integridad de la piel y mucosas debido a desnutrición, caquexia, deshidratación, circulación deficiente, inmovilidad, disminución de la sensibilidad y alteración del estado de conciencia. También por efectos secundarios derivados de tratamiento, la falta de cuidados e higiene. Todos frecuentes en el paciente oncológico terminal.

Los problemas más frecuentes son: la sequedad y heridas de la boca, de los ojos, la maceración de pliegues, la descamación de la piel, la dermatitis de contacto, prurito y las úlceras de decúbito.

### B. EPIDEMIOLOGIA

Puede encontrarse sobre el 90 % de las personas portadoras de cáncer de cabeza y cuello.

60% de las personas post quimioterapia:

- 10% relacionado con la quimioterapia auxiliar.
- 50% relacionado con la quimioterapia primaria.

60% de las personas post radioterapia:

- 90% de las personas post radioterapia de cabeza y cuello.
- 50% post radioterapia digestiva alta, media, baja y pélvica.
- 20% de las personas portadoras de cáncer cervicouterino invasor.

### C. CUIDADOS DE LA CAVIDAD BUCAL

Siempre prevenir.

#### DEFINICION

Es el conjunto de cuidados y autocuidados destinados a mantener la mucosa bual indenme, en condiciones de permitir el acceso, degustación y favorecer el proceso de masticación. Satisface la necesidad de nutrientes y líquidos. También trasmite el sentido del gusto, tacto y diferenciación de toda sustancia que ingresa a la cavidad oral. Pude ser un punto de agrado, displacer y dolor.

Estos efectos tóxicos relacionados con el tratamiento de la enfermedad maligna inciden principalmente en la mucosa que reviste el sistema gastrointestinal, incluso en la mucosa oral, a causa de su alta tasa de renovación celular. La cavidad oral es muy susceptible a los efectos tóxicos directos e indirectos de la quimioterapia oncológica y de la radiación ionizante.[1,2] Este riesgo se debe a una multitud de factores, entre ellos las altas tasas de renovación celular de la mucosa, la microflora compleja y diversa, y trauma a los tejidos orales durante la función oral normal.[3] Aunque los cambios en las estructuras de tejido blando de la cavidad oral presuntamente reflejan los cambios que ocurren en todo el sistema gastrointestinal, las siguientes secciones se concentran en las complicaciones orales provocadas por la terapia con fármacos antineoplásicos y la radioterapia.

Si bien las complicaciones orales pueden imitar ciertos trastornos sistémicos, se presentan ciertas toxicidades orales únicas en el contexto de estructuras anatómicas orales específicas y sus funciones.

## EPIDEMIOLOGIA

La frecuencia con que se presentan las complicaciones orales varía dependiendo de la terapia para el cáncer; estos son los porcentajes estimados:

Las complicaciones orales más comunes observadas después de la oncoterapia son la mucositis, la disfunción de las glándulas salivales, la disfunción del sentido del gusto y el dolor. Estas complicaciones pueden, a su vez, producir otras secundarias como deshidratación, disgeusia y malnutrición. En los pacientes de cáncer mielosuprimidos, la cavidad oral también puede ser una fuente de infección sistémica. La irradiación a la cabeza y el cuello puede dañar irreversiblemente la mucosa oral, la vasculatura, los músculos y los huesos, lo que puede dar lugar a xerostomía, numerosas caries dentales, trismo, necrosis de los tejidos blandos y osteonecrosis.

La evaluación del estado oral y la estabilización de la enfermedad oral son medidas críticas para la atención completa que debe ser tanto preventiva como terapéutica para reducir al mínimo el riesgo de complicaciones orales y de otras complicaciones sistémicas que estén relacionadas con la misma.

## BIBLIOGRAFIA

1. Myers RA, Marx RE: Use of hyperbaric oxygen in postradiation head and neck surgery. NCI Monogr (9): 151-7, 1990. [[PUBMED Abstract](#)]
2. Schubert MM, Epstein JB, Peterson DE: Oral complications of cancer therapy. In: Yagiela JA, Neidle EA, Dowd FJ: Pharmacology and Therapeutics for Dentistry. 4th ed. St. Louis, Mo: Mosby-Year Book Inc, 1998, pp 644-55.
3. Sonis ST, Peterson DE, McGuire DB, eds.: Mucosal injury in cancer patients: new strategies for research and treatment. J Natl Cancer Inst Monogr (29): 1-54, 2001.

## Estrategia Terapéutica

### A) Enfocadas a la causa:

Alimentación equilibrada

Hidratación suficiente

Tratamiento de alergias (ajuste de esquema terapéutico)

Tratamiento de infecciones locales

Derivadas del tratamiento (morfina subcutánea, quimioterapia, radioterapia)

### B) Sintomáticas:

Medidas Farmacológicas:

- 1) Tratamiento específico de signos y síntomas evidentes y potenciales considerando el Performance status y la calidad de vida para el paciente.

Medidas no farmacológicas: ( Ver Norma Enfermería )

- 1) Educar al paciente y familiares sobre todas las medidas tendientes a asegurar la integridad y la prevención de complicaciones a nivel de piel y mucosas.
- 2) Fomentar el autocuidado familiar en la prevención de lesiones y/o tratamiento de ellas.
- 3) Medidas de higiene y confort del paciente postrado. (por segmento: céfalo - caudal y con atención al detalle, muy en especial cuidados de la boca).
- 4) Estimular alimentación completa e hidratación suficiente.
- 5) Cuidar la higiene personal y de la cama.
- 6) Especial énfasis en lubricación, masajes, cambios posturales y ejercicios musculares.
- 7) Considerar la presentación personal y el vestuario del paciente.

## D. CUIDADOS DE LOS PIES

Las afecciones de los pies son importantes, dada la relevancia que éstos tienen para la vida y el mantenimiento de la independencia. Su alteración es fuente de sufrimiento y pone en peligro la independencia funcional y autonomía de las personas, en particular del adulto mayor.

El pie es un órgano. En él encontramos un complejo sistema osteoarticular, muscular, vascular, linfático y nervioso que le confiere un diseño y arquitectura capaz de desempeñar dos funciones esenciales: una estática, dada por el apoyo y el equilibrio que le dan al ser humano la actitud erecta en bipedestación; la otra dinámica, que le permite la marcha y todos los movimientos ejecutados en distintas funciones a las que el pie está sometido por el crecimiento y desarrollo de las personas, la vida cotidiana, laboral, artística o deportiva.

El pie no envejece en forma separada, sino que se ve naturalmente afectado por el proceso de envejecimiento. Toda su economía se ve involucrada. Podemos encontrar afecciones articulares, musculares, esqueléticas, ortopédicas, metabólicas, vasculares, neuropáticas y dermatológicas que van a producir alteraciones en su funcionamiento.

Además, se atrofia el cojinete graso plantar, comprometiéndose así su función amortiguadora. Esto favorece la manifestación de las alteraciones estáticas del pie por fricción o presión del calzado. Por otra parte, la piel es un órgano de choque de afecciones metabólicas y vasculares. Sin embargo, es excepcional que las afecciones del pie impidan la marcha, pero sí pueden hacerla difícil y dolorosa.

Los problemas comunes de los pies resultan tanto de ciertas enfermedades, como de años de desgaste, calzado inapropiado, cambios tróficos por insuficiencia vascular, mal cuidado de las uñas, déficit sensorial, obesidad o enfermedad incapacitante, entre ellas los tumores malignos.

## EPIDEMIOLOGIA

El pie es un indicador del estado general de salud; hay enfermedades crónicas como la diabetes, la artrosis y la gota, que se manifiestan en esta región anatómica. Algunos cánceres también pueden afectarlos, cáncer óseo 8%, osteosarcoma 1%, metástasis óseas 10-13%, fracturas patológicas 5%, otros.

Las afecciones de los pies, son causa frecuente de incapacidad pero suelen no ser reportadas espontáneamente. Los trastornos de la marcha, la inmovilidad prolongada y las caídas recurrentes pueden ser formas de presentación de alteraciones sistémicas generales y/o estáticas o dinámicas del pie.

## DIAGNOSTICO

EL EXAMEN CLINICO DEL PIE DEBE SER SISTEMATICO Y EXHAUSTIVO:

- El interrogatorio permite precisar si hay dolor y dónde, la presencia de alteración funcional y los antecedentes relevantes (diabetes, flebitis, artrosis).
- Cada pie debe ser observado, palpado y movilizado sin apoyo para observar la piel, los vasos y superficies de prominencias óseas; primero en declive y seguidamente elevándolo para detectar falla circulatoria.
- El examen del pie debe hacerse, tanto en reposo como durante la marcha, buscando cambios estructurales y disfunción en la deambulación.
- Siempre que sea posible, el examen físico debe auxiliarse del podoscopio para buscar alteraciones estáticas y zonas de presión excesiva.

#### CRITERIOS DE VALORACION DEL PIE:

- Antecedentes personales.
- Examen físico ortopédico (en carga, en descarga y en marcha).
- Examen neurológico (exploración sensorial, motora y autonómica).
- Examen dermatológico (piel, uñas, vellos, hidratación).
- Examen osteoarticular.
- Valoración de funcionalidad (Escala de Tinetti :equilibrio y marcha).
- Exámenes paraclínicos

#### LOS SÍNDROMES CLINICOS MAS FRECUENTES DE LA PATOLOGIA DEL PIE SON:

- Las patologías estáticas y tróficas.
- Las alteraciones tróficas ungueales.
- El dolor, en ausencia de alteraciones estáticas.
- Las manifestaciones podológicas de enfermedad crónica.

#### LAS PATOLOGÍAS ESTÁTICAS Y TRÓFICAS:

Las alteraciones anatómicas más frecuentes son: el equinismo, como secuela neurológica, el pie cavo anterior y el hallux valgus.

1. Las hiperqueratosis y úlceras tróficas, usualmente son el resultado de la hipoxia tisular producida por una presión exógena excesiva y/o prolongada (calzado). La repercusión de la presión crónica sobre los tejidos subcutáneos puede manifestarse mediante la formación de bursas que podrían infectarse, fistulizarse e incluso provocar osteomielitis.

#### LAS ALTERACIONES TROFICAS UNGUEALES:

Son frecuentes y aparatosas:

1. La onicomycosis es una infección por hongos.
2. La onicogriposis es una alteración de la lámina ungueal en forma de cuerno, etiológicamente debida a un conjunto de factores: enfermedades sistémicas, nutricionales, micro y macro traumatismos y negligencias. Se caracteriza por un engrosamiento del cuerpo de la uña que puede alcanzar grandes proporciones.
3. Los hematomas subungueales son debidos a traumatismos o a fragilidad capilar.
4. Las uñas encarnadas, son aquellas cuyo borde se incrustó en la piel del orjejo.

#### EL DOLOR EN AUSENCIA DE ALTERACIONES ESTATICAS:

El dolor puede ser manifestación de alteración mecánica, artrosis o déficit circulatorio.

También puede ocurrir simultáneamente afección vascular con modificación de la temperatura o del volumen del pie.

## TRATAMIENTO INTERVENCIONES ESPECIFICAS

### LAS ALTERACIONES TROFICAS UNGUEALES

- Su atención necesita del podólogo.

### EL DOLOR EN AUSENCIA DE ALTERACIONES ESTÁTICAS

- El dolor debe ser atendido según su causa etiológica.
- Si existen lesiones fisuradas con hiperqueratosis, secundarias a lesiones de talón, éstas pueden tratarse con vaselina salicilada al 5% hasta la desaparición de la hiperqueratosis. Si la piel es fina y atrófica conviene lubricar y luego proteger con una talonera acojinada durante la noche.
- La eritromialgia suele ceder ante la administración de aspirina.
- Presencia de talalgia, si el dolor es dorsal, una talonera en herradura suele dar un alivio suficiente.

### CONSEJOS PARA EL AUTOCUIDADO:

- El pie es con frecuencia descuidado en las personas mayores por serles inaccesible.
- Debe aconsejarse la supervisión por una tercera persona.

#### Es recomendable:

- Lavar los pies todos los días con agua y jabón y secarlos meticulosamente con toalla suave de algodón, especialmente entre los dedos. Para aquellas personas que no lleguen a sus pies, pueden utilizar, si el caso lo requiere, un secador o ventilador con aire frío o tibio a 50 cm de distancia de sus pies.
- Hay que lavar el pie, no ponerlo en remojo o sumergirlo durante mucho tiempo, pues esta práctica debilita la piel, la macera y la hace susceptible a infecciones.
- Usar lanolina o crema semejante, para humectar la piel y prevenir fisuras.
- No colocar crema entre los dedos pues favorece la proliferación de hongos y bacterias. Si la piel es húmeda y transpira, se deben utilizar talcos, desodorantes o alcohol-éter para pie.
- Mejorar la circulación de la sangre en los pies puede ayudar a prevenir problemas. La exposición a temperaturas frías o calientes, la presión de los zapatos, el estar sentado durante períodos largos o el tabaquismo puede reducir el flujo de sangre en los pies. Incluso sentarse con las piernas cruzadas o usar ligas elásticas o calcetines ajustados pueden afectar la circulación.
- Usar medias o calcetines limpios, en lo posible de fibras naturales: algodón en el verano y lana en el invierno. No usar medias zurcidas o rotas, con costuras, ajustadas u holgadas. No usar ligas, pues impiden la buena circulación sanguínea.
- Toda lesión en el pie debe ser evaluada.
- Inspeccionar diariamente los pies: Si hay disminución de la visión o del movimiento, se debe solicitar ayuda a otra persona para la revisión periódica de los pies. También se puede utilizar un espejo para visualizar mejor la planta del pie. Buscar: ampollas, durezas, grietas, erosiones, zonas enrojecidas con calor local o inflamación, escamas o zonas de dolor.
- No usar antisépticos fuertes, ni callicidas.
- Al lastimarse los pies, se debe lavar la herida con abundante agua y jabón neutro, secar bien con una toalla limpia o papel absorbente desechable, colocar un vendaje con gasa y acudir a un centro de salud.
- Usar zapatos cómodos que calzen bien puede prevenir muchas dolencias del pie. El ancho del pie puede aumentar con la edad. Es conveniente medir los pies antes de comprar zapatos. La parte superior de los zapatos debe estar confeccionada en un material suave y flexible que se amolde a la forma del pie.
- No andar descalzo.

- Si los dedos están muy juntos, usar torundas de algodón o lana entre los dedos para prevenir posibles roces.
- No utilizar productos para los pies por propia iniciativa. Muchos preparados que se utilizan para los pies, tales como callicidas, desinfectantes o antisépticos y pomadas son lo suficientemente fuertes como para provocar una lesión.
- No aplicar calor directo (botella de agua caliente, almohadillas calientes, calentadores eléctricos, cobertores eléctricos) a los pies, ni estar muy cerca de la estufa, particularmente en presencia de neuropatía.
- Realizar ejercicio o caminatas diarias con calzado cómodo. En casa puede realizar ejercicios con las piernas y pies. El tipo de ejercicio, intensidad, duración y frecuencia de cada sesión, deben estar adaptados según la condición física.
- El sedentarismo debe evitarse.

## PUNTOS CLAVES

### EL DOLOR DEBE SIEMPRE TRATARSE

- Es prioritario aliviar el dolor del pie para mantener el perímetro de marcha.
- Es necesario identificar precozmente las lesiones tórpidas y prevenir su deterioro, a través de consejos simples de higiene y cuidados.
- Examine sistemáticamente el calzado y aconseje las necesarias modificaciones.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alexander I. The Foot, Examination and Diagnosis, 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1997.
2. Beers, Mark H. and Robert Berkow, (Internet edition) Published by Merck Research Laboratories, Division of Merck. [www.merck.com/pubs/mm\\_geriatrics/](http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/)
3. Birrer RB, Dellacrote MP, Grisafi PJ. Common Foot Problems in Primary Care. 2nd ed. Philadelphia: Henley & Belfus, Inc.; 1998.
4. Bulat T, Kosinski M. Diabetic foot: strategies to prevent and treat common problems. *Geriatrics* 1995; 50(2):46-55.
5. Goldenberg L. Straightforwrd Principles for Management of the Diabetic Foot. *Geriatrics* Vol.4, (1) Jan/Feb 2001. ([www.geriatricsandaging.ca](http://www.geriatricsandaging.ca))
6. Helfand AE Diseases and Disorders of the Foot in Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 5th ed. Malden, MA: Blackwell Publishing for the American Geriatrics Society; 2002.
7. Helfand AE. Avoiding disability: care of foot problems in the elderly. *Geriatrics* 1987; 37(11):49-58.
8. Shereff MJ. Geriatric foot disorders: how to avoid undertreating them. *Geriatrics* 1987; 42(10):69-80.
9. El portal feetnet tiene información para el investigador, para el médico y para el paciente sobre varios temas relacionados al cuidado de los pies. <http://www.feetnet.com/about/index.html>

## E. PRURITO

### DEFINICION

El prurito es una sensación desagradable que produce el deseo de rascarse. Es un síntoma aflictivo que puede ocasionar incomodidad y afectar a la piel en su función de barrera de protección. Debido a la naturaleza subjetiva del prurito, la falta de una definición precisa y la carencia de modelos animales apropiados, el prurito es un trastorno que no ha sido investigado adecuadamente.

La piel es el órgano humano más grande. Tiene funciones psicosociales y físicas sustanciales, siendo la más importante la de servir como mecanismo protector.

El síntoma de comezón generalizada, sin erupciones o lesiones cutáneas, puede estar relacionado con varios factores, desde la piel seca hasta un carcinoma oculto, y por lo tanto deberá explorarse la etiología de los síntomas. Entre los factores etiológicos no malignos comunes se encuentran las reacciones a fármacos, la xerosis, la sarna y las enfermedades primarias de la piel.

#### EPIDEMIOLOGIA<sup>134,135,136</sup>

El prurito es una de las quejas más comunes de los pacientes de edad avanzada; sin embargo, las estimaciones de la importancia de los síntomas pruríticos entre la población anciana varían entre el 10% y el 50%. El diagnóstico más común relacionado con el prurito en esta población es simplemente la piel seca.

El prurito generalizado se encuentra en aproximadamente el 13% de los individuos con enfermedades renales crónicas y entre el 70% y el 90% de aquellas personas tratadas con hemodiálisis.

La enfermedad hepática colestática con obstrucción intrahepática o poshepática, con o sin aumento de los niveles séricos de ácidos biliares, a menudo se asocia con el prurito. Esta es la causa en la mayoría de las personas con tumores malignos de hígado, vesícula y vías biliares.

También, la cirrosis biliar primaria, la colestasis relacionada con fenotiazinas o anticonceptivos orales, la colestasis intrahepática en el embarazo y la obstrucción poshepática, entre otros.

Puede presentarse en al menos un 10 – 15 % en las personas que están recibiendo morfina.

#### Causas

Fisiológicas	envejecimiento de la piel, piel seca, deshidratación
Cancer	todos los tumores malignos con compresión de las vías biliar y biliares
Tratamiento Medicación coadyuvante	fenotiazinas, opioides (morfina)

#### Estrategia terapéutica

Está dirigido a tratar las causas desencadenantes de base.

Manejo farmacológico:

Se asocian terapias farmacológicas (esencialmente con benzodiazepina).

1) Insomnio de conciliación:

Midazolam	7.5 - 30 mg 1 hora antes de la hora habitual de dormir.
Triazolam:	0.5 - 1.0 mg 1 hora antes de la hora habitual de sueño

<sup>134</sup> Duncan WC, Fenske NA: Cutaneous signs of internal disease in the elderly. *Geriatrics* 45 (8): 24-30, 1990

<sup>135</sup> Blachley JD, Blankenship DM, Menter A, et al.: Uremic pruritus: skin divalent ion content and response to ultraviolet phototherapy. *Am J Kidney Dis* 5 (5): 237-41, 1985.

<sup>136</sup> Abel EA, Farber EM: Malignant cutaneous tumors. In: Rubenstein E, Federman DD, eds.: *Scientific American Medicine*. New York: Scientific American, Inc, Chapter 2: Dermatology, Section XII, 1-20, 1992

2) Insomnio del despertar:

Flunitrazepam	2 - 8 mg en la noche
Diazepam	5 - 15 mg en la noche
Clorpromazina	12.5 - 25 mg en la noche
Haloperidol	2 - 10 mg en la noche

Medidas no farmacológicas:

- 1) Atender a las causas señaladas por el paciente, muy en especial en todo lo relacionado con sus angustias y temores relacionados con la muerte.
- 2) Reforzar el hábito de dormir en horarios fijos.
- 3) Establecer tareas para ocupar tiempo libre durante el día.
- 4) Realizar pequeños ejercicios musculares ya sea autónomos o asistidos.
- 5) Fomentar baño en tina o bien baño en cama, seguido de masajes tibios previos a la hora establecida para dormir.
- 6) Ambiente tranquilo.

F. ULCERAS DE DECUBITO O POR PRESION

DEFINICION

Las úlceras por presión (UPP) se definen como zonas localizadas de necrosis que aparecen principalmente en pacientes encamados o con movilidad disminuida en tejidos blandos sometidos a compresión entre las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa.

El 15% del total de la población mayor de 65 años y dos terceras partes de los adultos mayores que viven en instituciones de cuidados prolongados tienen en algún grado trastornos de la movilidad. Esta situación puede llevar a un estado de dependencia progresiva hacia terceras personas, y en grados avanzados de inmovilidad, a la presentación de complicaciones que pueden conducir al paciente a la muerte.

Las alteraciones de la movilidad en el adulto se definen como cualquier trastorno de la locomoción capaz de afectar la realización de distintas actividades de la vida diaria, y que puede en algunos casos llegar hasta la inmovilidad, estas se pueden clasificar como:

A.- En cuanto a su forma de presentación pueden presentarse en forma SUBITA o GRADUAL.

B.- En cuanto a su intensidad, pueden clasificarse en:

- ALTERACION LEVE: dificultad para deambular distancias largas o subir escaleras.
- ALTERACION MODERADA: dificultad para realizar en forma independiente su movilización dentro del hogar.
- ALTERACION SEVERA: va desde la dificultad para la movilización independiente de su cama o sillón para realizar las actividades básicas de la vida diaria, hasta la inmovilidad total.

El grado de alteración de la movilidad dependerán de la situación en particular y de las necesidades de la persona. Por ejemplo: para un adulto mayor de la comunidad, una alteración severa puede ser el no poder hacer sus actividades del hogar por sí solo y por ende requerir de ayuda externa; sin embargo, esta misma alteración en un adulto mayor en residencia de cuidados prolongados, podría considerarse de leve a moderada, ya que para la mayoría de los habitantes de estos sistemas de atención, esta problemática es

constante, así para un niño en edad escolar podrá considerar severa su incapacidad para jugar, para un adolescente, toda alteración de la movilidad que distorsione su imagen corporal.

Las UPP se producen como consecuencia de la presión (fuerza perpendicular a la piel que produce aplastamiento tisular y que puede ocluir el flujo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y en caso de persistir durante dos y cuatro horas necrosis) y de la fricción (fuerza tangencial producida por roces o movimientos).

Las zonas de localización más frecuentes son la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.

Los factores de riesgo, pueden agruparse en:

1.- Fisiopatológicos: como consecuencia de diferentes problemas de salud:

- Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, estasis venoso, trastornos cardiopulmonares
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación
- Trastornos inmunológicos
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma
- Deficiencias motoras: paresia, parálisis
- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa
- Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal)

2.- Derivados del tratamiento:

- Inmovilidad impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas.
- Tratamientos o fármacos inmunosupresores, o sedantes, corticoides, citostáticos, radiaciones.
- Sondajes

3.- Situacionales:

- Inmovilidad: Personas que no se mueven en la cama. Pacientes que no pueden sentarse en silla de ruedas o levantarse de la cama por sí mismos.
- Por efecto del roce tanto de la ropa como de otros objetos.

4.- Del desarrollo:

- Niños o lactantes: rash del pañal.
- Ancianos: pañales, alteraciones tróficas de la piel.

5.- Derivados del entorno:

- Baja de educación al paciente y familia sobre higiene, movilización, protección de piel y mucosas.
- Baja preocupación por parte del equipo de salud.

## EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que hasta el 95% de las úlceras por presión son evitables. La actuación preventiva es prioridad desde el ingreso al Programa sea este niño o adulto.

En orden de ocurrencia, las personas con cáncer avanzado más expuestas son aquellos que pierden su capacidad de alimentación y movilidad, entre los primeros, los portadores de tumores de cabeza y cuello (45%) y en segundo, los portadores de osteosarcomas, fracturas patológicas por metástasis óseas (30-35%).

El 90% de los pacientes con menos de 20 movimientos espontáneos durante la noche desarrollan úlceras. También, algunos pacientes con antecedentes de cáncer de piel (1%), radiodermatitis (5-6%), quemaduras accidentales.

Los objetivos de la intervención: a) prevención, b) evitar progresión, c) evitar complicaciones.

### 1.- Valoración psicosocial:

- Es conveniente identificar al cuidador principal y valorar los recursos del paciente.
- Implicar al paciente y cuidadores en la planificación y ejecución de los cuidados.
- Valorar la motivación y la capacidad para aprender y para asumir el cuidado.
- Es necesario la intervención del trabajador social en aquellas situaciones en que se encuentren pacientes con familias disfuncionales o con escaso apoyo familiar y la participación del terapeuta para dirigir la actividad del paciente hacia actividades ocupacionales significativas.

Instrumentos que ayudan a conocer el sistema familiar:

- Cuestionario de función familiar apgar-familiar.

Recursos:

- Coordinación para apoyo económico (mMunicipalidad, red de apoyo social...)
- Apoyo técnico (prótesis, bastones, colchones – cojines antiescaras, readecuación del entorno inmediato...)
- Coordinar con organismos comunitarios para apoyo, acompañamiento y recreación cerca del domicilio.
- Voluntariado capacitado
- Grupos de autoayuda y ayuda mutua (club de..., apoyo pastoral...)
- Medidas de protección al trabajador destinadas a conciliar el cuidado laboral y el trabajo (licencias médicas, jubilación, montepíos...)
- Hospitalización del paciente ya sea parcial (hospitalización de día), transitoria (algunos días al mes)

### 2.- Actividades preventivas:

Corregir factores causales: La presión directa prolongada. Valoración inicial del estado de la piel:

Identificar el estado de la piel: sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura e induración, sensación de picor o dolor.

Prominencias óseas (sacro, talones, tobillos, codos y occipucio) para identificar precozmente signos de lesión.

Asociar intervenciones preventivas en todos los grupos de riesgo: Todos los pacientes que se consideren con riesgo deben tener un plan de cuidados escrito y personalizado de prevención que debe incluir la utilización de superficies especiales o medios complementarios para que elimine o reduzca la presión, así como estimular la actividad y el movimiento junto con la alimentación, hidratación e higiene del paciente.

## TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Cuidados Generales:

- Cambios posturales frecuentes, cada dos horas y si está sentado recolocararlo cada hora.
- Reductores de presión.
- Cuidados para disminuir la humedad.

- Prevenir la fricción y el corte (sequedad excesiva, falta de higiene, malnutrición y deshidratación).
- Almohadones y cuñas de espuma en los tobillos.
- Sábanas traveseras de piel de oveja.
- Colchones o camas especiales.
- Controlar la ingesta de alimentos y estimular la ingesta de líquidos.

La alimentación del paciente con escaras deberá garantizar el aporte como mínimo:

Hídrico	de 30 cc Agua/día x Kg de peso
Calorías	30-35 Kcal x Kg de peso/día.
Proteínas	1,25-1,50 gr./Kg peso/día (pudiendo ser necesario el aumento hasta un máximo de 2 gr/kg.peso/día)
Minerales	Zinc, hierro y cobre
Vitaminas	Vit C, Vit A, complejo B

- En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral oral para evitar situaciones carenciales.

Consejos para el paciente y el cuidador principal: Higiene, Movilización y Nutrición

Cambios de posición frecuentes, recuerde los dos factores :presión y tiempo, por tanto cuanto más peso mas movimiento es necesario
El paciente debe reposicionarse por si mismo a intervalos frecuentes , facilitar apoyo de tirantes y poleas simples si está en cama
Evitar colocarlo sobre las úlceras
Inspeccionar la piel de forma sistemática, mantenerla limpia y seca
Estimular la actividad y el movimiento, pequeñas tareas y metas diarias
Utilizar agua tibia y jabones neutros
Usar cremas hidratantes (no colonias, ni alcohol, ni talco)
Evitar la fricción sobre la piel y la sequedad
Vigilar protuberancias. No hacer masajes sobre las prominencias óseas, hacerlo en el contorno 5 – 10 cm de la zona
Si el paciente tiene incontinencia, se ha de evitar la humedad ya que provoca maceración y edema de la piel
Evitar levantar el cabezal de la cama más de 30°

Clasificación de la lesión:

Estadio I	Eritema que no palidece, piel intacta. En pacientes de piel oscura, observar edema, induración, decoloración de la piel o calor local.
Estadio II	Pérdida parcial del grosor de la piel que implica la epidermis, la dermis, o ambas. La úlcera es superficial y presenta como una abrasión o ampolla.
Estadio III	Pérdida completa del grosor de la piel que implica daño o necrosis del tejido subcutáneo, con presencia de exudado.
Estadio IV	Destrucción, necrosis del tejido fino, o daños extensos incluso en músculo, hueso, o en las estructuras de soporte. Abundante exudado y tejido necrótico.

## Clasificación del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las UPP (GNEAUPP)

Escala de Norton (en la tabla, modificada por Insalud, España).  
Predice cuáles son los pacientes con mayor probabilidad de desarrollar UPP

Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria o fecal	1

Puntuación	Riesgo
5 a 9	Muy Alto
10 a 12	Alto
13 a 14	Medio
Mayor de 14	Mínimo/ No riesgo

Registrar el resultado y el día de la próxima valoración en Hoja de Registro del plan de cuidados de enfermería. Mediante el registro de todas las úlceras que se producen, se pueden estudiar las condiciones que han contribuido a su aparición lo cual, además, es un buen método de evaluación.

## Evaluación del paciente:

1. Historia clínica y una exploración física completa, tanto en el aspecto físico como psicosocial.
2. Incluir la búsqueda de enfermedades que se asocien con la aparición de úlceras o dificulten su curación: diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica, inmunodeficiencias, enfermedades del colágeno, psicosis o depresión.
3. Evaluar el estado nutricional del paciente pues puede desencadenar la aparición o la no curación de las úlceras.
4. Vigilar la aparición de complicaciones que pueden asociarse a las úlceras de presión: fístulas perianales o periuretrales, artritis séptica, abscesos, carcinoma escamoso en la úlcera, complicaciones sistémicas del tratamiento tópico (reacciones de hipersensibilidad al yodo), osteomielitis, bacteriemia o celulitis.

## Evaluación de la úlcera:

Debe medir el tamaño de la úlcera (principal índice de curación o mejoría), anotando la superficie que ocupa para realizar el seguimiento de su evolución.

Existen otros aspectos sobre la apariencia de la úlcera que a pesar de la ausencia de evidencias permite controlar la evolución:

1. Periferia: la presencia de signos de celulitis o dermatitis indican mal pronóstico, la presencia de epitelización es signo de buen pronóstico.
2. Base: granulación, necrosis, infección, etc.
3. Localización
4. Morfología: una correcta descripción de la morfología nos ayudará en el diagnóstico de las úlceras atípicas o de signos de malignización.
5. Esta evaluación se debe repetir semanalmente.

## TRATAMIENTO

Su propósito es reducir el riesgo de infección y estimular la cicatrización de la herida con un correcto lavado de manos, una adecuada limpieza de la herida y un desbridamiento efectivo. También es necesario tratar el dolor de forma adecuada.

### 1.- Limpieza

Una úlcera limpia, deberá mostrar signos de curación entre 2-4 semanas. Si no es así, revisar el tratamiento.

### 2.- Desbridamiento: Puede ser:

- Quirúrgico (sólo si es indispensable)
- Enzimático
- El desbridamiento autolítico o enzimático es específico para el tejido necrótico y no daña el tejido sano.
- Autolítico: es la primera opción según la cantidad de exudado.
- Mecánico: Elimina tejido viable y no viable, por lo que no es recomendable su uso. La hidroterapia puede utilizarse para desbridar heridas y suavizar escaras.
- Las UPP de talón con escara seca no necesitan ser desbridadas salvo que presenten edema, eritema, fluctuación o supuración.

### 3.- Hemostasia si procede.

4.- Apósitos: Mantener la piel del tejido perilesional seca, manteniendo el lecho de la úlcera siempre húmedo.

Basados en los principios de la curación húmeda de heridas.

La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinada por su deterioro y las características específicas del producto seleccionado, teniendo en cuenta que los cambios frecuentes pueden lesionar el lecho.

Hay que dar a un apósito un tiempo de dos semanas para que actúe, por lo que no se recomienda pasar a otro distinto en ese tiempo.

- Educación al paciente según condición y siempre a la familia: busca mejora de la calidad de vida de la unidad (paciente-familia), cuidadores y cualquier personal implicado, subrayando la importancia de la prevención.

El programa de educación debe ser continuo, forma parte del programa de integral de la mejoría de la calidad.

Cuidados paliativos y UPP: Se marcarán objetivos realistas, evitando en lo posible técnicas agresivas y el dolor. Evitar la infección de las lesiones y el olor (apósito de carbón activado).

Usar apósitos que permitan espaciar al máximo las curaciones. En situación de agonía será necesario valorar si proceden los cambios posturales.

- Registro escrito de la actuación realizada.

## COMPLICACIONES

1.- Infección. Una correcta limpieza de la úlcera minimiza los riesgos de colonización [A].

Ante la presencia de signos de infección local deberá de intensificarse el desbridamiento y la limpieza, que se realizarán cada 24 horas o antes si existe deterioro del apósito. Si hay mal olor o exudado abundante, aplicar apósito de Carbón activado.

No está indicada la realización de cultivos rutinarios en ausencia de signos de infección.

Tampoco está indicada la utilización de antibioterapia en el tratamiento rutinario de las úlceras sin signos de infección.

No usar antisépticos tópicos para reducir el nivel de bacterias de la herida (povidona iodada). En caso de bacteriemia, sepsis, celulitis u osteomielitis se debe usar antibioterapia sistémica.

2.- Malignización. La malignización de las úlceras es un proceso muy poco frecuente.

3.- Dermatitis. Se caracteriza por la presencia de eritema y descamación, con frecuencia se diagnostica erróneamente como infección. En el 50% de los casos se asocia con dermatitis alérgica de contacto.

### Evaluación (indicadores y parámetros)

Trabajo en equipo es indispensable.

La evaluación es el instrumento básico para mejorar la eficacia de los procedimientos empleados en el cuidado de las UPP. Es necesario establecer un programa de calidad con el objetivo de mejorar la atención de las personas.

Los resultados de los cuidados pueden medirse periódicamente, en base a la incidencia y prevalencia de las UPP. Como instrumento para evaluar la evolución de estas heridas puede utilizarse el índice de severidad.

Pueden utilizarse otras variables descriptoras para evaluar el proceso: referidas a la lesión (estadiaje, número de lesiones, antigüedad, volumen, procedencia) o referidas al paciente (edad, sexo, escala de valoración de riesgo de úlceras por presión, otros.)

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. [Internet] Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, AHCPR; 1992 May. 63 p. (Clinical practice guideline; no. 3).[Fecha de consulta 12-1-04]. Disponible en: <http://www.guideline.gov/>
2. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Treatment of pressure ulcers. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, AHCPR; 1994 Dec. (reviewed 2000) 154 p. (Clinical practice guideline; no. 15).[Fecha de consulta 12-1-04]. Disponible en: <http://www.guideline.gov/>
3. American Medical Directors Association (AMDA). Pressure ulcers. [Internet]. Columbia (MD): American Medical Directors Association; 1996.(reviewed Jan 2001). [Fecha de consulta 12-1-04]. Disponible en: <http://www.guideline.gov/>
4. Arias LC., Herrera JA. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica 1994; 25: 26-8[[Texto completo](#)]
5. Ayello A E , Braden B. ¿Porqué la valoración del riesgo de úlceras por presión es tan importante?. Nursing 2002; 20(5): 8-13
6. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Fundación Lilly, PPU; 1996.
7. Carlos J. Bermejo Caja. Milagros Beamud Lagos. Marisa de la Puerta Calatayud. M. Encarnación Ayuso Gil. Susana Martín Iglesias. M.Carmen Martín-Cocinas Fernández. Fiabilidad interobservadores de dos escalas de detección del riesgo de formación de úlceras por presión en enfermos de 65 o más años. Enferm Clín. Noviembre 1998;8 (6):242-247
8. Boletín Terapéutico Andaluz. Tratamiento local de las úlceras por presión.Revisión: Escuela Andaluza de Salud Publica.Bol Ter Andal 2000; 16 (5)
9. Bouza Álvarez C, Sanz de León O M, Amate Blanco J M. Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras. [Internet]. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) 2001 (Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias No.28): 104 p.[Fecha de consulta 12-1-04]. Disponible en: [http://www.isciii.es/aets/drvisapi.dll?Mlval=cw\\_usr\\_view\\_SHTML&ID=2486&FRAME=central&action\\_view=t](http://www.isciii.es/aets/drvisapi.dll?Mlval=cw_usr_view_SHTML&ID=2486&FRAME=central&action_view=t)
10. Centro para la Difusión de la Investigación (RDC) Tratamiento de las úlceras por presión. Ciudad de Iowa. Centro de Investigación de las Intervenciones Gerontológicas de enfermería de la Universidad de Iowa/1997. Revisado en agosto 2002. Disponible en: [http://www.asanec.org/documentos/AbsTrat\\_UPP\\_iowa.pdf](http://www.asanec.org/documentos/AbsTrat_UPP_iowa.pdf)
11. De Haro Marín S., Navarro Arnedo JM., Orginler Uranga P.E. Enfermería ante las úlceras por presión. Gerokomos 2001; 12: 39-43
12. Díaz González E. Estudios de enfermería en todos los grados de las úlceras por presión. En: V premio a la investigación en enfermería. Madrid: Lab. Knoll; 1995.p.1-139.
13. Direcció Clínica en l'atenció primària. Guies de pràctica clínica. Maneig de les úlceres per pressió. [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2002.[Fecha de consulta 12-1-04]. Disponible en: [http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/ulceres\\_pressio/index.htm](http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/ulceres_pressio/index.htm)
14. Directrices para el tratamiento de las úlceras por presión. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). [Internet]. 1998. [Fecha de consulta 12-1-04]. Disponible en: <http://gneaupp.readyssoft.es/documentos/DirtratEPUAP.htm>
15. J. Verdú Soriano Tabla de tratamiento de UPP. Dpto. salud Pública Universidad Alicante.Disponible en: [http://www.ua.es/personal/pepe.verdu/protocolo/TTO\\_UPP.html](http://www.ua.es/personal/pepe.verdu/protocolo/TTO_UPP.html)
16. Estrategias activas en la prevención de las úlceras por presión. Rev Rol Enferm 2000; 23 (4):314-319. [[Medline](#)]
17. Flemming K, Cullum N. Electromagnetic therapy for treating pressure sores (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. [[Resumen](#)] [Texto completo en español en: [Cochrane Plus](#)]
18. Folkedahl BA, Frantz R. Prevention of pressure ulcers. [Internet]. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2002 May.[Fecha de consulta 12-1-04]. Disponible en: <http://www.guideline.gov/>
19. Fortes Alvarez JL, Pulido de la Torre MD, Torres Alaminos MA, Revenga Arranz F. Las úlceras por presión desde la atención primaria: un reto para todos. Aten Primaria 1997 ; 19: 51-56 [[Medline](#)]
20. Galvez Romero C, Mayorga Ramos E, Gornemann Schafer I, Gonzalez Valentin MA, Corbacho del Real JL, Jimenez Berbel M. Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. Aten Primaria 2002; 30: 357 – 362 [[Medline](#)]
21. Gallart E, Fuentelsaz C, Vivas G, Garnacho I, Font L, Arán R. Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en pacientes ingresados. Enferm Clín 2001; 5: 179-183
22. Graumlich JF, Blough LS, McLaughlin RG, Milbrandt JC, Calderon CL, Agha SA, et al. Healing pressure ulcers with collagen or hydrocolloid: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2003;51(2):147-154 [[Medline](#)]
23. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión. [Internet]. Logroño; 2003. Revisión 27/04/2003. [Fecha de consulta 12-1-04]. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/webgneaupp/index.php>
24. Herrero Narváez, E Torra i Bou, Joan Enric y Martínez Climent, M. Utilización de un colchón alternante de aire en la prevención y el tratamiento de úlceras por presión en una paciente de atención domiciliaria. Gerokomos, 2000; 11(2):95-101
25. La Guía del tratamiento de úlceras por presión en adultos de la AHCPR norteamericana (American Health Care Policy Research) Treating Pressure Sores .Consumer Guide Number 15. AHCPR Publication No. 95-0654: December 1994
26. Lewis M., Pearson A., Ward C. Pressure ulcer prevention and treatment: transforming research findings into consensus based clinical guidelines. Int J Nurs Pract. 2003 Apr; 9(2):92-102 [[Medline](#)]
27. Margolis DJ, Lewis VL. A literature assessment of the use of miscellaneous topical agents, growth factors, and skin equivalents for the treatment of pressure ulcers. Dermatol Surg 1995; 21(2): 145-148 [[Medline](#)]
28. Minuchin S, Fishman H Ch. Técnicas de terapia familiar;. Barcelona: Paidós Ibérica; 2002
29. National Institute for Clinical Excellence. Guidelines on pressure ulcer risk management and prevention [Internet]. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE); April 2001. [Fecha de consulta 12-1-04]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/pdf/clinicalguidelinepressuresoreguidancenice.pdf>

30. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP. Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados. *Gerokomos/Helcos* 2001;12:175-184
31. Coria Abel J. Protocolo de prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión. [Internet]. Lugo: Hospital da Costa; 2002. [Fecha de consulta 12-1-2004]. Disponible en: [http://www.enfermeria21.com/listametas/Protocolo\\_de\\_UPP\\_HCBurela.doc](http://www.enfermeria21.com/listametas/Protocolo_de_UPP_HCBurela.doc)
32. Protocolo y pautas de actuación: Directrices para el tratamiento de las úlceras por presión European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). [Internet]. [Fecha de consulta 12-1-2004]. Disponible en: <http://www.epuap.org/>
33. Rodríguez Palma M, Malia Gázquez R, Barba Chacón A. Valoración de úlceras por presión y heridas crónicas. Un modelo de registro en Atención Primaria. *Gerokomos* 2001; 12(2): 79-84
34. Royal College of Nursing. Pressure ulcer risk assessment and prevention. [Internet]. London: Royal College of Nursing; 2001 Apr. [Fecha de consulta 12-1-04]. Disponible en: <http://www.guideline.gov/>
35. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke. Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline. [Internet]. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2002 Nov. 48 p. (SIGN publication; no. 64). [Fecha de consulta 12-1-04]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign64.pdf>
36. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). The care of patients with chronic leg ulcer. A national clinical guideline. [Internet]. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 1998 Jul. (SIGN publication; no. 26). [Fecha de consulta 12-1-04]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign26.pdf>
37. Sheffet A, Cytryn AS, Louria DB. Applying electric and electromagnetic energy as adjuvant treatment for pressure ulcers: a critical review. *Ostomy Wound Manage* 2000; 46(2): 28-33, 36-40, 42-4. [Medline]
38. Topical Phenytoin Treatment of Stage II Decubitus Ulcers in the Elderly. *Ann Pharmacother* 2001; 35: 675-681 [Medline]
39. Torres de Castro OG, Galindo Carlos A. Tratamiento de las lesiones cutáneas crónicas. Evaluación multicéntrica de los nuevos apósitos hidropoliméricos con estructura alveolar en 3D. *Rev Rol Enferm* 2001 24(6): 451-458 [Medline]
40. Tratamiento tópico de las úlceras por presión. Soldevilla Agreda JJ. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra* 1999.7 (2) [Texto completo]
41. Verdú Soriano J. Tabla de tratamiento de las úlceras por presión. [Internet]. Alicante: Universidad; 2000. [Fecha de consulta 12-1-2004]. Disponible en: [http://www.ua.es/personal/pepe.verdu/protocolo/TTO\\_UPP.html](http://www.ua.es/personal/pepe.verdu/protocolo/TTO_UPP.html)

HOJA DE ENFERMERIA: PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS UPP

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA 1ª VISITA A DOMICILIO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICOS \_\_\_\_\_

TRATAMIENTOS \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**CUIDADOS GENERALES**  
 CAPACIDAD AUTOCUIDADO:  Sí  No  
 CUIDADOR PRINCIPAL (Nombre): \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 CAPACIDAD DE CUIDAR:  Sí  No

**EDUCACION SANITARIA**  
 EDUCACION SANITARIA:  Sí  No  Refuerzo  Consejo escrito

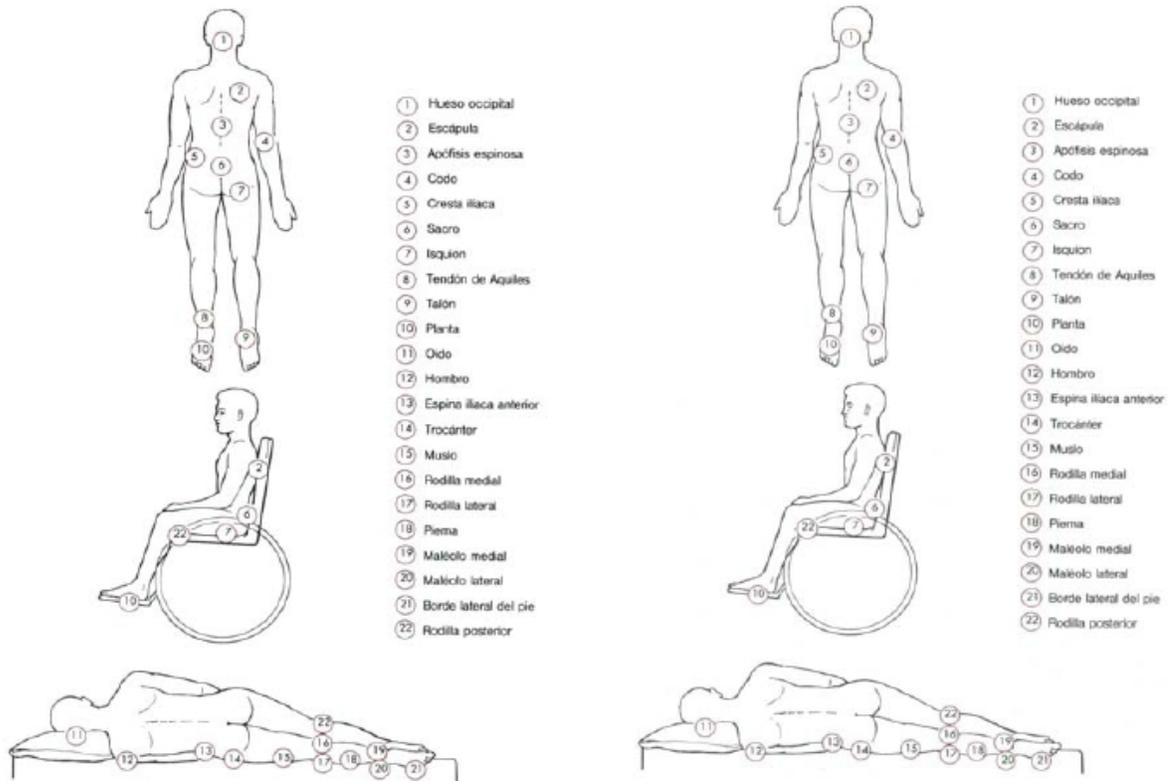
**VALORACIÓN: ESCALA DE NORTON MODIFICADA POR EL INSALUD** Fecha: \_\_\_\_\_

	Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
4	BUENO	4 ALERTA	4 AMBULANTE	4 TOTAL	4 NINGUNA	
3	MEDIANO	3 APÁTICO	3 DISMINUIDA	3 CAMINA CON AYUDA	3 OCASIONAL	
2	REGULAR	2 CONFUSO	2 MUY LIMITADA	2 SENTADO	2 URINARIA O FECAL	
1	MUY MALO	1 ESTUPOROSO COMATOSO	1 INMOVIL	1 ENCAMADO	1 URINARIA Y FECAL	

>14  RIESGO MÍNIMO / NO RIESGO TOTAL:   
 13-14  RIESGO MEDIO ( Revisión semanal)  
 10-dic  RIESGO ALTO (Revisión 3 días)  
 05-sep  RIESGO MUY ALTO (Revisión 1 día)

**CUIDADOS Y ACCIONES PREVENTIVAS** Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

NUTRICIÓN	Tipo de dieta		30-35 Kcal x Kg de peso/día 30cc agua/día x Kg de peso
	Ingesta de alimentos		
	Ingesta de líquidos		
	Suplemento		
HIGIENE	Hidratación de la piel		Ácidos grasos hiperoxigenados Movilización y cambio fijación c/24 h Protección nasal y pabellón auricular Cambios frecuentes de posición
	S.N.G.		
	Máscara O2		
	S. Vesical		
CAMBIOS POSTURALES	frecuencia		c/2-3 horas  cama: ángulo <30°
	Protección talones		
	Protección en sacro		
	Protección de codos		
	Colchón antiescaras		
	cama especial		



**REVISIONES**

FECHA: 

--	--	--	--

NORTON: 

--	--	--	--

ANALÍTICA: 


**ESTADO DE LA PIEL Y REVISIÓN DE PROMINENCIAS ÓSEAS**

FECHA:					
localización: talón...					
Sequedad					
eritema					
sensación de picor					
dolor					
temperatura					
fragilidad					
excoriación					
maceración					
induración					

## CAPITULO IV

## PROTOCOLO METÁSTASIS ÓSEAS<sup>137</sup>

Presentado en la V Jornada Nacional del Programa Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos,  
Noviembre 2000

Sometido a Consulta Pública durante 1 año (2000 – 2001)

Aceptado como Protocolo Oficial en Diciembre 2001

### EPIDEMIOLOGÍA

El esqueleto es el órgano más comúnmente afectado por las metástasis en cáncer.

Cánceres más relacionados:

- |                       |     |
|-----------------------|-----|
| 1. Mieloma múltiple   |     |
| 2. Cáncer de Mama     | 73% |
| 3. Cáncer de Próstata | 68% |
| 4. Cáncer de Pulmón   | 36% |
| 5. Cáncer Renal       | 35% |
| 6. Cáncer de Tiroides | 42% |
| 7. Cáncer de Colon    | 5%  |

La prevalencia de la enfermedad esquelética es mayor en cáncer de mama y próstata, lo que refleja la alta incidencia y relativamente prolongado curso clínico de estos tumores

Sitios más comunes:

- Vértebras
- Pelvis
- Fémur
- Cráneo

La variabilidad en los patrones metastásicos es influenciado por las características biológicas, tanto moleculares como celulares del tumor y los tejidos a los cuales ellos metastizan. Otros factores importantes son las vías de diseminación, y por supuesto, el flujo sanguíneo.

Las metástasis óseas típicamente son referidas como:

- Líticas,
- Blásticas,
- Mixtas,

de acuerdo a la presentación radiológica de las lesiones. Donde la resorción ósea predomina, con poca neoformación de hueso, la destrucción focal ocurre y las metástasis tienen presentación lítica.

---

#### <sup>137</sup> AUTORES

Dra. Miriam Chávez Rivera. Oncólogo Médico, Dr. César Castillo Córdoba. Oncólogo Médico

Dra. Silvia Armando Román. Radioterapeuta, Dr. Hugo Martínez Blummer. Neurocirujano

TO. Eduardo Riobo Ramírez. Terapeuta Ocupacional,

Enf. Lorena Pinto Ramírez Unidad Oncología, Enf. M. Lea Derio Palacios

**REVISORES :Enf. M. Lea Derio Palacios Unidad de Cáncer MINSAL, Dr. Jorge Toro Encargado Unidad de Trauma MINSAL y Dra. María Elena Cabrera Coordinadora Nacional PANDA**

Las metástasis líticas son más frecuentes en:

- Mieloma Múltiple
- Ca de Mama
- Ca de pulmón
- Ca de tiroides
- Ca renal
- Melanoma
- Ca Gastrointestinales.

Al contrario, en las metástasis óseas caracterizadas por incremento de la actividad osteoblástica, las lesiones son escleróticas (blásticas). Se presentan especialmente en:

- Ca de próstata
- Mama
- Pulmón
- Tu Carcinoide
- Meduloblastomas

Sin embargo ambos procesos son acelerados y pueden afectar y estar presentes en el mismo hueso y cáncer.

La mediana de sobrevida después de la primera recurrencia de cáncer de mama en el hueso es de 20 meses, el que es mucho mayor que en el caso de metástasis hepática o en caso de metástasis ósea del pulmón (3-6 meses). En todo caso, las probabilidades de sobrevida con metástasis óseas dependen de el subsecuente desarrollo de metástasis en sitios extraóseos. Así en estudios recientes, los pacientes con metástasis óseas y en otros órganos presentaron una mediana de sobrevida de 1.6 años, comparado con 2.1 años para aquellos con enfermedad confinada a los huesos. También es de notar que aquellos pacientes con metástasis óseas al momento del diagnóstico de cáncer de mama tiene mejor sobrevida que los otros casos.

En cáncer de próstata, el curso es relativamente prolongado y si hay metástasis óseas, con buen PS, la mediana de control de la enfermedad en pacientes con bloqueo hormonal es de 4 años. En este caso, la mediana de sobrevida es de 53 meses, comparado con 30 meses para los que presentan metástasis en otros órganos, y de 12 meses para aquellos con PS pobre, y metástasis óseas y viscerales.

En Mieloma múltiple la mediana de sobrevida es de 2 a 3 años.

#### CUADRO CLINICO:

El dolor óseo es el resultado de:

- a. Afección Tumoral del Hueso (activación de nociceptores locales)
- b. Compresión de estructuras nerviosas, vasculares o de tejidos blandos adyacentes.

#### CARACTERISTICAS:

- Sordo y Continuo
- Localizado sobre el área de metástasis
- Aumenta con el movimiento
- A veces es de tipo radicular
- Se asocia a cefalea y dolor facial, de cuello o de hombro
- El dolor por metástasis epidural normalmente es en la línea media, de tipo agudo, cortante o radicular; lentamente se va intensificando y se asocia con disfunción motora, sensorial y/o autonómica

**COMPLICACIONES:**

- DOLOR (75%)
- Disminución de la movilidad, por tanto de la capacidad funcional y del Performance Status.
- Fracturas(16 -54%): las más frecuentes de fémur proximal o húmero
- Hipercalcemia (17- 33%): Ca de mama, pulmón, riñón, Mieloma múltiple
- Compresión de Cordón Espinal o de la raíz nerviosa (3%), que se produce por :
  - contigüidad
  - Invasión directa del tumor retroperitoneal
  - Invasión del foramen Intervertebral en Tórax posterior
  - Vía hematógena
- Infiltración de la médula ósea

**DIAGNOSTICO DE LAS METASTASIS OSEAS**

Habitualmente es realizado en la Unidad de Oncología en que el especialista, quien debe adjuntar entre otros exámenes e imágenes:

- Estudio Bioquímico: Fosfatasas Alcalinas, Calcemia, Creatinina
- Radiografías Planas Simples
- Cintigrama óseo

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Siempre hay que recordar que existen además una serie de enfermedades y situaciones que pueden coexistir con Cáncer y ser indirectamente causante de la sintomatología y signología que presenta el paciente, entre los cuales destaca:

- Callo óseo post fractura
- Osteítis post radioterapia
- Artritis y espondilitis
- Osteomielitis
- Osteonecrosis (RT y corticoterapia)
- Osteoporosis regional
- Enfermedad de Paget ósea
- Hiperostosis frontalis interna
- Osteopetrosis (Albers-Schöenberg)
- Osteogénesis Imperfecta
- Tirotoxicosis
- Acromegalia
- Hiperparatiroidismo
- Enfermedad Renal
- TBC osteoarticular
- Lesiones óseas benignas
- Infecciones, parásitos
- Tu óseo primario
- Cuerpo extraño, artefacto.

## TRATAMIENTO

1. Las personas portadoras de Cáncer Avanzado, portador de síndromes clínicos sugerentes de metástasis ósea.

¿A quienes tratar?:

Según criterios Generales:

1. pacientes con confirmación de cáncer avanzado de:
  - Ca Mama
  - Ca Próstata
  - Ca de Pulmón
  - Ca de Tiroides
  - Mieloma Múltiple
2. Pacientes con los siguientes Síndromes clínicos:
  - Hipercalcemia
  - Fractura Patológica
  - Síndrome de Compresión Medular o Radicular
  - Dolor óseo que aumenta con los movimientos o cargas posturales
  - Compromiso de nervios de base de cráneo (parálisis de nervios craneales)
  - Supresión de Médula ósea

## OBJETIVOS GENERALES

1. Favorecer la mejor CALIDAD DE VIDA PARA LOS PACIENTES CON CANCER METASTÁSICO A HUESO.
2. Apoyar y cuidar a las personas que se encuentren en la fase Terminal de su Cáncer, permitiéndoles vivir de la manera más plena y confortable posible.
3. Aliviar el dolor ocasionado por la enfermedad misma o por los tratamientos concomitantes

## OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Trabajar en equipo complementando la intervención terapéutica de los asisten al paciente.
2. Considerar el dolor por metástasis ósea, como uno de los síntomas relevantes que interfiere con la calidad de vida del paciente y su familia, estableciendo la intervención terapéutica inmediata para su control y alivio, procurando continuidad del control.

## OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

1. Manejo del Dolor
2. Recuperación de la Funcionalidad en lo posible de forma completa
3. Favorecer la Autovalencia en lo posible
4. Optimizar una adecuada calidad de vida y de rehabilitación.

### ESTRATEGIAS A SEGUIR.

1. Integrar al paciente y su familia al programa paliativo por medio de educación dirigida y programada para el autocuidado personal y familiar.
2. Solución de problemas Vía Telefónica en lo posible.
3. Ingresar a todas las pacientes con cáncer avanzado, con metástasis óseas referidas según flujograma de derivación.
4. Seguimiento permanente de cada paciente ingresado, según el circuito establecido.

#### Criterios de Elección de Terapia Específica:

1. Performance Status del paciente
2. Expectativa de vida
3. Sitio de la lesión
4. Número de las lesiones  
    Tipo: Líticas, Blásticas, Mixtas.
5. Grado de Funcionalidad
6. Presencia de dolor ( EVA )
7. Posibilidades de Paliación
8. Respuesta probable
9. Tratamiento focalizado o Sistémico
10. Riesgos vs Beneficios de la terapia
11. Disponibilidad de recursos Terapéuticos
12. Opinión del paciente y su Familia
13. Estado psicoemocional del paciente

Los tratamientos PALIATIVOS incluyen

Evaluación:

- Traumatológico y Ortopédico
- Neuroquirúrgico
- Radioterapia y radiofármacos
- Fármacos analgésicos
- Analgésicos Invasivos
- Modulación Metabólica

Para llevar a cabo estos tratamientos específicos necesitamos de un Equipo Multidisciplinario que deberá trabajar en Comité de Cuidados Paliativos

- Traumatólogo
- Neurocirujano
- Radioterapeuta y Especialista en Medicina Nuclear
- Oncólogo Médico
- Anestesiólogo
- Fisiatra
- Enfermera Oncológica y/o con experiencia en el área
- Terapeuta ocupacional
- Psiquiatra o Psicoterapeuta

## TRATAMIENTO

### INDICACIONES QUIRURGICAS

Se tiene que considerar el tipo de lesión:

Esqueleto Axial	Esqueleto Periférico
Peor Pronóstico Vital	Uso de órtesis
Secuelas más Graves	Calidad de vida
Mayor morbilidad por terapias	Refracturas y fallas Mecánicas
Mayor costo	
Terapias más complejas	

Tienen indicación Quirúrgica:

1. Fracturas Patológicas
2. Síndrome de Compresión Medular
3. Profilaxis de fracturas en lesiones líticas (Fijación)
4. Inestabilidad de Médula Espinal
5. Lesiones Líticas dolorosas (falla de la RTE)
6. Recuperar funcionalidad lo máximo posible
7. Accesibilidad y Urgencia
8. Considerar la condición médica general
9. Morbilidad del procedimiento
10. Considerar que la cirugía conlleva una Mortalidad de 4 a 8% en fracturas patológicas

### INDICACIONES DE RADIOTERAPIA

La RTE provee una excelente paliación para las metástasis óseas localizadas en la mayoría de los pacientes. Es efectiva en el 80% de los casos, pero menos efectiva en fracturas. En la mayoría de las situaciones clínicas, esto puede ser logrado con un esquema corto de tratamiento de una a cinco fracciones. Algunos estudios incluso proponen una fracción única de 8 cGy para alivio del dolor. Los esquemas radiantes deben considerar el Performance Status del paciente y su expectativa de vida:

Próstata:	29.3 meses
Mama:	2.6 meses
Riñón:	11.8 meses
Pulmón:	3.6 meses

El efecto clínico del uso de las radiaciones en las metástasis óseas está descrito desde 1907, por Leddy, con Roentgenterapia en lesiones líticas pelvianas.

En 1960 con el uso de marcadores de calcio, como estroncio 85 y calcio 47, se demostró que con dosis de 2500 a 3000 cGy se produce

1. Aumento de la actividad osteoblástica entre la 1ª y 3ª semana
2. Recalcificación y destrucción completa de la lesión entre la 3ª y 8ª semana
3. Agregación de fibroblastos y colágeno con reparación ósea gradual entre la 8ª y 12ª semana

En 1980, Garmatis y Chu demostraron Recalcificación completa en el 80% de los casos. La radioterapia funciona sobre todo en las metástasis líticas, las que tienen mayor alivio sintomático y regeneración más completa. El efecto no depende significativamente de la histología, aunque hay lesiones menos sensibles como las metástasis de melanoma y sarcoma. Se puede utilizar post cirugía con todo tipo de implantes y no hay impedimentos para una cirugía posterior.

En la mayoría de las situaciones clínicas dolorosas el alivio puede ser logrado con un esquema corto de tratamiento de una a cinco fracciones. Algunos estudios incluso proponen una fracción única de 8 cGy para alivio del dolor, pero aún están por confirmar.

Criterios de indicación de Radioterapia Externa:

- Falla de otras terapias
- Accesibilidad y Urgencia
- Dolor no controlado por fármacos de intensidad severa
- Dolor de sitios aislados, en lesiones únicas post biopsia
- En casos de lesiones múltiples, post biopsia, si hay dos cánceres.
- Reducir dosis de analgésicos
- Acelerar Reparación
- Profilaxis en lesiones asintomáticas o en dolor leve a moderado
- Sitio Inaccesible por cirugía (ejemplo: pelvis)
- Para evitar amputación por calidad de vida
- Para cuidar reserva medular
- Para evitar irradiar articulaciones
- Por síndrome de compresión Medular
- Radiación Hemicorporal
- Lesiones que comprometen menos del 50% de la vértebra
- Lesiones que comprometen hasta 50% de la pelvis
- Lesiones localizadas a menos de 2.5 cm en sitios de apoyo: cuello de fémur, zona intertrocanteránea, supracondílea, troncantereana, subtrocantereana.
- Lesiones con buena respuesta a Corticoides en caso de colapso vertebral.
- Casos con expectativa de vida corta y media

TIPOS DE TERAPIA RADIANTE:

A. LOCALIZADA.

PROTRAIDA (Corta)

800 cGy	1 sesión
2000 cGy	4-5 sesiones
3000 cGy	10 sesiones

CONVENCIONAL (Alta)

3500-4500 cGy	3.5-4.5 semanas
---------------	-----------------

B. HEMICUERPO

600 cGy	1 sesión
1500 cGy	5 sesiones

## TIPOS DE RADIOTERAPIA SEGÚN LOCALIZACION

- CALOTA. Si son dolorosas y de crecimiento rápido: electrones.
- VERTEBRAS. Evaluación neuroquirúrgica y traumatológica de estabilidad. Considerar posibilidad de RT profiláctica
- COSTILLAS. En caso de mucho dolor, crecimiento rápido, riesgo de fractura: electrones
- ESCAPULA. Sólo en caso de mala respuesta analgésica.
- PELVIS. Lesiones extensas dolorosas: RT profiláctica
- FEMUR. Evaluación traumatológica de estabilidad, considerar RT profiláctica
- EXTREMIDADES: con menos del 50% de la longitud comprometida y menos del 50% del diametro.
- FALANGES. Sólo en caso de dolor y destrucción rápida

## INDICACION DE RADIOFARMACOS:

En años recientes, los radiofármacos han sido introducidos para la paliación del dolor producido por metástasis óseas. Los Radioisótopos se fijan en hueso, compitiendo con el metabolismo del calcio.

Los Radioisótopos se recomiendan en:

- Expectativa de vida nomás de 2-3 meses
- Tratamiento sitio específico, no daña tejido sano
- Mínima penetración a SNC
- Aplicación ambulatoria
- Uso en lesiones blásticas
- Preferido en lesiones multifocales
- La respuesta depende de la actividad del osteoclasto
- Beta emisores de radiación ionizante
- Algunos poseen emisión gama (Samarium 153)
- Se desconoce como quitan el dolor (citokinas?)

Contraindicados en:

- Fracturas
- Compresión medular
- Compromiso de partes blandas
- Hemograma con trombocitopenia, anemia, leucopenia
- Alteraciones de la función Renal
- Alteraciones de la función Hepática
- Hipercalcemia

Los más Utilizados son:

Iodo-131  
Fósforo -32  
Samarium-153  
Estroncio-89  
Rhenium-186  
Itrio-90

Su tasa de respuesta completa va de 10-30% por lo que existe la necesidad de repetir el procedimiento en 2-3 meses si el efecto ha sido positivo

## SINDROME DE COMPRESION MEDULAR POR METASTASIS OSEAS

Se produce sobre todo en cáncer de mama, próstata, linfoma, Mieloma y sarcomas. Si se desconoce el primario, o es lesión única debe biopsiarse y aprovechar el procedimiento para descomprimir o hacer resección. En autopsias se ha encontrado en más del 5% de los casos existen metástasis epidurales que proceden del cuerpo vertebral y crecen a lo largo del espacio epidural anterior, provocando compresión. También lo hacen las lesiones del cuerpo vertebral que se destruye y aplasta produciendo colapso agudo de las raíces nerviosas, si el compromiso vascular es intenso con hemorragia secundaria, va a una isquemia que termina en daño neurológico.

- Su diagnóstico debe ser precoz
- Debe realizarse: TAC y /o RNM para determinar altura de la compresión, descartar multifocalidad, manejarse con terapia esteroidal y decidir conducta.
- Inicio precoz de corticoides: dexametasona (10-20 mg) IV ó IM
- Si la lesión es cervical, si hay fractura, paraplejía y necesidad de diagnóstico, la Indicación es Cirugía. Luego agregar RT, si es necesario. Sino se puede realizar, corticoides a altas dosis, collar cervical y RT. En el resto del esqueleto por la buena respuesta de la RT, en la actualidad se prefiere este procedimiento.
- En los otros casos se prefiere urgente Radioterapia, cuyo esquema depende del diagnóstico y pronóstico.
- Las dosis utilizadas :
- 3000 cGy en 10-12 fracciones
- 4500 cGy en 3 fracciones de 400 cGy más 15 fracciones de 200 cGy hasta completar las dosis.
- También se ha utilizado 2000 en 4-5 fracciones considerando la gravedad del caso, histología y pronóstico.

La respuesta de los Síndromes de Compresión Medular sin paraplejía es del 80%, el daño neurológico responde no más allá de un 50%.

## INDICACIONES DE QUIMIOTERAPIA

Su selección es de acuerdo al tipo Histopatológico del tumor, así tenemos que su indicación en caso de Cáncer renal, melanoma es poco clara; sin embargo en tumores germinales, linfoma la QT puede ser curativa. En cáncer de mama, Mieloma múltiple, cáncer de próstata, puede mejorar la sobrevida.

Se considera en caso de:

Adyuvante a cirugía o RT

1. Enfermedad Sistémica
2. Sensibilidad específica del tumor
3. Condición Médica aceptable
4. Reserva Medular adecuada
5. Efectos colaterales vs paliación.

## MANEJO FARMACOLOGICO DEL DOLOR OSEO:

Según Escala Analgésica de la OMS, se sigue:

- I. AINEs (Paracetamol) + Coadyuvantes (esteroides)
- II. AINEs + Opioides débiles + coadyuvantes
- III. AINEs + Opioides Fuertes + Coadyuvantes

Agregar Modulación Metabólica según tipo de Metástasis y presentación clínica del Síndrome doloroso

FARMACOS:

AINEs:

Fármaco	Dosis usual	Dosis Máxima
Paracetamol	500 mg c/6 h	4 - 6 g/ día
Diclofenaco	100 mg 1ª dosis luego 50 mg c/8 h	150 mg / día
Ibuprofeno	600 mg c/6 h	3600 mg/ día
Ketorolaco	30 mg c/6 h IV 10 mg c/6 h VO	120 mg/ día IV 40 mg/día VO
Ketoprofeno	50-100 mg c/6 h VO 100 mg c/6 h IV	400 mg /día VO 400 mg/ día IV
Salicilatos	NO recomendados	

COADYUVANTES:

1. Antidepresivos Tricíclicos: Amitriptilina, Nortriptilina
2. Anticonvulsivantes: Carbamazepina, Gabapentina
3. Corticoides: en caso de dolor tipo mixto por compromiso de partes blandas + dolor neuropático. Es de elección la Dexametasona y la Metilprednisolona en dosis que deben ser individualizada, y evaluando riegos vs beneficios.

INDICACIONES DE ANALGESIA INVASIVA

- a. No hay respuesta a opiáceos bien administrados
- b. Presencia de efectos colaterales inaceptables o no deseados
- c. Dolor neuropático rebelde por compresión de plexo o trayecto Neural definido

Procedimientos:

- Neurolisis: Alcohol, fenol.
- Anestesia Epidural (opiáceos): dolor pelviano o de extremidades inferiores
- Opiáceos Intraespinales: Síndrome de compresión de motoneurona.

INDICACIONES DE MODULACION METABOLICA

- Hipercalcemia
- Enfermedad Sistémica
- Lesiones Blásticas y/o líticas específicas
- Excelente Tolerancia
- Recurrencia de dolor en zona ya irradiada
- Coadyuvancia con QT
- Prevención de Metástasis

BIFOSFONATOS

La RT es el tratamiento de elección para el dolor óseo localizado secundario a metástasis óseas, pero muchos pacientes se presentan con enfermedad diseminada o con recurrencia del dolor en sitios previamente irradiados. En este caso los bifosfonatos son una alternativa de tratamiento en el manejo de estos pacientes. La mayor experiencia en uso de bifosfonatos se ha realizado en cánceres de Mama, Próstata y Pulmón, y además en Mieloma Múltiple. Sin embargo su uso en pacientes con metástasis osteolíticas no esta corroborado.

Los mecanismos de acción propuestos son:

- a. Inhiben la reabsorción ósea mediada por osteoclastos
- b. Se unen a los cristales de hidroxapatita
- c. Tienen acumulación preferencial bajo osteoclastos
- d. Disminuyen la liberación local durante la reabsorción ósea
- e. Disminuyen la actividad del osteoclasto
- f. Disminuye el número de osteoclastos
- g. Disminuye la actividad enzimática
- h. Incrementa la apoptosis del osteoclasto
- i. Disminuyen la liberación de factores de crecimiento por la matriz ósea (TGFb, IGFs)
- j. Disminuye la multiplicación de la célula tumoral, lo cual está en estudio.

Ejemplos de Bifosfonatos lo constituyen:

Etidronato	Alendronato	Clodronato
Olpadronato	Tiludronato	Pamidronato
Risedronato	Neridronato	Minodronato
Ibandronato	EB 1053	Incadronato
Zoledronato		

De ellos los más utilizados son:

- \* Pamidronato
- \* Zoledronato (ácido zoledrónico)
- \* Alendronato
- \* Clodronato

El resto no están disponibles en Chile.

#### CALCITONINA

- Su función fisiológica hormonal es similar a la de los bifosfonatos
- Previene la liberación de calcio por el hueso
- Disminuye la liberación local de prostaglandinas y libera opiáceos endógenos por el cerebro
- Su eficacia analgésica es incierta
- Mejor en control de hipercalcemia, por su mayor rapidez, pero el descenso normalmente es muy brusco.

#### ETIDRONATO Y CLODRONATO. PRIMERA GENERACION DE BIFOSFONATOS

En 1983, dos pequeños estudios reportaron que el Clodronato oral inhibía la actividad osteoclástica, lo que resultaba en mejoría sintomática de las pacientes con cáncer de mama metastásico, confirmadas por Paterson et al. Las dosis fueron de 1600 mg/dl. Hubo además disminución de los episodios de hipercalcemia y fracturas vertebrales y de las tasas de deformidad vertebral. Pero no demostraron mejoría de sobrevida o diferencias con la RTE.

#### PAMIDRONATO. SEGUNDA GENERACION DE BIFOSFONATOS

Inicialmente se utilizó en cáncer de Mama en estudios Europeos. Se demostró en ellos mejoría del dolor, con demostración de mejoría radiológica. Se uso en forma oral, pero su la toxicidad gastrointestinal y su pobre biodisponibilidad oral limitó su uso y aumentó su administración EV. Las dosis utilizadas van desde

60 a 90 mg IV administrado en 250- 500 cc de solución glucosada, a pasar en 3 - 4 horas cada 4-6 semanas por un período de 6 - 24 meses.

Sus ventajas:

1. La tasa de fracturas óseas disminuyó a 27%, la tasa de morbilidad ósea bajo de 2.2 a 1.6 fracturas por año.
2. El tiempo de sobrevida a partir de la primera recaída incrementó de 7.0 a 12.7 meses, y el tiempo de la primera fractura incrementó desde 12.8 a 25.2 meses.

### TERCERA GENERACION DE BIFOSFONATOS: ACIDO ZOLEDRONICO

Es un ácido bifosfónico, un bifosfonato heterocíclico que contiene nitrógeno. Es altamente soluble, disponible sólo para uso IV. Actúa inhibiendo la resorción ósea, por inhibición de los osteoclastos, como todos los bifosfonatos, pero por contener nitrógeno, induce apoptosis del osteoclasto. Otros mecanismos propuestos son:

- Inhibición de la maduración de los osteoclastos
- Supresión de la función de maduración de los osteoclastos
- Reducción de la producción de citokinas
- Directa actividad antitumoral
- Inhibición de la diseminación, invasión, y adhesión de la célula tumoral a la matriz ósea.
- Efectos antiangiogénicos, aún en estudio.
- No inhibe la p-450 in vitro.

Es más potente inhibidor osteoclástico que cualquier otro bifosfonato. Se dice que 850 veces más potente que el Pamidronato. A diferencia de este último, aumenta el contenido de calcio e hidroxiprolina y la densidad radiográfica trabecular ósea sin afectar la cortical ósea.

Es bien tolerado, no afecta la función renal. Es 3.8 veces potencialmente menos nefrotóxico que el Pamidronato. Su excreción es predominantemente renal, y se encuentra en <3% en la heces.

La dosis recomendada es de 2-4 mg en Infusión de 5 -15 minutos IV cada 4 - 6 semanas por 6-24 meses.

SE RECOMIENDA EL USO DE:

- PAMIDRONATO: 90 mg a pasar iv en infusion de 2 horas cada 6 – 8 semanas. la tasa de infusión es de 60 mg/h en pacientes sin compromiso renal, y de 20 mg/h en pacientes con falla renal
- CONTROL ESTRICTO PRE TRATAMIENTO DE CALCEMIA, CREATININA SERICA Y ELP para descartar la presencia de otras complicaciones metabólicas que ameriten otro tipo de decisiones, inclusive la hospitalización. Importante es la individualización de cada paciente.

PROCEDIMIENTOS NO FARMACOLOGICOS.  
REHABILITACION PALIATIVA

Los objetivos de la rehabilitación son:

1. Reducción del dolor: disminuyendo los efectos deletéreos de la gravedad, la presión, la tensión y la contractura muscular.
2. Mantenimiento u optimización de la función
3. Prevención de las complicaciones, incluida la incapacidad: protegiendo el área afectada de la exposición al frío, al calor excesivo o a las agresiones externas; estimulando la circulación para disminuir la incidencia y la severidad de los cambios tróficos y previendo el edema y las deformidades.

El desarrollo de fibrosis, contracturas musculares, rigidez articular y anquilosis pueden afectar permanentemente la recuperación funcional definitiva tras una lesión nerviosa.

4. Educación del paciente, sus cuidadores y familia sobre el dolor y secuelas. Esto con respecto al uso de técnicas de reducción de dolor y el desarrollo de un programa domiciliario para mantener o mejorar la función.
5. Dotar al enfermo de esperanzas de tratamiento.

Las técnicas, información sobre etiología del dolor, evolución pueden ser demandadas por el paciente. El Fisioterapeuta, la enfermera y el Terapeuta Ocupacional tienen numerosas opciones de tratamiento disponibles, que se pueden utilizar en consulta o bien al paciente individualmente en su casa.

No todos los pacientes pueden beneficiarse de la rehabilitación, siempre se deben buscar las diferencias y necesidades individuales, dejar de hacerlo redundaría en una mala atención del paciente y promovería erróneamente la "homogeneidad" de los tratamientos.

#### CUIDADOS DE ENFERMERA

Objetivos dirigidos a la Unidad paciente-familia:

1. Educar sobre su situación actual, tratamientos, cuidados cotidianos.
2. Informar sobre su participación activa en la mantención y mejoría de su calidad de vida
3. Preservar la autonomía del paciente.
4. Prevenir molestias derivadas del tratamiento analgésico instaurado y para el control de síntomas.
5. Pesquisa precoz de factores de riesgo.
6. Facilitar la auto-administración de técnicas simples de relajación, para favorecer su reposo durante el sueño y actividad durante la vigilia.
7. Favorecer la dinámica familiar saludable

Es conveniente animar al paciente y su familia a utilizar registros que faciliten su auto evolución (record diarios del dolor y otras molestias) y a su vez facilitar su comunicación y expresión de temores y ansiedad.

Es importante que el propio enfermo sea capaz de proponer la/s alternativa/s de solución real y concreta que alivie su propia situación.

El actuar preventivo frente a molestias potenciales derivadas del tratamiento como del avanzado estado de la enfermedad oncológica pueden ser utilizados (prevenidos, controladas o radicalmente evitados) tempranamente, evitando así o disminuyendo molestias y sufrimientos innecesarios.

La exposición a factores de riesgo aumentará en directa relación con el mayor tiempo de la enfermedad, en consecuencia las necesidades básicas de la personas sin discriminación de edad ni sexo, tomarán una marcada importancia, se debe intentar permanentemente reforzar la capacitación a la familia y al propio paciente sobre los aspectos simples de la vida diaria, comer, cambiar de posición, aseo de la boca y de la piel, facilitar la evacuación vesical e intestinal, favorecer el reposo, la comunicación y expresión de necesidades y el grado de satisfacción.

Procurar un entorno grato, cálido, acogedor es altamente estimulante en la auto percepción de la propia calidad de vida. Resguardar constantemente, la individualidad y privacidad de la persona y de la familia, ambos aspectos son valorados en la olvidada situación (aún persistente) de personas en situación de enfermedad terminal.

#### CONCLUSION

El cuidado paliativo de las metástasis óseas, como todo en Medicina Paliativa debe ser abordado por un equipo multidisciplinario y a la vez interdisciplinario que permita un mejor acercamiento y comunicación tanto dentro del equipo médico tratante como entre el equipo ampliado, el paciente y su familia con el objetivo de brindar mejores alternativas de tratamiento, autonomía y sobre todo calidad de vida.

## CAPITULO V

## OTRAS TECNICAS PALIATIVAS

Este capítulo presenta otros métodos de paliación que en determinadas situaciones contribuyen a mejorar notablemente la calidad de vida de la persona con cáncer avanzado.

La decisión de su administración debe ser tomada siempre en Comité de Cuidados Paliativos.

## A. RADIOTERAPIA PALIATIVA

Su objetivo es antiinflamatorio, actúa reduciendo y frenando transitoriamente el crecimiento tumoral.

Siempre debe considerarse el estado general ( PS ), el tiempo estimado de sobrevida del paciente, el costo-beneficio en el ámbito de los efectos colaterales, además de las situaciones especiales de traslado, ruralidad, situación familiar y otras.

Esta actividad esta 100% financiada para todos los tramos de beneficiarios del sector público.

## INDICACIONES

- Analgesia
- Control de hemorragias
- Control de ulceraciones
- Disminuir disnea
- Prevenir fracturas
- Aliviar síntomas obstructivos : bronquiales, esofágicos y urinarios
- Controlar emergencias oncológicas ( compresión de médula espinal, síndrome de obstrucción de vena cava superior e hipertensión endocraneana por metástasis cerebrales ).

Siempre debe considerarse el estado general ( PS ), el tiempo estimado de sobrevida del paciente, el costo-beneficio en el ámbito de los efectos colaterales, además de las situaciones especiales de traslado, ruralidad, situación familiar y otras.

Esta actividad esta 100% financiada para todos los tramos de beneficiarios del sector público.

## DOLOR

Según estadísticas internacionales, se estima que un 50% de los pacientes diagnosticados con cáncer requerirán de radioterapia, un 50% de los pacientes tratados desarrollará enfermedad metastásica y un 80% de los pacientes con metástasis presentarán dolor. En éstos, la Radioterapia será efectiva en más del 80%.

En metástasis óseas, particularmente en estructuras de alto movimiento y soporte de peso, el paciente debe ser evaluado cuidadosamente para consideración de fijación quirúrgica pre radioterapia. Además estos pacientes deben ser considerados para tratamiento asociado con bifosfonatos.

Dosis y fraccionamiento: estudios randomizados que reúnen miles de pacientes respaldan el uso de pocas fracciones de radioterapia (1 a 10) y dosis alta por fracción (800 cGy-300 cGy). La selección de dosis y

fraccionamiento requiere evaluación de expectativas de vida y estado general del paciente. Es irracional someter a pacientes con dolor severo y enfermedad diseminada a tratamientos largos y complejos.

## COMPRESIÓN DE ESTRUCTURAS

### A) Medular:

Es una emergencia médica generalmente por MTO del cuerpo y/o del pedículo vertebral que llega al canal medular por invasión peridural. Raramente es por MTO peridural o periespinal directa.

La evolución puede ser lenta o rápida, en el segundo caso se llega rápidamente a la paraplejía.

Una buena respuesta a los corticoides sugiere una buena respuesta a la RTP.

El pronóstico es malo con sobrevida de 3 a 6 meses.

Es una emergencia y requiere de solución rápida. Con frecuencia se asocia irradiación a corticoides y requiere siempre de evaluación conjunta con cirujano para seleccionar descompresión quirúrgica o irradiación. La Cirugía es preferible en casos de daño óseo y/o inestabilidad de columna, es seguido de irradiación.

### B) Síndrome de Vena cava Superior:

El 80 %, es de origen broncogénico y el 15 % es por linfomas. El mecanismo principal es, compresión extrínseca y en el 40 a 50 % se agrega trombosis de vena cava.

En los cánceres broncogénicos la sobrevida mejora de 2,5 a 3,5 meses con RTP. En los linfomas el pronóstico es mejor. Siempre debe asociar el uso de corticoides y, ocasionalmente, diuréticos.

La RTP es efectiva.

Es una emergencia y requiere de solución rápida. Con frecuencia se asocia irradiación a corticoides. Considerar uso de anti coagulantes ya que hay frecuente asociación con trombosis. Dosis: 2000-3000 cGy en 4 a 10 fracciones. La selección de dosis y fraccionamiento requiere evaluación de expectativas de vida y estado general del paciente. Una proporción de estos pacientes vivirá largo tiempo.

### C) Cerebro:

Junto a los corticoides ( betametasona 8 a 16 mg / día, vía oral ó 15 a 30 mg vía parenteral ), logra revertir el déficit neurológico y disminuir la presión intracraneana.

Mala respuesta a corticoides y empeoramiento de la conciencia sugieren mala respuesta a la RTP.

Debe usarse siempre RTP después de cirugía selectiva ( metastectomía ).

Se recomienda evaluación caso a caso, en situaciones de metástasis tardías y de pequeño tamaño y eventualmente "única", considerar uso de radiocirugía a radioterapia externa, particularmente en ausencia de enfermedad diseminada extra craneana. En esta situación es altamente recomendable biopsia pre-tratamiento. Dosis: en general se prefiere dosis de 3000 cGy en 10 fracciones, pero puede ser considerado un hipofraccionamiento mayor.

### D) Obstrucción bronquial:

Sea de origen endobronquial o por compresión extrínseca se beneficia con la RTP, se puede usar también braquiterapia endoluminal.

El hipofraccionamiento es efectivo y simple para descomprimir, desobstruir y parar sangramiento que acompaña frecuentemente esta presentación.

### E) Dolor

La RTP produce analgesia completa en el 70 a 80 % de los casos. Su aplicación exige diagnóstico etiológico preciso. Previene fracturas en casos asintomáticos y se usa cuando la pérdida de corteza ósea es mayor de 50 % o el foco osteolítico es mayor de 3 cm.

Cuando las MTO son múltiples y el dolor es difuso se usa RTP de hemicuerpo:

- Superior, de la cabeza a L<sub>4</sub>
- Inferior, de L<sub>4</sub> a los pies y
- Medio, desde columna dorsal baja a los cuellos femorales.

Se puede usar también radioisótopos sistémicos.

En general la RTP para MTO tiene buenos resultados en el corto y mediano plazo.  
Revisar Protocolo de tratamiento de Metástasis óseas.

#### SANGRAMIENTO

Se usa en tumores exofíticos ulcerados de origen ginecológico, urológico, pulmonar y de cabeza y cuello, con mucho éxito.

En general, sangramientos bronquiales, rectales, ginecológicos etc., en el contexto de pacientes con patología muy avanzada son eficientemente paliados con el uso de hipofraccionamiento en el control de la hemorragia. Requiere de cuidadosa evaluación de estado general y expectativas de vida.

#### ESTRONCIO - 89

Aparte de las indicaciones ya citadas y la modalidad de radioterapia considerada (radioterapia externa), existen otras indicaciones y modalidades como es el uso de radioisótopos, como por ejemplo el Estroncio - 89 en el tratamiento de las metástasis óseas diseminadas.

Su administración debe hacerse con cautela dados los efectos secundarios que pueden agravar la situación presente del adulto con cáncer avanzado.

#### CONCLUSION

La RTP es una excelente herramienta terapéutica en cuidados paliativos, sus buenos resultados justifican tenerla siempre presente en la intervención terapéutica del paciente con cáncer.

#### CUIDADOS GENERALES

- Informar al paciente cualquiera sea su condición, atendiendo a sus preguntas y temores.
- Siempre informar a la familia del procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.
- Reforzar la educación sobre régimen especial a cumplir durante todo el proceso.
  - Instruir sobre el autocuidado de piel y mucosas indispensables para prevenir complicaciones y favorecer la alimentación, hidratación e higiene.
- Recordar el uso de ropa holgada y de preferencia de algodón.
  - Educar sobre los probables síntomas secundarios a la RTP y cómo prevenirlos; sequedad de la boca, pérdida del gusto, mareos, náuseas, vómitos, diarrea y problemas de la piel, entre otros.

## B. CIRUGIA PALIATIVA

Es importante destacar que en la cirugía debemos diferenciar a aquellos pacientes que sufren un cáncer incurable (es decir, quienes tienen una neoplasia avanzada, progresiva, con síntomas intensos y multifactoriales), de aquellos enfermos que han entrado en una fase terminal de su enfermedad, en los cuales a las características anteriores se agrega un hecho de no tener ninguna esperanza razonable de respuesta terapéutica.

Su objetivo aliviar en forma importante los síntomas de la enfermedad, requisito importante es que la terapia propuesta tenga una morbi-mortalidad aceptable en el equipo quirúrgico que la realiza.

Ejemplo de lo anterior, se ve en cáncer gástrico donde los bajos porcentajes de complicaciones y mortalidad postoperatoria logrados en nuestra población permiten efectuar gastrectomías totales en tumores avanzados en los cuales la esperanza de curación es aproximadamente 10%: en este grupo al efectuar la cirugía se logra mejorar sustancialmente tanto el tiempo de sobrevivencia como la calidad de ella, aunque no se logre una curación de la enfermedad.

Otras situaciones donde se plantean ideas similares son la esofagectomía en el cáncer de esófago, la pancreatoduodenectomía en el cáncer de páncreas y la resección de metástasis hepáticas en el caso del cáncer de colon y de metástasis pulmonares en los sarcomas e hipernefomas.

El enfoque de estas situaciones no parece tan difícil en la actualidad, dado que los riesgos existe alguna probabilidad de curación de la enfermedad, mejora la sobrevivencia y se realiza con el consentimiento informado por parte del paciente.

En el segundo grupo, el de los enfermos que consideramos terminales, lo que no está suficientemente claro es cuál es el límite de la indicación quirúrgica. ¿Qué paciente es susceptible de aliviarse con nuestras terapias?, ¿A quién debemos dejar evolucionar sin ofrecer un tratamiento, sin que ello signifique una eutanasia pasiva? Piedra angular en las respuestas a estas preguntas es la mejoría efectiva en cuanto a calidad de vida que le podemos ofrecer a nuestros enfermos y el consentimiento informado por parte de ellos a la terapia que se les someterá, tremendamente importante en verificar que la negativa de un enfermo a la terapia no sea consecuencia de un estado depresivo, una desesperanza momentánea o de sentimientos culpables. Descartados estos factores el equipo tratante debe asumir que "la voluntad del paciente, no su salud, debe ser la ley suprema".

A su vez, el cirujano debe estar consciente que este grupo de enfermos debe escogerse con mucho cuidado debido a la poca reserva funcional que poseen, la complicación de una cirugía de este tipo de pacientes con frecuencia resulta letal. Una vez decidida la cirugía, debemos enfrentarlos como a cualquier otro enfermo y no caer en el simplismo de que las complicaciones son propias de su estado y evitar tratarlas.

Plantearemos a continuación, algunas situaciones en las que se practican procedimientos quirúrgicos en pacientes terminales:

### OBSTRUCCION NEOPLASICA BRONQUIAL

Actualmente han aparecido corrientes a favor de realizar descompresión con YAG láser o bien uso de tutores expansibles intrabronquiales o traqueales con lo que mejora la disnea.

### PLEURESIA NEOPLASICA

El tratamiento de elección a la fecha es el drenaje con posterior pleurodesis química. En los casos refractarios a tratamiento se propone el uso de Shunt Pleurovenoso tipo Denver o de un drenaje con balón para uso ambulatorio, ambas técnicas con muy baja morbi-mortalidad.

### DISFAGIA POR CANCER DE ESOFAGO O CARDIAS

Si el paciente no es susceptible de tratamiento quirúrgico se propone el uso de tutores internos que alivien la disfagia, este procedimiento sin embargo, implica mortalidad de 15% y complicaciones en aproximadamente el 25% de los pacientes (obstrucción, migración, perforación, infección). También se usa el neoyodium láser periódico c/ 4-6 semanas, representando la perforación y la fístula traqueo-esofágica; las complicaciones más frecuentes y temidas en estos casos. Una última alternativa es realizar una gastro o yeyunostomía de alimentación.

### ASCITIS A TENSION NEOPLASICA

Si bien el tratamiento de elección en la paracentesis seriada, algunos proclaman el uso de Shunt peritoneovenosos, logrando controlar la ascitis hasta en un 64% de los enfermos con preservación de los niveles de albuminemia; sin embargo esta alternativa nos ha demostrado una mejoría sustancial en calidad de vida.

### ILEO MECÁNICO en paciente con antecedente de cáncer:

En esta situación de riesgo vital se preconiza el tratamiento conservador de tipo médico, si no existe respuesta dentro de un lapso de tiempo aceptable se realizará una laparotomía exploradora, ya que no debemos olvidar que existe un porcentaje cercano al 30% en que el íleo no es de origen neoplásico, si bien es cierto que aproximadamente un 20% persistirá obstruido luego de la cirugía y que la mortalidad en el post operatorio precoz se acerca al 15%.

Si existe una carcinomatosis peritoneal demostrada, algunos autores proponen el uso de octetreido subcutáneo y manejo domiciliario del enfermo. Por último, se preconiza en aquellos pacientes que probablemente se obstruirán a futuro a nivel rectal realizar una colostomía "subcutánea" que se madurará según necesidad. Una nueva alternativa en estos casos es el uso endoscópico del láser con baja morbi-mortalidad y con grado importante de éxito, tanto en impedir la obstrucción como en el control de la hemorragia (más del 90% de hemostasia satisfactoria), o bien de tutores expandibles, ya sea de material plástico o de acero inoxidable.

### ICTERICIA OBSTRUCTIVA

Si el cirujano se encuentra con una patología irresecable (aproximadamente un 70% de los casos), debe plantearse realizar una anastomosis biliodigestiva o el uso de una caledocostomía con sonda tipo Kehr. De no ser posible estas alternativas se puede optar a un tutor interno colocado en la misma cirugía o por vía endoscópica post-operatoria. La mortalidad precoz de estos procedimientos varía en las diferentes series entre el 1 y el 10 %, la obstrucción temprana de las prótesis es  $\pm$  del 5% y su morbilidad fluctúa entre el 4 y 25% . El uso de los tutores hepáticos externos es materia de revisión por la alta incidencia de complicaciones y obstrucción.

### FISTULA CENTRAL TUMORAL

El tratamiento de elección es realizar una colostomía de descarga, en general con excelente respuesta analgésica y control eficiente del cuadro infeccioso concomitante.

## HIDROURETERONEFROSIS BILATERAL

Esta situación se ve con cierta frecuencia en pacientes con cáncer de cuello uterino y vesical. Antes se preconizaba que era mejor para ellos morir con uremia y sin dolor; pero con los avances en las terapias analgésicas actualmente se plantea el uso de nefrostomía para evitar el síndrome urémico.

## CANCER DE PANCREAS Y ZONA PERIAMPULAR

No existe consenso aún en la conducta a seguir en estas patologías cuando no se puede aspirar a una cirugía curativa. Sin embargo, en los últimos años se han publicado los datos de varios estudios cooperativos que sugieren lo siguiente:

El pronóstico está ligado al estado general del paciente y su edad, sugiriéndose que aquellos pacientes en malas condiciones generales y mayores de 70 años no debieran ser sometidos a cirugías radicales. La morbilidad y mortalidad post operatoria es muy alta cuando la esperanza de sobrevida es inferior a los 6 meses, recomendándose en estos casos el uso de endoprótesis por vía endoscópica, aún cuando tengan un porcentaje ostensiblemente más alto de obstrucción que los procedimientos quirúrgicos. En aquel grupo de pacientes susceptibles de cirugía, la técnica más apropiada es una coledocoduodenoanastomosis antes que otra cirugía de derivación biliar; se debe agregar una gastroenteroanastomosis para evitar el síndrome de retención gástrica y en lo posible una alcoholización del plexo celiaco para el alivio del dolor.

## CUIDADOS GENERALES

1. Informar al paciente y su familia sobre el procedimiento quirúrgico a desarrollar.
2. Educar precozmente sobre los cuidados relacionados con la respiración, movilización, eliminación y prevención de las complicaciones derivadas del proceso de cirugía.

## PROCEDIMIENTOS ANESTESIOLOGICOS

Desde hace aproximadamente 50 años los anestesiólogos comenzaron a recibir pacientes con dolores inmanejables, puesto que en esa época las demás especialidades poco ofrecían para aliviarlos. Las razones para la referencia de esos pacientes se relacionaban también al manejo habitual que estos especialistas tienen de los analgésicos potentes y a su vasta experiencia con bloqueos nerviosos diagnósticos y a veces terapéuticos.

La indicación de un procedimiento anestesiológico, rara vez es primera elección terapéutica, pero el inadecuado manejo del síntoma por otros métodos o la presencia de efectos colaterales no aceptables lo hacen muy útil en ciertas situaciones.

Un procedimiento de este tipo también tiene indicación para solucionar una situación de dolor agudo en espera de otro tratamiento específico, como por ej., radioterapia, quimioterapia o cirugía paliativa.

Las técnicas anestésicas para el control del dolor las podemos dividir en dos grupos: el uso de opioides espinales cuya vía más utilizada es la peridural y los bloqueos neurolífticos:

## OPIOIDES PERIDURALES

Desde los reportes de Yaksh & Rudy en 1976 que indicaban que los opioides actuaban en forma directa sobre receptores existentes en la médula por lo que el alivio del dolor que se lograba con ellos era absolutamente independiente de la concentración plasmática de estas drogas, se abrió una nueva ruta de

administración que ha beneficiado ya a miles de pacientes oncológicos dada su gran efectividad. Al usar los opioides vía peridural, estos pasan a través del líquido cefalorraquídeo, actuando sobre los receptores ya mencionados, el fármaco más utilizado es la morfina pudiendo mezclarse con anestésicos locales y/o corticoides, aunque lo más frecuente es su utilización como fármaco único diluido en suero fisiológico. La técnica más utilizada es la instalación de un catéter peridural del mismo tipo que se usa para las anestésias de parto u operatorias, su única diferencia radica en que debemos realizar una tunelización subcutánea hacia la pared anterior del abdomen para disminuir el riesgo de acodadura, retiro accidental e infecciones, además debe por regla instalarse un filtro bacteriano dada su utilización por períodos prolongados. La duración promedio de un catéter es de 2 semanas a 4 meses. Los catéteres implantados con reservorio subcutáneo son de costo mayor y están indicados cuando la expectativa de vida es de varios meses. Se comienza habitualmente con dosis entre 2 - 4 mg, debiendo aumentarla según los requerimientos del paciente, cada dosis tiene un efecto analgésico con duración de 8 - 24 hrs. Los opioides por esta vía no producen bloqueo motor ni sensitivo, la depresión respiratoria es rara, su tolerancia es escasa y de lento desarrollo, ocasionalmente se observa constipación, vómitos, prurito y retención urinaria, debiendo tratarse con la terapia de medicamentos coadyuvantes recomendados en otras secciones de estas normas. La indicación es: dolores somáticos, neuropáticos, viscerales o combinación de ellos no manejables, por otras alternativas analgésicas más simples.

#### Bloqueos nerviosos con anestésicos locales (AL):

Un número importante de pacientes con cáncer se beneficia dramáticamente de técnicas de este tipo. Aunque su efecto generalmente es de corta duración, su utilidad radica en el alivio inmediato del dolor, proveen una alternativa temporal para el control del dolor que no era manejable previamente y contribuyen en la formulación un plan terapéutico. Otro aporte es la ayuda en el diagnóstico diferencial de los componentes de un síndrome doloroso complejo, incluyendo aspectos psicológicos, discriminación entre dolor somático, de origen simpático (bloqueos diferenciales) o neuropático. Una cualidad sobresaliente de los AL es que producen una acción previsible y completamente reversible. El bloqueo de puntos gatillos o Trigger Points, suele ser de gran rendimiento en los enfermos oncológicos que han persistido con zonas musculares dolorosas post radioterapia o quimioterapia. Los bloqueos diagnósticos con AL son realizados en distintas regiones del organismo para determinar las vías que conducen el dolor en la periferia hacia el Sistema Nervioso Central. Esto facilita hacer bloqueos más permanentes con sustancias de acción prolongada (neurolíticas) que alterarán por meses la conducción nerviosa.

#### Bloqueos neurolíticos autonómicos y somáticos (periféricos y centrales):

Una de las ventajas de esta terapia consiste en disminuir significativamente las dosis de analgésicos por vía sistémica y con ello los efectos colaterales de los múltiples medicamentos que reciben estos enfermos. Tal es el caso de tumores de páncreas, hígado y estómago, en que tiene alto rendimiento hacer un bloqueo permanente del plexo celíaco ó de los nervios esplácnicos. Hay varias técnicas para lograrlo, todas ellas requieren de un entrenamiento específico tendiente a obtener buenos resultados con mínima morbilidad. El alivio se prolonga entre 3 y 9 meses.

Habitualmente se realiza un bloqueo diagnóstico con anestésicos locales inicialmente, para establecer la eficacia del procedimiento antes de ir a una inyección con alcohol al 50 - 90 % ó fenol 5 - 10 %. En tumores de pulmón con compromiso de pared torácica es factible hacer bloqueos interpleurales con AL y luego, de probarse una buena respuesta, una nueva alternativa es introducir fenol en concentraciones bajas a este espacio para deaferentar de forma prolongada la pared costal. En el caso de las vísceras pelvianas, tanto el bloqueo del plexo hipogástrico como del ganglio impar ( o de Walter ) proveen buen alivio del dolor en esta área, con escasa morbilidad cuando la indicación y ejecución son correctas.

Por otra parte en una población restringida de pacientes con pobre expectativa de sobrevivida y con tumores de pelvis y extremidades inferiores, en quienes otras alternativas terapéuticas no han sido satisfactorias, se puede ofrecer neurolisis intratecal en base de alcohol o fenol. Esta solución es además muy útil en pacientes con metástasis aisladas de arcos costales, en particular en presencia de fracturas, a

quienes se puede fenolizar la raíz o el nervio intercostal correspondiente con excelentes resultados. Se usan volúmenes de 1 - 1,5 ml de fenol al 6 % por nervio a bloquear, previa prueba terapéutica con AL.

### C. QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

El tratamiento paliativo, específicamente oncológico antitumoral, va más allá de la quimioterapia y abarca principalmente las siguientes modalidades, que se agrupan bajo la denominación de terapias sistémicas o médicas del cáncer, en contraposición a los tratamientos locales (cirugía y/o radioterapia).

Conceptualmente un tratamiento médico antitumoral con propósito paliativo debiera considerar los siguientes principios.

1. Indicación cuando exista contraindicación de tratamientos oncológicos agresivos, sea cirugía, radioterapia o quimioterapia, medido por ejemplo a través de performance status ( PS ) o estado general. Una PS >3 contraindica una quimioterapia agresiva con pretensión curativa.
2. Que el tratamiento indicado estabilice o retarde la progresión de la enfermedad o atenúe las manifestaciones más deletereas.
3. Que los beneficios del tratamiento indicado sean mayores que los riesgos o molestias
4. Que la tolerancia al tratamiento sea satisfactoria en términos físicos, psicológicos, sociales e incluso económicos y que de ninguna manera afecte la calidad de sobrevivida.

Indispensable: Decisión en Comité de Cuidados Paliativos sea para:

I.- Area Quimioterapia

II.- Area Hormonoterapia

III.- Area Inmunoterapia

IV.- Area Terapias Biológicas y otras

#### CUIDADOS GENERALES

1. El paciente en especial será informado sobre los alcances de este tratamiento, y la resolución de sus dudas y temores será de vital importancia para la colaboración necesaria en el procedimiento y en la prevención y control de los efectos secundarios.
2. La familia debe ser informada en relación al procedimiento y educada sobre la participación en el autocuidado del paciente.

## CAPITULO VI

## ATENCION DOMICILIARIA

## A. ORGANIZACION DE LA ATENCION DOMICILIARIA

Si bien, la atención domiciliaria corresponde a una actividad preferencial del Nivel Primario de Atención, el desarrollo de los Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor Oncológico la considera además en el Nivel Secundario de atención.

Tiene el carácter de integral, siendo ideal su ejecución en equipo, sin embargo, el personal que la ejecuta debe tener la capacitación necesaria para apreciar otros problemas, sean actuales o potenciales, del paciente, de su grupo familiar y del ambiente domiciliario.

La atención domiciliaria, es uno de los pilares de los cuidados paliativos, donde la educación para el autocuidado familiar adquiere su dimensión máxima.

## B. OBJETIVO GENERAL

Extender los Cuidados Paliativos y el Alivio del Dolor Oncológico al paciente y familia en domicilio. Asegurar la continuidad de los cuidados, apoyo y supervisión oportuna en propio entorno del enfermo.

## C. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Prevenir y estabilizar las necesidades bio-sico-social y espiritual alteradas de la unidad paciente-familia.
- Evaluar y potenciar la capacidad de autocuidado.
- Evaluar y controlar los síntomas.
- Evaluar y controlar los síntomas en pacientes con oxigenoterapia domiciliaria.
- Capacitar continuamente al grupo familiar para atender al paciente en su domicilio.
  - En las ventajas de la consulta telefónica.
  - En el registro de los aspectos esenciales de su familiar enfermo.
- Capacitar continuamente a los voluntarios, para estar en condiciones de cooperar con la familia en la atención del paciente en su domicilio.
- Coordinar efectivamente la atención domiciliaria entre los niveles de atención correspondientes.
- Supervisar constantemente los cuidados otorgados en el domicilio.
- Asegurar la dispensación de analgésicos, otros fármacos e insumos prioritarios para el alivio del dolor y cuidados paliativos en el domicilio.
- Utilizar los formularios normados, para la óptima atención, derivación, rescate, seguimiento y evaluación de la atención.

## A. VISITA DOMICILIARIA

Es importante tener presente que la atención en domicilio esta centrada en la atención y autocuidado de la familia a su paciente, con la asistencia de los voluntarios debidamente capacitados; considerando que, todo paciente y su núcleo familiar han sido evaluados previamente por la asistente social, para la valoración de las condiciones socioeconómicas del núcleo, aspectos relevantes del microambiente

domiciliario y red de apoyo social. Así también, el psicólogo habrá evaluado a la familia y al paciente, fortaleciendo el soporte familiar y/o tratando las crisis situacionales, y puesto en marcha la red de apoyo psicológico.

## DEFINICION

Es la atención activa y continua proporcionada al paciente postrado y su familia en el domicilio, a fin de satisfacer sus necesidades bio -psicosocial y espirituales, asegurándole la mejor calidad de vida, la dignidad de la muerte y apoyo durante el duelo.

El 100% de los cuidados tienen como base la educación de la unidad paciente familia. El 70% de los cuidados domiciliarios se catalogan como problemas de enfermería médico-quirúrgica, de éstos a su vez el 30% supera el nivel de competencia del nivel primario de atención y por tanto deben ser asumidos por el equipo (enfermeras) del nivel secundario de atención. Es fundamental utilizar los criterios de categorización de los enfermos, dado que es el mejor indicador para priorizar según complejidad, riesgo y dependencia.

La atención domiciliaria entendida como: " el conjunto de acciones de salud de carácter integral que se realiza en domicilio, para atender los problemas de salud de las personas que se encuentran en situación de discapacidad física, temporal o definitiva, que les impide desplazarse fuera de su hogar"

El médico de la Unidad de Cuidados Paliativos debe evaluar el PS del enfermo, determinando su asistencia domiciliaria. De igual modo tanto médico como enfermera debe aplicar el Índice Katz para evaluar su nivel de dependencia funcional o estructural.

El nivel de complejidad de los problemas a resolver no requiere de la hospitalización ni la institucionalización de la persona.

Si la persona no dispone de red d apoyo social (familia) su internación puede efectuarse en instituciones u ONG comunitarias :Hogar de Cristo<sup>138</sup>, Liga Chilena contra el Cáncer, Hogar de Ancianos y otros disponibles en la red de apoyo.

Es una actividad que realiza el equipo de salud.

Es independiente de la edad de la persona postrada por cáncer avanzado.

Incorpora a todos los integrantes de la familia y voluntarios de salud (previamente capacitados)

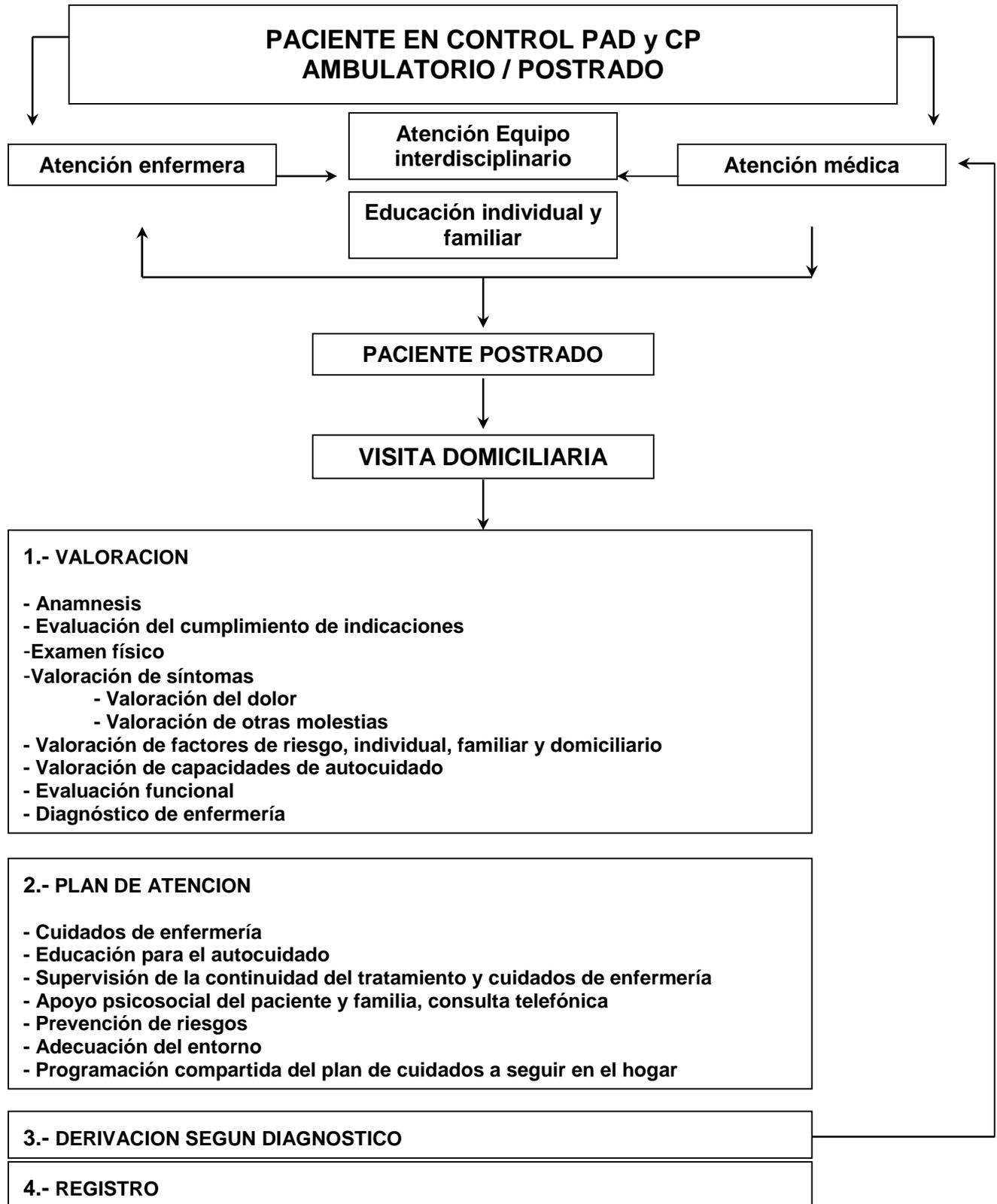
## ACCIONES O TAREAS

- Dado que la derivación del paciente a su domicilio no es una decisión médica de urgencia, se coordinará instancias previas para contactar con el nivel primario, el hogar y los voluntarios.
  - Revisión de fichas individuales - familiares, de los pacientes derivados a su domicilio.
  - Inclusión de cada caso (unidad paciente - familia) en mapa sectorizado según domicilios del área de influencia de su establecimiento.
  - Confección de tarjeta de seguimiento domiciliario. (ANEXO N°1)

<sup>138</sup> FONASA y la fundación de beneficencia Hogar de Cristo tienen un convenio, dirigido a los beneficiarios pertenecientes al grupo A o B de FONASA y mayores de 60 años, que considera otorgar días cama de atención integral para que los adultos mayores, en algún período de su convalecencia, continúen su tratamiento de salud en la fundación Hogar de Cristo. El beneficio considera camas para pacientes terminales, cama para pacientes crónicos y postrados y cama para casos sociales (adultos mayores que no tienen donde vivir, y que serán acogidos en los hogares residenciales tradicionales que posee la Fundación).

## RECURSO BASICO

- Hora profesional ejecutor y supervisor de la actividad según tipo de problema:
  - Enfermera
  - Técnico paramédico de enfermería
  - Psicólogo, Asistente Social
  - Químico Farmacéutico, Médico,
  - Matrona
  - Voluntario
  
- Hora equipo multidisciplinario



**B. ESTRATEGIAS COMPLEMENTARIAS QUE FAVORECEN LA ATENCION INTEGRAL EN CUIDADOS PALIATIVOS Y EN PARTICULAR LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS**

- Captar, seleccionar y capacitar a grupos de voluntarios en las siguientes áreas:
  - Características del ser humano y sus necesidades.
  - Características del paciente con dolor y del paciente postrado.
  - Características de la familia del paciente terminal. (dinámica familiar)
  - Observación y elementos básicos del proceso de comunicación.
  - Técnica de la entrevista. (saber escuchar)
  - Observación de las condiciones del microambiente.
  - Técnicas básicas de enfermería.
  - Deberes y derechos del voluntariado.
  - Uso de los formularios.
  - Mecanismos de coordinación con el intrasistema de salud y con el sistema comunitario.
  
- Capacitación continua del grupo familiar de todo paciente en cuidados paliativos oncológicos, la que debe iniciarse en el nivel de atención de salud en que el paciente ha sido diagnosticado, tratado y derivado (Nivel terciario o secundario) en las siguientes tareas:
  - Observación e interpretación de las necesidades del paciente.
  - Interpretación del dolor de su familiar.
  - Técnicas básicas de enfermería.
  - Administración de medicamentos, (vía oral, subcutánea, rectal, intramuscular)
  - Uso de registro anecdótico diario.(registro diario del dolor y otros síntomas/molestias)
  - Mecanismos de coordinación con el intrasistema de salud y el sistema comunitario. Red de apoyo psicosocial.
  
- Educación continua del equipo de salud primario sobre los aspectos fundamentales de esta normativa (alivio del dolor y cuidados paliativos oncológicos), valoración del dolor, prescripción, provisión, distribución y control legal de opioides; tratamiento y atención de las necesidades alteradas (control de síntomas), sistema de referencia y coordinación, uso de formularios, seguimiento y evaluación de los pacientes.
  - La educación al equipo de salud primario, SAPUS debe iniciarse tempranamente, incluyendo entre las metodologías educativas períodos de pasantía/estada en las unidades especializadas, siendo por tanto indispensable la coordinación con la DTSP (Dirección Técnica de Profesionales de la Salud), para la debida autorización, aprobación y participación en el éxito de este programa.
  - El equipo de salud del nivel secundario, tanto de nivel hospitalario como del Consultorio de Especialidades, CDT, CRS y Servicios de Urgencia, debe ser foco de educación continua, paralelo o simultáneo al primario. Debe tenerse presente que es justamente desde éste nivel de atención donde emergerá la mayor población beneficiaria de éste programa. (Ver flujograma de atenciones).

- La educación continua anual deberá efectuarse según el Manual "Cómo cuidar a la personas con cáncer avanzado en el Nivel Primarios de Atención": [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- Implementar la atención domiciliaria involucrando a los organismos de la comunidad.
  - Dado el traspaso de los establecimientos de nivel primario (consultorios generales y postas rurales), a la administración municipal se debe coordinar expresamente esta instancia, a través de la DTPS (Dirección Técnica de Programas de la Salud), con la autoridad técnica responsable; dado que la salud está íntimamente ligada al desarrollo integral de una comunidad, pues influyen en ella aspectos tales como el nivel socioeconómico, patrones culturales, el ambiente, unidos a la vivienda, el saneamiento básico, la educación y el trabajo, entre otros.
  - Es deseable involucrar o reforzar la coordinación con las ONG, juntas vecinales, centros de madres, talleres laborales, industrias y otros, a que colaboren solidariamente con los enfermos de cáncer postrados, ya sea fabricando (atriles, calzas, soportes y otros), reparando (sillas de ruedas o catres clínicos), comprando o donando (chatas, orinales, lavatorios, vaporizadores), los que se prestarán a las familias, quienes a su vez devolverán los elementos una vez utilizados, comprometiéndose a reponer los deteriorados o consumidos, ya sea en dinero, en especie o en trabajo para otro enfermo. El lugar para mantener el stock de estos elementos podía ser la bodega de la sede social de las entidades municipales o comunitarias. La formación de talleres de laborterapia es un excelente medio para aunar la participación comunitaria. Las visitas de acompañamiento, de recreación, de asistencia espiritual y de apoyo durante el duelo, son importantes aportes comunitarios.
- Programación local de acuerdo a las prioridades emanadas del diagnóstico de la situación de salud observada, por tanto las normas técnicas de la actividad se definirán luego del primer año de aplicación.

### C. ORGANIZACION DE VOLUNTARIOS

Es el medio, a través del cual los diferentes niveles de atención de salud seleccionan y capacitan a personas de la comunidad en la asistencia de pacientes y familias en domicilio.

#### Acciones o tareas

- Captación de miembros de la comunidad, que por vocación libre y gratuitamente, deseen otorgar sus servicios en apoyo de pacientes con dolor y terminales oncológicos en domicilio. - decisión libre - dar de sí para otros - gratuidad de sus servicios; son los tres aspectos que definen la condición del voluntariado.
- Selección de los postulantes por un profesional del equipo de salud del nivel correspondiente a través de entrevista individual para conocer las motivaciones personales, nivel de educación suficiente para interpretar, ejecutar y comunicar observaciones, tiempo disponible para cumplir los compromisos asistenciales adquiridos, capacidad para trabajar en equipo.
- Capacitación inicial y continua de los voluntarios seleccionados.  
Los contenidos educativos están expresamente normados, sin embargo, puede y debe incluirse los que a nivel local se consideren necesarios. En forma inicial recibirán un curso de capacitación compacto, derivando posteriormente a una sesión educativa semanal.
- Sectorización de los domicilios de los pacientes y asignación de ellos.

El ideal es la asignación de un grupo familiar por cada voluntario inicialmente, para luego abarcar un máximo de tres núcleos considerando la proximidad domiciliaria.

- Reunión semanal con un miembro del equipo de salud, para comunicar las condiciones, situación y necesidades del paciente y su familia. Utilizando los registros previamente entregados.
- Reuniones de coordinación con el equipo asistencial. Su periodicidad debe determinarse en cada situación, pero es deseable que ocurra como mínimo una vez al mes.
- Supervisión y asesoría permanente. Comunicación expedita, toda vez que sea necesario, sea en el centro asistencial, en domicilio o vía telefónica.
- Evaluación de las acciones realizadas.

#### Recurso básico

- Hora enfermera y asistente social
- psicólogo
- terapeuta ocupacional
- matrona

En reuniones de coordinación:

- El equipo multiprofesional.

#### Funciones del Voluntariado en la asistencia domiciliaria

El servicio del voluntariado, es el complemento indispensable para que los cuidados paliativos sean realmente una atención integral, desarrollando tareas que requieren gran dedicación y tiempo y que el equipo profesional no puede, o no está en condiciones de satisfacer.

- Acompañar al paciente y su familia en el domicilio.
- Escuchar al enfermo y a su familia.
- Crear un clima de confianza y comunicación en el seno familiar.
- Observar conductas, expresiones, detalles, del enfermo, la familia y del hogar; que orienten al equipo de salud.
- Colaborar con el paciente incentivándolo en su cuidado.
- Orientar a la familia en la asistencia de su paciente.
- Asistir al enfermo y su familia en los cuidados cotidianos.
- Comunicar al equipo de salud los cambios experimentados.
- Colaborar y orientar a la familia en trámites administrativos.
- Ser un efectivo nexo entre el hogar y el centro asistencial.
- Ser el enlace entre la comunidad, la asistencia espiritual y el hogar.
- Consolar a la familia durante el duelo, sabiendo respetar la intimidad y privacidad.
- Es deseable que las sesiones educativas se desarrollen con la presencia de uno o dos familiares (estables), comprometidos con el cuidado del paciente respectivo, así a través de diferentes dinámicas grupales, tanto el paciente, su familia y los voluntarios estarán en condiciones de realizar las técnicas básicas de enfermería, el uso de registros simples, la aplicación de cuidados específicos (colostomía, traqueostomía, administración de analgesia vía subcutánea, y otros), en la forma de establecer prioridades para el cuidado cotidiano del paciente y en el uso de los llamados telefónicos como un medio activo y efectivo en la resolución de dudas.

PAUTA OBSERVACION  
 CARACTERISTICAS DEL HOGAR  
 (escriba con letra imprenta)

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Nº FICHA  Nº FICHA ONCOLOGICA  DIRECCION EXACTA

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA

PACIENTE VIVE CON:

ESPOSA	<input type="checkbox"/>	PADRE	<input type="checkbox"/>
ESPOSO	<input type="checkbox"/>	MADRE	<input type="checkbox"/>
HIJAS	<input type="checkbox"/>	ABUELITA	<input type="checkbox"/>
HIJOS	<input type="checkbox"/>	ABUELITO	<input type="checkbox"/>
HERMANOS	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>

NOMBRE Y PARENTESCO DE PERSONA ENCARGADA DE SU CUIDADO:

Nº HORAS QUE EL PACIENTE PERMANECE EN: (ESCRIBA EL NÚMERO)

CAMA  SILLON  CAMINANDO  DESPIERTO  DURMIENDO

NECESITA AYUDA PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS: SI  NO

PERMANECE EN PIEZA:

SOLO  ACOMPAÑADO  Nº PERSONAS DUERMEN EN MISMA PIEZA

LA CAMA ES SOLO PARA EL PACIENTE: SI  NO

EN LA HABITACION HAY VENTANA SI  NO

DESCRIBA BREVEMENTE LA HABITACION DEL PACIENTE:

DESCRIBA LAS RELACIONES FAMILIARES:

NOMBRE VOLUNTARIA: \_\_\_\_\_

TARJETA SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

SEGUIMIENTO			
ATENCION DOMICILIARIA CON NIVEL PRIMARIO DE ATENCION			
NOMBRE		EDAD:	DERIVADO DE:
FICHA:	RUT:	COMUNA:	FONO:
DIRECCION:			
DIAGNOSTICO INICIAL:		EVA DOLOR: FOCO DOLOROSO:	
SINTOMAS RELEVANTES: EVA SINTOMAS:		TRATAMIENTO ACTUAL:	PERFORMANCE STATUS:
DIAGNOSTICO ACTUAL:			HALLAZGOS:

El tarjetero de atención domiciliaria puede estar incluido o aparte del tarjetero general del Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Su contenido contará de divisiones por días y meses, en su interior se ubicará la tarjeta ordenada por abecedario con el nombre, RUT y N° ficha del paciente.

- Se asignará al paciente - familia al o los voluntarios, a través de entrevista explicando las condiciones, características, aspectos particulares.
- Se establecerá un contacto entre las 72 hrs. de referido (a través del familiar), vía telefónica.
- Se entregará ficha de derivación a nivel primario, vía estafeta o vía voluntario.
- Se realizará primera visita domiciliaria por voluntario, luego del primer contacto del grupo familiar con el centro asistencial. Se otorgará la asesoría y supervisión correspondiente, sólo si el núcleo familiar, el voluntario, o el equipo de nivel primario lo solicitan.
- Se realizará visita de asesoría y de supervisión al equipo de nivel primario a lo menos una vez por mes (a aquellos que tengan asignado pacientes con alivio del dolor, postrados y en cuidados paliativos), y según demanda.
- Se registrará todo cambio verificado por el núcleo familiar y constatado por el voluntario.
- Se dispensará todos aquellos insumos clínicos que el nivel primario no posea y sean indispensables para la mejor atención del paciente, hasta que éste sea capaz de proveerlos.
- Evaluación de la atención domiciliaria.

ESTANDAR

Las personas que al momento del ingreso al Programa Nacional de Alivio del Dolor por cáncer avanzado reciban evaluación de su Performance Estatus (PS) igual o mayor a 3 (postrados) deben recibir cuidados domiciliarios.

Las personas que al momento del ingreso al Programa Nacional de Alivio del Dolor por cáncer avanzado reciban evaluación de su Performance Estatus (PS) igual o mayor a 3 (postrados) y presenten incapacidad funcional, deben recibir cuidados domiciliarios.

Las personas con Performance estatus (PS) igual o mayor a 3 (postrados) y presenten incapacidad funcional, debe ser evaluados además por el índice KATZ

Se considera domicilio: Lugar donde reside habitualmente la persona ingresada al programa: casa familiar, hogar sustituto, hogar de ancianos, Hogar de Cristo, Liga Chilena contra el cáncer, Clínica Familia u otro sustituto.

#### D. TRABAJO EN EQUIPO

El paciente oncológico y su familia requieren de una aproximación que considere todos y cada uno de los factores que modulan y participan en la expresión y consecuencias del cáncer. Este enfoque y particular manejo, resulta aún más necesario cuando la persona, niño o adulto con cáncer avanzado se acerca a su fase terminal, y los resultados logrados serán más efectivos y útiles al paciente si existe un equipo humano debidamente cohesionado, integrado y que comparta una misma línea filosófica y conceptual de abordaje al problema y al hombre.

#### CONCEPTOS GENERALES

El concepto de equipo es esencial en los cuidados paliativos. De esta forma habrá una atención integral que considere al enfermo de cáncer con dolor y en etapa terminal como un ser único que necesita alivio de dolor, tratamiento de síntomas, apoyo psicosocial, que involucre a la familia y a la comunidad en sus cuidados. Aún con un desarrollo pleno de todas las capacidades, una persona sola no podrá ofrecer este servicio, es necesario la integración, interacción y complementación armónica. Hay algunas condiciones que favorecen el trabajo en equipo: los integrantes deben ser especialistas en su área, deben compartir un objetivo común y deben integrar planes de asistencia, educación y rehabilitación, estar en constante perfeccionamiento y desarrollar investigaciones que les permita evaluar y modificar su intervención.

En la conceptualización del trabajo en equipo, inicialmente, se planteó que bastaba con la sumatoria simple de distintas especialidades y disciplinas (Equipo multidisciplinario).

Este concepto fue rápidamente superado asumiendo que una mejor intervención se obtiene cuando, además, se logra la adecuada integración y debida coordinación (Equipo interdisciplinario). Actualmente, la moderna aproximación al trabajo colectivo, universalmente reconoce y asume la gran importancia de la incorporación de los usuarios o beneficiarios de cualquier programa, tanto en la implementación de las soluciones, así como en el análisis y diagnóstico de las distintas situaciones y problemas (Equipo transdisciplinario).

Cualquier modelo será válido, si existe la debida participación e integración del paciente y su familia. Otra característica general de la aproximación en equipo al paciente, está dada por la capacidad del grupo de trabajo de satisfacer y responder a las reales necesidades del paciente.

El logro de estos objetivos teóricos va más allá de las capacidades o habilidades habituales de cada persona, especialidad o disciplina, y necesariamente debe traducir una base o entrenamiento en lo que compete a dinámica de grupos, liderazgo, comunicación humana, lenguaje verbal y no verbal, sólo por citar algunos aspectos básicos necesarios para el adecuado desarrollo de cualquier programa o gestión mediada por la integración de personas. Se deben respetar los ámbitos y aportes de cada uno de los integrantes de este equipo.

Una instancia básica y concreta de integración y coordinación en el quehacer oncológico lo constituyen los distintos comités de trabajo, los que con los debidos consensos desarrollen un trabajo protocolizado que dé los cuidados en las distintas áreas o problemas. Lo anterior vuelve a ser especialmente válido y relevante en cuidados paliativos.

Probablemente el 90% de los enfermos y sus respectivas familias requieran de la participación activa de dos o tres profesionales, y tal vez sólo algunos/as requieran de un equipo más amplio, sin embargo, es importante y necesario que al menos algunas horas de otros especialistas estén disponibles.

## CONCEPTOS Y ROLES PARTICULARES

El primer participante de este equipo, debe ser el mismo paciente y su familia. Debe haber la adecuada información, preparación y entrenamiento que faculte tanto al paciente como a su familia para asumir parte importante de la responsabilidad y apoyo a las soluciones deseadas. En concreto, deben generarse las condiciones que permitan al paciente y su familia asumir autocuidados, abandonar hábitos nocivos y conceptos erróneos, la adopción de aquellas conductas que faciliten el enfrentamiento a la enfermedad cancerosa ya declarada o a su prevención, y especialmente, mejorar la capacidad del paciente de comunicar sus prioritarias y reales necesidades.

El médico tratante o de cabecera debe mantener siempre un nexo y apoyo al paciente. A los médicos cancerólogos sean de la esfera quirúrgica, radioterápica o médica, les cabe obviamente un especial rol potenciado cuando existe la debida integración y trabajo en comité de Cuidados Paliativos. Todo médico de cualquier nivel de complejidad en la atención, tiene el deber de manejar los aspectos generales de alivio del dolor por cáncer antes de derivar al paciente al programa de AD y CP.

Un rol importantísimo y eje le cabe a la enfermera/o, dada su especial formación (de carácter holístico y humanizado al paciente y su familia), comprensión del continuo salud-enfermedad en las personas, familias y comunidad, en toda etapa del ciclo de vida; su capacidad de ordenamiento, y por la particular relación que puede establecer con ellos. Múltiples funciones, tareas y apoyo, le cabe en el ámbito asistencial, psicológico, educativo, de rehabilitación y paliación. La organización y dirección de los cuidados a las personas, incluidas las indicaciones médicas, la coordinación con las diferentes instancias; la capacitación del equipo, del personal de enfermería, de los voluntarios y de la comunidad en general. La implementación y priorización de los cuidados de las personas de todo sexo y edad, ha nivel del ámbito hospitalario, ambulatorio y domiciliario han sido funciones que desde siempre han recaído en este profesional. Su rol ha merecido una especial calificación por la OMS, en la formación y mantención de programas de esta índole.

La psicóloga /o tiene un amplísimo campo tanto con el paciente, como con su familia, en establecer canales comunicacionales desde el paciente e interequipo, en clarificar, validar la condición idiosincrática de cada ser humano, favoreciendo una atención personalizada, en la contención del impacto de la enfermedad tanto a nivel del paciente, la familia, como en el equipo de salud. La matrona, con su especial formación en la atención del sexo femenino, en su sexualidad, crianza, período de menopausia.

La tan necesaria capacitación en comunicación, que favorezca la adecuada integración del equipo de trabajo. Y la educación continua de todo el equipo en todos los niveles de atención sobre AD y CP, es un deber ético de los profesionales comprometidos.

La esfera espiritual es de especial relevancia y el aporte que puede realizar un religioso o un pastor de cualquier credo religioso, es de alto impacto.

El cáncer generalmente condiciona problemas o desajustes importantes en lo económico, por los importantes costos de atención involucrados, siendo ésto, especialmente en personas de estrato socioeconómico bajo. El aporte o apoyo que en este plano puede brindar la asistente social, es especialmente valioso. Es evidente el deterioro en lo personal, familiar y laboral que conllevan situaciones de este tipo, con un negativo impacto en la autoestima personal o la integración familiar.

La secretaria, así como todo el personal administrativo, generalmente es el primer punto de encuentro del paciente y su familia con el sistema de atención, por lo que esta "primera impresión" adquiere especial importancia. Esta persona debe ser debidamente informada y capacitada para la óptima y cálida recepción al paciente, su acompañante y familia.

Todo el trasfondo de manejo farmacológico del paciente, en términos de polifarmacia, reacciones adversas, asesoría en analgesia farmacológica, la optimización y facilitación en el uso de opioides, y muy en especial la educación individual al paciente y su familia. Por citar algunos ámbitos, confieren al químico farmacéutico un rol determinante en nuestro equipo de trabajo.

Al fisiatra y/o kinesiólogo, les compete todo un apoyo en el área de la rehabilitación y apoyo kinésico, que en general en cáncer, y especialmente en el área de cuidados paliativos, debiera adquirir mayor desarrollo. Buscar desarrollar y mantener cooperativamente la autonomía (física) de las personas.

En el campo de la alimentación existe toda una línea de asesoría y apoyo: el rol del nutricionista cubre una amplia gama que abarca desde el manejo preventivo del cáncer, a través de la dieta, así como asesoría nutricional en regímenes especiales de alimentación para favorecer la recuperación del paciente o la adaptación a situaciones específicas mórbidas terapéuticas.

Existen otros profesionales que también aportan y enriquecen un programa de este tipo, como pudiera ser el terapeuta ocupacional, en todos los aspectos de mantención de la funcionalidad y motricidad remanente, como los aspectos tan fundamentales como la dinámica familiar y laboral del paciente y su grupo; su afán debe estar dirigido a "ocupar a las personas enfermas y sus familias en aquellos asuntos / aspectos de mayor significancia para sí mismos", así también el fonoaudiólogo puede aportar en el mejor soporte al paciente que con limitaciones crecientes en la comunicación.

También, es de primerísima importancia el aporte que puedan realizar personas voluntarias de la comunidad: este apoyo debe ser debidamente valorado, organizado y sujeto a capacitación continua. Dan generosamente su tiempo y lo mejor de sí, para escuchar, acoger, acompañar y colaborar en los cuidados.

Por último debe reiterarse que el apoyo y la organización de un equipo de trabajo para la atención a un paciente de cáncer con necesidad de alivio, puede ya ser operacional desde una "instancia mínima", (un médico y una enfermera interesados y capacitados un químico farmacéutico y un paciente necesitado), hasta la consideración de una instancia de "apoyo máximo", como se esbozó anteriormente, pasando por todas aquellas etapas intermedias imaginables.

## CAPITULO VII

## ORIENTACIONES PROGRAMATICAS

Este capítulo contiene el conjunto de actividades que servirán de guía a los 28 Servicios de Salud del país, en la implementación, monitoreo y evaluación del Programa Alivio del Dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos a nivel local.

La presente norma considera las disposiciones vigentes que orientan y regulan la administración y funcionamientos de los establecimientos de atención de salud, a saber:

- La programación basada en el diagnóstico local, representa sin duda uno de los procesos de mayor relevancia dentro de la gestión del sector salud. Ella permite orientar la utilización de los recursos disponibles hacia metas y resultados explícitos, buscando siempre las mejores alternativas de acción frente a los desafíos que significa mejorar la situación de salud de las personas y contribuir a mejorar condiciones de vida de la población. Por lo tanto, para que la programación alcance su máxima efectividad como herramienta de apoyo a la gestión es necesario tener en cuenta los principales elementos de contexto que más fuertemente tienen que ver con ella.
- Situación epidemiológica, demográfica, accesibilidad (ruralidad), ingreso per cápita (quintiles de mayor pobreza)
- Disponibilidad de recursos sanitarios estructurales públicos y privados según región, provincia, servicio de salud, establecimientos para la atención de personas en Cuidados paliativos.
- Disponibilidad de recursos humanos públicos y privados según región, provincia, servicio de salud, establecimiento para la atención de personas en Cuidados paliativos.
- Orientaciones para la Programación local, MINSAL
- Los objetivos sanitarios<sup>139</sup> señalan las metas nacionales en salud que se deben alcanzar en el año 2010, constituyendo una referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben realizarse por el sistema de salud chileno. Debe existir concordancia con los dos grandes objetivos generales, prolongar la vida saludable y reducir las inequidades, siendo el eje más relevante el fomento del cuidado de la salud.

Los cuatro objetivos sanitarios para la década son:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.
- Disminuir las desigualdades.
- Prestar servicios acorde a las expectativas de la población.

El desarrollo de las estrategias relacionadas con los diferentes problemas de salud o áreas programáticas se enmarcan en estos cuatro objetivos.

Los objetivos sanitarios para Cuidados Paliativos <sup>134,pag.213</sup>

### Objetivos de Impacto:

- Reducción de la prevalencia de dolor por cáncer avanzado en las personas ingresadas al PAD y CP (mejoría en la calidad de vida)
- Aumento del número de pacientes que fallecen en el hogar en Cuidados Paliativos (mejoría en calidad de muerte)

<sup>139</sup> Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010, Ministerio de Salud, 1ª edición año 2002

## Objetivos de Desarrollo:

- Aumentar la cobertura del Programa Nacional al total de pacientes que sufren de dolor en el sector público.
- Aumentar el consumo terapéutico de morfina.
- Aumentar el presupuesto FONASA para expandir la cobertura
- Mejorar el acceso oportuno al programa Nacional.
- Mejorar la adhesividad global al Programa
- Aumentar el equipo humano capacitado (estrategia anual) atención primaria y SAPUS, S. Urgencia, Atención Secundaria y terciaria. (énfasis en atención primaria)

### - Red Asistencial DINRED

La red constituye una modalidad organizativa y de gestión, que adoptan los miembros que requieren vincularse. Sus características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez.

Se entiende por sistema de atención la organización del proceso, en el cual intervienen establecimientos de salud con diferentes niveles de complejidad. El objetivo de producción del sistema es satisfacer las necesidades y expectativas de atención de las personas en salud, procurando optimizar las intervenciones y mejorar su eficacia y eficiencia.

La Red en salud, se define como conjunto de organizaciones vinculadas en el proceso salud – enfermedad, que interactúan en el territorio de un servicio de salud. Y como macroredes, aquellas vinculaciones asistenciales que trascienden el territorio de un servicio de salud, intra regionales o más allá de una región.<sup>140</sup> Las instituciones de salud son, al interior, complejas redes de servicios y unidades que interactúan o toman parte en las acciones clínicas sobre las personas. En este sentido, se ha considerado una intrared para graficar las interacciones dentro de un establecimiento.<sup>141</sup>

El ordenamiento de los establecimientos de atención en salud, operando coordinadamente dentro de un territorio asignado, mediante vínculos institucionales o contractuales, es lo que se denomina “trabajo en red asistencial”. Estas redes incluirán, al menos a los establecimientos que dependen del Servicio de Salud y los de la atención primaria, sea ésta de administración municipal u otra.

Constituyen<sup>142</sup> la “Red Asistencial” de cada Servicio de Salud, el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de atención primaria de salud municipal, y privados que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud de su territorio, conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto Ley N° 2763 de 1979, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población, sin perjuicio de la complementación entre la Red Asistencial de uno y otro Servicios.

Los Servicios podrán complementar y coordinar sus actividades, entre ellos o con instituciones públicas o privadas, para el cumplimiento de sus fines, sea que éstas se realicen dentro o fuera de su territorio, todo ello de acuerdo con las normas y directivas que imparta el Ministerio.

Es responsabilidad del Director de cada Servicio de Salud velar por la implementación y cumplimiento de los mecanismos de coordinación y complementación asistencial entre los establecimientos de su dependencia, municipales y cuando así lo haya convenido, con instituciones privadas de salud a fin de permitir una fluida y

<sup>140</sup> División de Gestión de la Red Asistencial, Departamento de Modelo de Atención, 2004

<sup>141</sup> VIII Seminario Gestión Hospitalaria, "Hacia la gestión de la intrared: Reorganización de la unidad de emergencia del Complejo Asistencial Barros Luco". Viña Del Mar, 2003

<sup>142</sup> Ley de Autoridad Sanitaria, N° 19.937, que modifica el Decreto Ley N° 2763 de 1979

oportuna referencia de los pacientes, lo anterior de acuerdo con las normas que dicte en la materia el Ministerio de Salud.

#### Red de Distribución de Opioides (Anexo N°2)

- Marco Jurídico
  - Ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria que regula la administración y coordinación de la atención primaria municipalizada. Incluye, entre otros temas, los elementos básicos a considerar para la programación y en el Título 3, Párrafo 1°, Art. 49° los criterios que determinarán el aporte mensual de financiamiento y que incorpora población, nivel socioeconómico y ruralidad, prestaciones que se programen y prestaciones que efectivamente se realicen.
  - Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Estatuto Administrativo, en cuanto a dotación, por el decreto ley N° 2.763 y sus modificaciones.
  - Ley 18.834, Marco regulatorio de los funcionarios dependientes de Servicios de Salud.
  - Ley 18.469, Modalidad de atención institucional que define los beneficiarios del sistema.
  - Ley N° 19.813 que otorga beneficios a funcionarios de la salud primaria de dependencia municipal y establece la asignación de incentivo por desempeño colectivo (anexo N°2)
  - Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión que define la red asistencial y determina la inscripción de la población a cargo como un eje fundamental de la atención primaria.
  - Ley 19.966 Auge. Régimen de Garantías en Salud.
- Los aspectos técnicos se basan en las Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, quien en 1986 organizó e implementó el proyecto de alivio de dolor por cáncer y Cuidados Paliativos a nivel mundial que demostró su eficacia para la mayoría de los pacientes con cáncer en muchos países con diferentes sistemas de asistencia sanitaria. Ese año publica Alivio del Dolor en el cáncer, la primera edición del método de evaluación del dolor por cáncer denominado Escalera Analgésica de la OMS.

En 1990 en su informe 804, destaca como objetivos de los Cuidados Paliativos:

- Reafirmar la importancia de la vida, aún en la etapa terminal.
- Establecer un cuidado que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga artificialmente.
- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas angustiantes.
- Integrar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- Facilitar que el enfermo lleve una vida tan activa como sea posible.
- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el duelo.

Para el logro de estos objetivos plantea en 1996, una estrategia cuyos componentes básicos son:

- Políticas nacionales o estatales favorables al alivio del dolor del cáncer mediante apoyo oficial a las actividades de educación y disponibilidad de fármacos.
- Programas educativos dirigidos al público, al personal de salud, a las autoridades de reglamentación.
- Reforma de leyes y reglamentos para mejorar la disponibilidad de fármacos, especialmente de analgésicos opioides.
- Mejora de la prescripción, la distribución, el despacho y la administración de medicamentos.
- Políticas de gobierno: normas nacionales o estatales que destaquen la necesidad de aliviar el dolor crónico en el cáncer, y promover e implementar los Cuidados Paliativos.

Entre las medidas a implementarse, destacan:

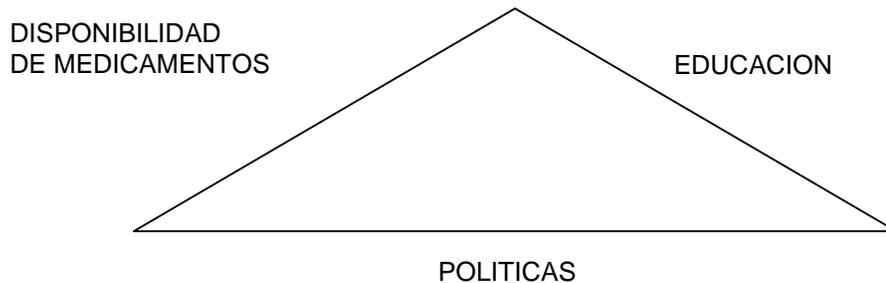
- La implementación de recursos humanos específicos,
- La coordinación de la atención en los niveles de atención de salud,

- La formación de profesionales y,
- La educación de la comunidad junto a su organización y participación a través del voluntariado.

## Disposiciones Internacionales

La Organización Mundial de la Salud, para asegurar el éxito de este programa, recomienda una estrategia basada en tres elementos:

- La implementación de políticas gubernamentales que hagan del alivio del dolor por cáncer una prioridad en el sistema de salud pública.
- Educación a nivel de los profesionales de la salud, autoridades y público en general respecto a los métodos disponibles para tratar el dolor por cáncer y el control de síntomas.
- Disponibilidad adecuada de las drogas esenciales como son los opioides, asegurando el acceso de los pacientes a ellos y eliminando todas las barreras que lo impiden, sin perjuicio de los controles legales sobre su fabricación, distribución, expendio y uso.



## IMPLICANCIAS LEGALES<sup>143</sup>

El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica que la Constitución Política y los tratados internacionales suscritos y ratificados por Chile.

Para precisar cuales son los derechos de un paciente terminal, es preciso hacer una aproximación a un concepto que defina lo que se entiende por enfermo terminal:

**ENFERMO TERMINAL** Es una persona que está en una situación de muerte próxima e inevitable, por la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y ante la cual hay falta de posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico (o sea la muerte es inminente).

Es un hecho que el dolor puede mitigarse y aún suprimirse con la terapia antidolorosa que hoy proporciona la ciencia médica. Tanto es así, que por ejemplo a nivel internacional ha habido hitos interesantes en este sentido, como por ejemplo que la Organización Mundial de la Salud a partir del año 1984 implementó el "programa de alivio para el dolor por el cáncer", haciendo frente a muchos mitos y prejuicios en torno a la utilización de la morfina.

También, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en la recomendación 1418, de 25 de junio de 1999 abogó porque sus Estados miembros incorporaran en su derecho interno normas tendientes a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales en todos sus aspectos, entre los cuáles se insta

<sup>143</sup> Mónica Vásquez Vetrerlein - Abogada. [www.ached.cl](http://www.ached.cl)

a los Estados "a asegurar que la persona en fase terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos, incluso si tal tratamiento tiene como efecto secundario el acortar la vida".

En Chile desde 1998 existe el "Programa Nacional de Alivio del dolor y Cuidados paliativos a pacientes con cáncer", que es importante en cuanto su existencia implica el reconocimiento de la importancia del tema como problema y en consecuencia Política de salud pública.

Un aspecto mucho más específico, es la relación medico - paciente terminal. ¿Qué es lo dable exigir a cualquier médico enfrentado a un enfermo terminal?

- Tener presente que un enfermo terminal que padece dolores y múltiples síntomas, que empero la inminencia de su muerte, es un ser humano que está amparado por la garantía constitucional del 19 N° 1, de la Carta Fundamental, que asegura a todas las personas el derecho a la vida y la integridad física y psíquica.
- El Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos, suscrito y ratificado por Chile, señala en su artículo 6°, N° 1 "El derecho a la vida es inherente a la persona humana" y en el artículo 7° "nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes..." Por su parte, la Convención Americana de Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica" consagra en su artículo 4° el derecho a la vida, N° 1 toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente" y en el artículo 5° del aludido pacto, se consagra el derecho a la integridad personal, N° 1 "Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral" y N° 2 Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles inhumanos o degradantes...".

## DERECHO A LA VIDA. PACIENTE TERMINAL

- Con respecto de las normas citadas, el paciente terminal tiene derecho a la vida como lo tenemos todos, pero este derecho debe entenderse, como el derecho que le asistiría a tener la mejor calidad de vida hasta el final de ella, lo que indudablemente sólo se consigue si sus sufrimientos (dolor y otros síntomas) son aliviados, situación que es posible, en la medida que el médico tratante tenga conciencia de que su misión no se agota en los aspectos curativos de la medicina, debiendo aliviar al enfermo cuando ya no es posible el restablecimiento de su salud quebrantada.
- El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica que la Constitución Política y los tratados internacionales suscritos y ratificados por Chile, aseguran a todas las personas, no es una mera declaración de principios, sino una garantía constitucional que faculta a cada ser humano para que dichos bienes jurídicos le sean protegidos de atentados, ya sea que ellos provengan de la autoridad o de particulares, como podría ser el caso de un médico que por negligencia o ignorancia de los avances de su ciencia o del rol que como profesional de la salud debe asumir en estas circunstancias, no da alivio a los síntomas de un moribundo.  
En este orden resulta esclarecedor, las pautas fijadas por el Código de Ética del Colegio Médico, pues si bien es cierto, los colegios profesionales son instituciones privadas, en las cuales la colegiatura no es obligatoria, es evidente que el prestigio histórico de dichas instituciones, permite que la normas contenidas en sus códigos éticos sean instrumentos útiles a la hora de definir qué se entiende por un buen ejercicio profesional, lo que trasciende a la tuición ética efectiva que puedan ejercer.
- El Código Ético del Colegio Médico, en el párrafo tercero de su declaración de principios, señala claramente que "los principios éticos que gobiernan la conducta de los médicos los obliga a

defender al ser humano ante el dolor, el sufrimiento, y la muerte sin discriminaciones de ninguna índole". Por su parte, el artículo 28° inciso segundo, consagra expresamente que "El médico puede y debe aliviar al enfermo del sufrimiento o del dolor aunque con ella hay riesgo de abreviar su vida", disposición que alude claramente al aspecto paliativo de la medicina, el que en ningún caso debe confundirse con la eutanasia, entendiéndose por esta las acciones u omisiones que procuren la muerte del enfermo con la finalidad de aliviar todo dolor cuando ya no hay esperanza de curación.

- En este sentido no debe inducir a error la expresión consagrada en el referido artículo "...aunque con ello haya riesgo de abreviar su vida", pues debe tener presente que en esa situación el fin último al que propenda el quehacer médico será el de mejorar lo que queda de vida y no el de causar la muerte.
- En este punto se hace presente que esta idea que consagra el Código Ético del Colegio Médico también fue manifestada por el Papa Pío XII, el 9 de septiembre de 1958.: "Está permitido utilizar con moderación narcóticos que dulcifiquen el sufrimiento aunque también entrañen una muerte más rápida. En este caso, ese efecto, la muerte, no ha sido querida directamente. Esta es inevitable y motivos proporcionados autorizan medidas que aceleran su presencia", también la Encíclica Evangelium Vitaem de Juan Pablo II, se ha manifestado en este sentido. Esta posición que la iglesia ha mantenido, por cuanto independiente de las creencias religiosas que cada uno de nosotros pueda tener, es evidente que la iglesia católica es un referente cultural importante.
- La eutanasia, no es conciliable con la legislación vigente en Chile, en este sentido cabe precisar que no obstante la Constitución Política no prohíbe expresamente la eutanasia ello obedece a que en el debate que se suscitó en torno a esta materia, iniciado en la sesión 84, de 4 de noviembre de 1974, se precisó claramente que el sólo hecho de consagrar el derecho a la vida determina que la eutanasia no es permisible.
- Proyecto de Ley Recientemente, el 12 de junio del presente año (2001), se envió al parlamento un proyecto de ley que regula "los derechos y deberes que las personas tienen en relación con su atención de salud", no voy a entrar al análisis pormenorizado de dicho proyecto, en atención a la brevedad del tiempo, pero en síntesis los derechos que allí se consagran son; El derecho al libre e igualitario acceso a las acciones de salud; derecho al trato digno y respetuoso; derecho a recibir compañía y asistencia religiosa o espiritual; derecho a formular consultas y reclamos; derecho a la información, tanto en aspectos administrativos como en los que atañen a la condición de salud, tratamientos posibles, evolución y pronóstico; derecho al consentimiento informado, es decir derecho del paciente para aceptar o rechazar procedimientos invasivos, de cirugía mayor o compleja u otros, una vez que ha sido debidamente informado. Con las excepciones, de que no cabe el rechazo si ello implica la muerte del paciente y no hay procedimiento alternativo y en caso de que el rechazo de un procedimiento o intervención implique un riesgo para la salud pública.

Ahora bien, específicamente en lo que atañe a los enfermos terminales, el proyecto de ley en comento, contiene una norma bastante controvertida, porque no obstante que el mensaje con que S.S. dio inicio al proyecto, explícita que en relación a los enfermos terminales "esta regulación no debe confundirse con la eutanasia", desafortunadamente, ese claro propósito, no parece encontrar correspondencia al concordar el inciso 1 del artículo 16° con el artículo 18, ello no queda tan claro con lo expresado en el artículo 18 del proyecto, que en el inciso primero, señala "No obstante lo dispuesto en el inciso primero del artículo 16°, si la voluntad del paciente de rechazar los procedimientos y cirugías indicados en el referido inciso puede implicar su muerte, dicha voluntad será acatada siempre que se cumplan los siguientes requisitos...".

Por su parte, el inciso primero del artículo 16°, señala "Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su consentimiento para someterse a cualquier procedimiento invasivo, de cirugía mayor o compleja, y otros

que defina el Ministerio de Salud, salvo que la negativa pueda implicar su muerte y siempre que no exista otro procedimiento alternativo." Ahora bien, el resultado de concordar ambas normas, no puede menos que llevar a concluir que en la especie, estamos en presencia de la incorporación de una norma sobre eutanasia pasiva en nuestro ordenamiento jurídico, más allá de que ello trascienda el propósito perseguido con esta regulación.

En efecto, el referido artículo 18°, permite rechazar procedimientos y cirugías, aunque ello pueda implicar la muerte de la persona, siempre que se acredite la condición terminal y que "los cuidados que se puedan brindar al paciente sean innecesarios, en cuanto éstos solo persigan prolongar su agonía".

Sobre el particular, cabe precisar que, a mi entender, el referido artículo 18° incurriría en un error conceptual, que es muy importante esclarecer. Nunca "Los cuidados que se puedan brindar al paciente terminal, serán "innecesarios", siempre será necesario brindar cuidados al moribundo, pero no en la perspectiva de prolongar su agonía, que es lo que denomina "encarnizamiento terapéutico", o sea, prolongar la vida artificialmente a través de estímulos extraordinarios y métodos artificiales, sino que los cuidados deben enmarcarse dentro de la correcta aplicación de la medicina del dolor paliativa, que no se asocia ni con eutanasia, ni con prolongación de agonía, sino con el alivio del sufrimiento, lo que constituye un deber ético sino también jurídico de un médico enfrentado a un enfermo terminal.

En suma, la importancia y la urgente necesidad que experimenta al país de una normativa como esta, es algo innegable, pero asimismo es indispensable que durante su tramitación en el Congreso, vaya perfeccionándose, especialmente en lo que atañe a la problemática del enfermo terminal, para que sea un instrumento eficaz en el reconocimiento y protección de los derechos de todas las personas en materia de salud, y no sólo de aquellas en las cuales el acto médico dice relación con el restablecimiento de la salud quebrantada.

En definitiva es importante tener en claro que la eutanasia no es conciliable con la consagración del derecho a la vida a nivel constitucional, ni con las pautas éticas definidas por el Colegio Médico. Así el artículo 27° del aludido código de ética expresa, en lo pertinente que "El médico no podrá deliberadamente poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna." Y aún más, de conformidad a lo precedentemente expuesto ella tampoco sería conciliable con el actual avance de la medicina en lo relativo a los cuidados paliativos del enfermo terminal.

En efecto, cualquier posición que propenda a la obtención de modificaciones constitucionales y legales tendientes a la aceptación de la eutanasia, tendría que fundarse en consideraciones humanitarias, esto es, en la idea de aliviar de todo dolor a un enfermo que ya no va a sanar. Sin embargo, este objetivo, aliviar el dolor insufrible al paciente, puede obtenerse por la vía que ofrece la medicina del dolor y paliativa, sin necesidad de recurrir a un mecanismo extremo como sería la eutanasia.

Por otra parte es importante tener en claro que, el derecho a la vida que asiste al enfermo terminal implica necesariamente el alivio de su sufrimiento, lo que constituye un deber no sólo ético sino también jurídico de un médico enfrentado a un enfermo terminal que padece de insufribles dolores, por cuanto considerando que la medicina es una ciencia progresiva, para evaluar si el médico ha obrado conforme su *lex artis*, se debe considerar el grado de avance de la medicina a la época de la actuación médica.

En consecuencia atendidos los avances de la medicina en la actualidad en lo que atañe a manejo del dolor y control de síntomas, no podría estimarse razonable que un médico ignore aspectos fundamentales relativos a tratamiento del dolor en enfermos terminales.

En efecto, aparte del reproche ético que pueda merecer un médico por los errores o descuidos en que incurra en el ejercicio de sus funciones o por la ignorancia de aquello que debería saber en virtud del título profesional que ostenta como es el manejo del dolor en enfermos terminales, también puede ser objeto de acciones tendientes a hacer efectiva su responsabilidad civil y penal.

A este respecto, cabe precisar que las responsabilidades civiles y penales de los médicos están estrechamente unidas porque para que el afectado, pueda cobrar la indemnización de los perjuicios materiales y/o morales que la acción u omisión de un médico le ha causado (responsabilidad civil), tiene que existir una sentencia condenatoria en contra del facultativo, que se funde en el hecho de haberse probado en sede judicial que el médico obró con culpa (negligencia) o dolo (intención), y desde que se acredita esta circunstancia entramos en el ámbito de la responsabilidad penal que es la que persigue el castigo de los responsables de la comisión de delitos (dolo) o cuasidelitos (culpa).

Evidentemente, en relación al tema que nos ocupa, esto es, como el dolor en los enfermos terminales constituye un daño a bienes jurídicos protegidos como son la vida y la integridad física y psíquica de la persona, hay que tener presente que las más de las veces dicho daño no se producirá por una actitud intencional del médico destinada a producir tal efecto, sino por falta de diligencia o ignorancia de aspectos generales de medicina del dolor y paliativa que todo médico debería poseer y no sólo los especialistas en el tema, cuyos servicios sólo serían necesarios en casos excepcionales del dolor.

Nuestra legislación penal, específicamente, el artículo 491° del Código Penal, consulta la figura del cuasidelito médico, respecto del facultativo que "causare mal a las personas por negligencia culpable en el desempeño de su profesión", lo que nos pone en presencia de una situación donde no hay intención de causar mal, pero si negligencia o descuido en el desempeño de la profesión médica. Como la figura del cuasidelito médico está concebida en términos genéricos sin entrar en la casuística, corresponderá a los tribunales, enfrentados a un caso concreto, dilucidar si la situación es o no constitutiva de un cuasidelito médico. Sin embargo, pienso que es razonable estimar que un médico que no alivia el sufrimiento de un enfermo terminal se encuentra en la situación genérica establecida en dicho artículo, pudiendo configurarse a su respecto la referida responsabilidad cuasidelictual, por cuanto es un hecho que el detentar el título profesional de médico no sólo importa manejar aspectos curativos de medicina sino también aspectos paliativos cuando ya la mejoría del paciente no es posible.

Ahora bien, en cuanto a la responsabilidad civil que pueda afectar al médico, cabe tener presente que la mayoría de las veces la relación médico-paciente será de naturaleza contractual, por lo general un contrato verbal, por la naturaleza y circunstancias en que tiene lugar la prestación de servicios, y dicho contrato genera obligaciones para las partes, siendo la principal obligación del paciente la de remunerar y las principales obligaciones del médico, las de consejo y la de cuidados.

En relación a la obligación de consejo ello importa explicar el tratamiento aconsejable, sus ventajas, desventajas, riesgos etc. Y en cuanto a la obligación médica la de cuidados, cabe señalar que ella reviste particular importancia tratándose de enfermos terminales, pues obligaría al médico a asistir al paciente procurando aliviar su sufrimiento hasta el último instante de su vida, por cuanto el deber de cuidados importa no abandonar al paciente, infringiéndose deberes contractuales al no hacerlo y teniendo, además, presente que también en este caso es aplicable la regla general en materia de contratos que consulta el Código Civil, en su artículo 1546, que expresa: "Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no sólo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por la ley o la costumbre pertenecen a ella."

De lo precedentemente expuesto cabe concluir en primer término que el dolor y otros síntomas en los enfermos terminales debe ser siempre tratado, por cuanto el título de médico implica poseer conocimientos esenciales en esta materia, y en ese entendido la falta de un adecuado manejo del sufrimiento de un paciente terminal, por parte del médico, denota negligencia o cuando menos una ignorancia que no es dable excusar, por cuanto daña bienes jurídicos protegidos a nivel constitucional y sería fuente de responsabilidad civil y penal en los términos anteriormente señalados, debiendo tenerse presente que los atentados a la referida garantía constitucional pueden dar lugar a la interposición de recursos de protección.

Por otra parte, en este orden de consideraciones, sería necesario que los proyectos de ley que se debatan en el marco de la reforma al sector salud contengan normas tendientes a implementar eficazmente la

garantía constitucional que consagra el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona, específicamente en lo que atañe a enfermos terminales, en este sentido tal vez sería necesario que el ordenamiento jurídico contemplara el derecho a morir con dignidad o mas bien a que se respete la dignidad inherente a toda vida humana por el solo hecho de serlo hasta el momento de la muerte, sin confundirlo con eutanasia ni con encarnizamiento terapéutico, sino entendiéndolo como el derecho que asistiría a toda persona a que su vida se extinga naturalmente pero sin sufrimientos inútiles.

Finalmente, quiero citar las palabras de un médico español, Javier Marigorta, que expresan bastante bien mi sentir a este respecto: “El médico no puede reducir al paciente terminal a un mero sistema fisiopatológico desintegrado, Es eso, pero es mucho mas: es una persona. Su visión ha de integrar la imagen de sistema irreparable, con la del ser humano al que no puede abandonar y respetará y cuidará hasta el final. Ahí está la grandeza de la medicina paliativa: ver a un tiempo personas para seguir a su lado, y una biología naufragada para abstenerse de acciones fútiles. Reconocer la imposibilidad de curar es manifestación de humanidad, ética llena de solicitud y de esa humildad propia del científico riguroso”.

#### AUTONOMÍA DEL PACIENTE<sup>144</sup>

Constitución Política de la República de Chile

Artículo 1° : Los Hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

Artículo 19° : La Constitución asegura a todas las personas:

N° 1 : El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona.

N° 2 : La igualdad ante la ley.

Vías con las cuales el legislador materializa la norma constitucional:

I Artículo 2314:

El que ha cometido un delito o cuasidelito que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización; sin perjuicio de la pena que le impongan las leyes por el delito o cuasidelito.

II Artículo 1545:

Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales.

Artículo 1556:

La indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y el lucro cesante, ya provengan de no haberse cumplido la obligación, o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado el incumplimiento.

III Artículo 1460, 1461 y 1462:

Toda obligación debe tener por objeto una o más cosas que se tratan de dar, hacer no hacer, las cuales deben ser física y moralmente posibles. Hay un objeto ilícito en todo lo que contraviene al Derecho Público Chileno.

Vías con las cuales el legislador materializa la norma constitucional:

Código Civil:

I Artículo 2314

II Artículo 1545 - Artículo 1556

III Artículo 1460 – Artículo 1461 – Artículo 1462

Código Penal:

---

144 Sr. Juan Carlos Bello P. Abogado FALMED, VIII Jornada Evaluación Nacional PAD y CP, Iquique 2003.

- I Artículo 390 y ss. : Homicidio doloso.
- II Artículo 395 y ss. : Lesiones dolosas.
- III Artículo 490 y ss. : Homicidio y lesiones culposas.
- IV Artículo 494 y ss. : Faltas.

#### AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y OBRAR MÉDICO

“El delito es una acción u omisión, típica, antijurídica y culpable.”

El obrar médico material o físico que ha respetado las normas éticas, normas de la lex artis, importa un hacer o dejar de hacer, constitutivo en muchos casos, de la causa generadora de lesiones o de la muerte de un paciente.

Se sostiene por algunos tratadistas que tal acción:

No es típica, atendido la finalidad de la conducta.

Siendo típica, no es antijurídica, por cuanto existe una causal de justificación.

Causal de Justificación:

Son situaciones reconocidas por el derecho, en las que la ejecución de un hecho típico se encuentra permitida, o incluso, exigida y es, por consiguiente, lícita.

En el obrar u omitir médico conforme a la lex artis, causador de lesiones o de la muerte del paciente, no es delito, atendido a que existe:

- El consentimiento del interesado:

“Obra conforme a derecho quien ejecuta una acción típica con el consentimiento, expreso o tácito, del titular del interés protegido por la norma, en los casos en que dicho interés es susceptible de disposición.”

- Ejercicio legítimo de un derecho, autoridad, oficio o cargo.

A) Libre disponibilidad de la vida.

- Artículo 393 C.P.: “El que con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide, sufrirá las penas de presidio menor en sus grados medio a mínimo, si se efectúa la muerte.”

B) El hombre un sujeto libre – Derecho a la vida - Derecho al ejercicio libre de todos los cultos.

C) Extensión de la capacidad de los padres y guardadores respecto de los menores e incapaces.

- A) La vida no es bien jurídico disponible.
- B) La Ley da pautas generales, ver caso a caso. (Comites)
- C) La Ley evoluciona, aunque lentamente.
- D) La Ley se presume conocida por todos.

## A. DEFINICIONES OPERACIONALES

### CUIDADOS PALIATIVOS

El Comité Expertos en Cáncer y Cuidado Paliativo (1996, 1998) de la Organización Mundial de la Salud definió la asistencia en el final de la vida como el cuidado activo y total de pacientes cuya enfermedad no es sensible al tratamiento curativo, que procura alcanzar la calidad máxima la vida mediante el control del sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual del paciente y la familia.

### PACIENTE INCURABLE O TERMINAL

Paciente con diagnóstico confirmado de cáncer por evaluación oncológica en la unidad especializada. (Anexo 1), que aplicados los tratamientos estándares no responde y que por el contrario progresa. Es habitual considerarlo fuera de alcance terapéutico curativo.

### PACIENTE EN FASE AVANZADA /TERMINAL

Se considera a la última fase de la enfermedad, se acompaña de aumento gradual de la sintomatología, de performance status (PS) o estado general es 3 - 4, y el tiempo de sobrevida puede estimarse en algunas semanas o meses.

Para esta Norma Técnica, se focaliza en los enfermos con cáncer avanzado.

Utiliza como indicador, la evaluación de la intensidad del o los síntomas incluido el dolor (escalas estandarizadas), según la expresión del propio paciente.

### CUIDADOS PALIATIVOS

Conjunto de acciones organizadas para mejorar y mantener la calidad de vida del paciente con enfermedad avanzada/terminal, a través del control de la sintomatología que demande el paciente como prioritaria y a satisfacer las necesidades de la unidad paciente - familia, procurando una muerte digna y el apoyo durante el periodo de duelo. Para este objetivo se utilizan las escalas estandarizadas según edad.

Comprende el conjunto de acciones (médicas, de enfermería, psicológicas, sociales, espirituales, entre otras), que mejoran la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica, avanzada, progresiva (una vez aplicados los tratamientos estándares), incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo.

Estos cuidados tienen entre sus objetivos controlar los síntomas, y entender y aliviar el sufrimiento por el cual pasan indefectiblemente los pacientes, sus familias y su entorno afectivo, a los que llamaremos de aquí en adelante Unidad de Tratamiento.

Un adecuado abordaje de estas situaciones implica un enfoque interdisciplinario, en el cual además de las disciplinas mencionadas anteriormente, son importantes también farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos y otros agentes de salud.

Este concepto asistencial es aplicable a enfermos niños, adolescentes, adultos y ancianos.

### CALIDAD DE VIDA

Valoración subjetiva por parte del paciente de la satisfacción de sus aspiraciones con relación a las limitaciones impuestas por su enfermedad en los niveles emocional, físico, social y espiritual.

Según la Declaración sobre la atención médica al final de la vida de la Organización Médica Colegial de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos del 11 de enero del 2002, se presentan las siguientes definiciones:

Enfermedad incurable avanzada:

Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de autonomía y calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a mediano plazo.

Enfermedad terminal:

Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

Situación de agonía:

La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de duración de vida en horas o días.

**PACIENTE ESTABLE AL TRATAMIENTO SINTOMAS Y DEL DOLOR**

Conjunto de acciones tendientes a lograr un control oportuno de los síntomas incluido el dolor en los pacientes oncológicos, en cualquier fase evolutiva de la enfermedad. La respuesta objetiva corresponde a alivio de síntomas evaluado por EVA < (menor a) 5.

**PACIENTE INESTABLE AL TRATAMIENTO SINTOMAS Y DEL DOLOR**

Paciente que habiendo recibido todas las medidas habituales de tratamiento sólo consigue alivio / control transitorio (24 a 48 horas), también deben considerarse a aquellos que necesitan más de las dosis de rescate programadas en las 24 horas. Todos estos pacientes deben ser tratados en la Unidad de Alivio del Dolor del establecimiento de mayor complejidad (Ambulatoria). La respuesta objetiva corresponde a alivio de síntomas evaluado por EVA > (mayor a) 5.

**PACIENTE REFRACTARIO AL TRATAMIENTO SINTOMAS Y DEL DOLOR.**

Paciente de difícil manejo, que habiendo recibido el tratamiento estándar en la unidad de mayor complejidad ambulatoria, no consigue el control de los síntomas incluido el dolor y requiere de medidas de excepción.

La respuesta objetiva corresponde a alivio de síntomas evaluado por EVA > (mayor a) 6 por menos de 24 horas. Todos estos pacientes deben ser evaluados por el Comité de Cuidados Paliativos.

**COMITE DE CUIDADOS PALIATIVOS:**

Junta de especialistas: médico, enfermera, psicólogo, anestesta, internista, oncólogo, cirujano, radioterapeuta, A. Social u otros especialistas según corresponda. Evalúa, discute y plantea la intervención terapéutica. Esta decisión debe ser informada, conocida y aceptada por el enfermo y ante su imposibilidad, por la familia. La indicación de procedimientos complejos (anestesiológicos,) debe ser planteada al Comité de Cuidados Paliativos (la quimioterapia, radioterapia, cirugía paliativa y otros) debe ser planteada al Comité Oncológico, dado que la hormonoterapia, quimioterapia, radioterapia, cirugía oncológica debe ser indicada por el especialista sea oncólogo médico, cirujano oncólogo, radioterapeuta oncólogo, neucocirujano, u otro)

**GRUPO OBJETIVO**

***Paciente beneficiario de ambos sexos y cualquier edad con cáncer terminal/ avanzado que sufre múltiples y variados síntomas incluido el dolor, y su grupo familiar.***

**El foco de la atención y cuidados es la unidad paciente-familia**

**B. CRITERIOS DE INCLUSION DE LA POBLACION OBJETIVO**

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Toda persona con diagnóstico de cáncer en etapa avanzada o terminal.
- Derivación efectuada por especialista del nivel secundario a la Unidad de AD y CP.
- Aceptación escrita del enfermo (consentimiento informado) y en situación de interdicción, por su familia.

**OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer incurable / avanzado y su familia; a través del control de los síntomas molestos incluido el dolor, la educación para el autocuidado y el soporte psico-social.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Controlar los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales, incluido el dolor a los pacientes oncológicos incurables, especialmente en su fase avanzada/terminal.
- Continuar los cuidados a través de todos los niveles de atención en salud.
- Apoyar y educar a la familia durante toda la enfermedad y en el proceso de duelo.
- Extender los cuidados paliativos al domicilio del enfermo, coordinando con los niveles de atención en salud respectivos.
- Educación continua:
  - para el autocuidado al enfermo y su familia,
  - al equipo de salud y voluntarios
  - a los profesionales en formación.

La articulación del PAD y CP, se efectúa a través de las siguientes ESTRATEGIAS:

1. De organización global
2. De cobertura
3. De atención en salud
4. De educación y participación comunitaria.

### 1.- ESTRATEGIAS DE ORGANIZACION GLOBAL ( \* \* )

Objetivos operacionales:

- Respaldo de las autoridades locales:
  - Un equipo profesional encargado de la conducción global del programa, (el equipo básico, constituido por un médico, una enfermera y un químico farmacéutico capacitado en medicina paliativa), designado por resolución exenta.
  - Disponer de la planta física identificable para la atención digna y expedita de las personas.

Debe reunir algunas características:

Su ubicación debe situarse en el lugar de más fácil acceso a los pacientes y a su familia y ojalá, equidistante de los servicios clínicos y de apoyo.

PLANTA FISICA:

Debe constar al menos de	1 box de atención médica 1 box de atención de enfermería o bien multitarea 1 sala de procedimientos para la atención de pacientes con sillones reclinables 1 sala de espera servicios higiénicos y accesos acondicionados para la admisión de personas con bastones, o en camillas y sillas de ruedas.
--------------------------	--

Los boxes de atención y la sala de atención deben tener pisos y envolventes lavables, lavamanos, e iluminación natural y artificial, ventilación y temperatura controlable según la estación del año.

La sala de procedimientos debe reunir las condiciones de pisos y envolventes lavables, lavamanos acondicionado por codo o pedal, mesón de trabajo que permita separar áreas, camilla de procedimientos

articulada, aspiración central, oxígeno, estante para equipos, maquinarias e insumos con puertas. Los accesos deben permitir el tránsito de sillas de ruedas, camillas, y otros que ayudan en la ambulación de los pacientes.

Las otras características de la planta física se regirá por el reglamento de "Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo", contenidas en el Decreto Supremo N° 745 (1992).

En el desarrollo del trabajo, en la atención de los enfermos y en la eliminación de residuos biológicos y basura común, se regirá por las normas determinadas por el Comité de Infecciones Intrahospitalarias del establecimiento.

- Situar el programa en un contexto de humanización de la atención, en el cual el equipo de salud tratante asuma la responsabilidad de apoyar al paciente y su familia hasta su muerte.
- Formular y actualizar el diagnóstico de la situación local, considerando los indicadores contenidos en esta normativa.
- Elaborar una normativa local concordante con la nacional.
- Implementar el programa local por fases de desarrollo, priorizando en el paciente con enfermedad avanzada/terminal.
- Capacitar anualmente al equipo de salud de todos y cada uno de los niveles de atención, que conforman la red asistencial y reconocerlos como integrantes de su red intraservicio
- Organizar la atención de acuerdo a niveles de complejidad. ( \* )
- Proponer y coordinar los recursos necesarios para la implementación del programa a través de los tres niveles de atención /complejidad.
- Implementar el sistema de registros estandarizados en los distintos niveles que permita la coordinación, monitoreo y evaluación del programa local.

El registro fundamental es el libro de ingreso de pacientes al programa, ideal es contar con base de datos computacional.

Esta debe contener al menos: nombre completo, edad, diagnóstico, RUT, N° ficha, centro derivador, fecha de ingreso, EVA de síntomas y dolor al ingreso y egreso, fecha de muerte, traslado. Datos que se transformarán en los indicadores del programa.

( \* )

- NIVEL SECUNDARIO, Mediana Complejidad: Es la puerta de acceso de los enfermos con cáncer avanzado al PAD y CP. Está formado por especialistas que evalúan y tratan pacientes con cáncer avanzado, estarán capacitados para evaluar y tratar síntomas inestables de los pacientes oncológicos con enfermedad incurable, con medidas farmacológicas, no farmacológicas y apoyo psicosocial.  
En este nivel se ubica el equipo motor o en cargo de la gestión y liderazgo del PAD y CP a nivel del Servicio de Salud respectivo.
- NIVEL TERCIARIO, Alta Complejidad: formado por especialistas (multidisciplinario) que diagnostican y tratan los síntomas refractarios de pacientes con cáncer avanzados con medidas farmacológicas, no farmacológicas y apoyo psicosocial.  
A estos especialistas les corresponderá atender a pacientes refractarios a las medidas aplicadas en el Nivel Secundario, mediante métodos estándares o bien de excepción (Cirugía, RT, QT, Anestesiológicos y otros).  
Previo a la referencia del paciente al nivel terciario debe ser evaluado por el Comité de Cuidados Paliativos con la presencia de los especialistas necesarios.
- COMITÉ CUIDADOS PALIATIVOS: integrado por profesionales reunidos explícitamente para evaluar la situación integral del paciente y definir la intervención terapéutica de excepción, con la información, participación y consentimiento del paciente y de la familia.

- NIVEL PRIMARIO o Nivel de Establecimientos de Baja Complejidad (Consultorios, SAPUS, postas rurales, hospitales tipo 3 ó 4): formados por profesionales capacitados en AD y CP, cuyo establecimiento está reconocido por su propio Servicio de Salud, para otorgar la atención respectiva. Habitualmente se ubican aquí los pacientes con EVA 0 a 5. Ejecuta evaluación, mantención del tratamiento, educación y apoyo domiciliario a los pacientes oncológicos con enfermedad terminal referidos por NHMC.

REGISTRO:

En concordancia con los indicadores de estructura, proceso y resultado, utilizará los registros para su monitoreo:

- Registro de disponibilidad de analgésicos e insumos prioritarios en la red asistencial.
  - Registro de la satisfacción de las personas.
  - Registro de capacitación continua de los equipos de la red intraservicio, con énfasis en atención primaria.
  - Registro consolidado de la evaluación anual por cada Servicio de Salud.
- Se utilizan para el monitoreo y evaluación de los indicadores en el sector público,
- Utilizará siempre los registros estandarizados por GES.

Registro de actividad mensual, nivel de cada Servicio de Salud y respectivos establecimientos	
Indicador	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de ingresos x mes X } 100}{\text{Total de pacientes nuevos y antiguos por mes}}$
Indicador	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de ingresos según 10 principales diagnósticos x mes X } 100}{\text{Total de pacientes nuevos y antiguos por mes}}$
Indicador anual	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de ingresos según EVA edad dolor al ingreso X } 100}{\text{Total pacientes nuevos y antiguos por mes}}$
Indicador anual	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos según EVA edad dolor al egreso X } 100}{\text{Total pacientes nuevos y antiguos por mes}}$
Indicador anual	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de ingresos según Tipos de dolor al ingreso X } 100}{\text{Total pacientes nuevos y antiguos por mes}}$
Indicador anual	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de ingresos según 10 principales síntomas al ingreso X } 100}{\text{Total pacientes nuevos y antiguos por mes}}$
Indicador anual	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos según EVA edad síntomas al egreso X } 100}{\text{Total pacientes nuevos y antiguos por mes}}$
Indicador	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos x mes X } 100}{\text{Total de pacientes nuevos y antiguos por mes}}$
Indicador	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones domiciliarias x mes X } 100}{\text{Total de pacientes nuevos y antiguos por mes}}$
Indicador	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de atenciones domiciliarias x mes X } 100}{\text{Total de pacientes nuevos y antiguos que requieren atención domiciliaria por mes}}$
Indicador/APS	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de derivados a APS x mes x } 100}{\text{Total de pacientes nuevos y antiguos por mes}}$
Indicador Comité C. Paliativos	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de derivados a Comité Cuidados Paliativos x mes X } 100}{\text{Total de pacientes nuevos y antiguos por mes}}$
Indicador Adhesividad	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados al programa que permanecen activos (bajo control) hasta su fallecimiento x } 100}{\text{Total de pacientes ingresados al PAD y CP, del SSx y año x } 100}$

Registro de seguimiento, desde el ingreso hasta el fallecimiento. Red asistencial Intraservicio de salud	
Indicador anual	$\frac{= \text{N}^\circ \text{ analgésicos e insumos prioritarios, disponibles en la red asistencial} \times 100}{\text{Total de analgésicos e insumos prioritarios, programados para la red asistencial, según pacientes nuevos y antiguos por mes/año.}}$
Indicador anual	$\frac{= \text{N}^\circ \text{ de pacientes cuyo EVA dolor al egreso es } < 5, \text{ en la red asistencial.} \times 100}{\text{Total pacientes nuevos y antiguos con EVA de ingreso en la red asistencial.}}$
Indicador anual	$\frac{= \text{N}^\circ \text{ de pacientes cuyo EVA síntomas al egreso es } < 5, \text{ en la red asistencial} \times 100}{\text{Total pacientes nuevos y antiguos con EVA de síntomas al ingreso en la red asistencial.}}$
Indicador anual	$\frac{= \text{N}^\circ \text{ respuestas satisfactorias " satisfacción usuaria."} \times 100}{\text{Total de preguntas sobre satisfacción usuaria, pacientes nuevos y antiguos por rmes/año}}$
Indicador anual	$\frac{= \text{N}^\circ \text{ de equipos capacitados en la red intraservicio} \times 100}{\text{Total de los equipos de la red intraservicio a capacitar}}$
Indicador anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de consolidados de evaluación anual por cada Servicio de Salud} \times 100}{\text{Total de consolidados de evaluación anual por cada Servicio de Salud.}}$

(\* \*) Estas estrategias de organización global, son los criterios básicos para la acreditación del programa de AD y CP, en los establecimientos del respectivo Servicio de Salud.

## 2.- ESTRATEGIAS DE COBERTURA

Objetivos Operacionales:

- Atender a todos los pacientes beneficiarios, de cualquier edad y de ambos sexos con cáncer incurable, derivados por el especialista a la Unidad de PAD y CP, ubicada en el nivel de mayor complejidad ambulatoria.

Esta meta siempre estará relacionada con la mortalidad por Tumores malignos, población que previo a su deceso debiera ser la población blanco de este Programa. Se considera que del total de defunciones por tumores malignos, cerca de un 10% fallece por causas agudas y no necesariamente por cáncer avanzado.

Si la cobertura se plantea en un establecimiento del sector público deberá tener presente el porcentaje de beneficiarios. Sin embargo, considere que dado que el mayor porcentaje de población del PAD y CP se ubica en el grupo de adultos mayores (mayores de 65 años), lo cierto es que si considera que éstos ascienden al 80%, será correcto.

### **Cálculo de cobertura:**

- 1.- *N° de fallecidos por tumores malignos del Servicio de Salud xxx, último año disponible.*
- 2.- *Multiplicar cifra anterior por el 80%.*

### 3.- ESTRATEGIAS DE ATENCION DE SALUD

Considera los objetivos operacionales de:

- a. Acceso
- b. Oportunidad
- c. Disponibilidad de analgésicos e insumos prioritarios en toda la red asistencial
- d. Educación para el autocuidado

Dado que Alivio del Dolor por Cáncer avanzado y Cuidados Paliativos ingresó al Sistema AUGE en calidad de piloto el año 2003 y oficialmente en 2005, es indispensable revisar : Resolución Exenta N° 58, de fecha 30 de enero 2006 del Ministerio de Salud, aprueba Normas Técnico Médico y Administrativas para el cumplimiento de las Garantías de la Ley N° 19.966. (www.minsal.cl)

#### ▪ ACCESO

El enfermo con cáncer avanzado ingresa desde el nivel de mayor complejidad (Nivel terciario de atención). En consecuencia debe portar una interconsulta del especialista, quien hace un resumen actualizado de la historia clínica acompaña copia de la biopsia y resultados de últimos exámenes e imágenes.

Todo paciente será derivado con evaluación: EVA si es adulto o bien FLACC o Caritas si es menor de 15 años y en consecuencia deberá traer tratamiento para el control de síntomas incluido el dolor.

Es de alta relevancia tener a la vista el consentimiento informado donde el especialista del nivel terciario de atención ha informado al paciente y la familia de su condición y de las causas de la derivación.

#### ▪ OPORTUNIDAD

El dolor y los síntomas de la enfermedad avanzada es una urgencia, por tanto al enfermo que se le ha derivado a la Unidad de Cuidados Paliativos no debe esperar. Debe ser evaluado por el médico de la Unidad PAD y CP, ubicada en el nivel secundario de atención. La evaluación de la intensidad de los síntomas no puede ser obviada en ningún control. Se hará siempre previo a su tratamiento.

La educación para el autocuidado debe efectuarse el mismo día del ingreso a la Unidad PAD y CP.

#### ▪ DISPONIBILIDAD DE ANALGESICOS E INSUMOS PRIORITARIOS

El equipo de la Unidad PAD y CP (nivel secundario de atención), es el gestor del programa a nivel local. De igual modo lo es el encargado del PAD y CP a nivel del respectivo establecimiento de salud. Deberá cautelar que los medicamentos e insumos estén disponibles en calidad cantidad y oportunidad para los pacientes. Debe incluir el arsenal terapéutico contenido en cada protocolo del PAD y CP.

#### ▪ EDUCACION PARA EL AUTOCUIDADO

Desde el momento del ingreso el paciente según su edad y condición junto a su familiar o bien cuidador, deben recibir para el autocuidado.

La educación siempre deberá estar por escrito y deberá ser puntual a la necesidad presente del paciente.

Coordinar con la red de apoyo que incluya: al paciente, su familia y la comunidad cercana. Tenga presente los medios y distancia entre el domicilio del paciente, los recursos comunitarios existentes y la coordinación con el establecimiento de salud.

**( \* ) Constituyen criterios básicos para acreditar el Programa de AD y CP, en el respectivo servicio y establecimiento.**

## C. ACTIVIDADES BASICAS

### 1.- ACTIVIDADES BASICAS EN EL NIVEL DE ATENCION PRIMARIA

- Control, evaluación y tratamiento (pacientes con síntomas / dolor leve a moderado).
- Control y mantención del tratamiento en pacientes con dolor y otros síntomas que han sido estabilizados y derivados por el nivel secundario.
- Tratar a pacientes con efectos secundarios por el avanzado estado de la enfermedad y a las terapias utilizadas para el alivio del dolor y otros síntomas.
- Educar para el autocuidado al paciente, familia y grupos de voluntarios.
- Visita domiciliaria a los pacientes con enfermedad incurable, postrados.
- Organización de tarjetero de atención domiciliaria y bajo control.
- Mantención de arsenal terapéutico suficiente para el alivio del dolor y control de otros síntomas.
- Coordinación continua con el nivel secundario de atención (consultas telefónicas, vía fax, correo electrónico), ante tratamiento de pacientes especiales ubicados a este nivel.
- Coordinación continua con el hogar del paciente.
- Continuar los cuidados en el domicilio del paciente, asistiendo y apoyando a la familia durante todo el proceso, incluida la muerte y el duelo.

#### CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD ESPECIALIZADA:

- Todo paciente inestable al tratamiento estándar o por la aparición de otra sintomatología relevante (previo deberá contactarse telefónicamente para evitar traslados innecesarios).

Equipo responsable nivel primario: enfermera, médico general, asistente social, técnico paramédico de enfermería, psicólogo, matrona.

Equipo de Apoyo: voluntariado.

### 2.- ACTIVIDADES BASICAS EN EL NIVEL DE ATENCION SECUNDARIO

(CDT, Policlínicos Adosados de Especialidades, U. de Patología Mamaria y Cervical, CRS)

- Ingreso de pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado, derivados por el especialista.
- Reconoce el estado evolutivo del paciente oncológico.
- Evalúa, previene y trata el dolor oncológico y otros síntomas, de acuerdo las escalas establecidas (la valoración personal del paciente).
- Controla y estabiliza la sintomatología del paciente.
- Deriva a nivel primario de atención a aquellos pacientes con sintomatología estable, para atención ambulatoria / domiciliaria.
- Deriva a nivel terciario a aquellos pacientes refractarios al tratamiento y que requieran de infraestructura especializada.
- Solicita la formación del Comité de Cuidados Paliativos, para la evaluación de pacientes refractarios y situaciones especiales. Presenta en caso clínico de él o los pacientes.
- Visita domiciliaria a pacientes con enfermedad oncológica terminal, postrados que requieren de cuidados especiales de enfermera.
- Organiza el tarjetero de pacientes para seguimiento, derivación y ejecución de bajo control.
- Colabora en la actualización de la Situación del Servicio de Salud respectivo con el coordinador PAD y CP del Servicio de Salud.
- Estudia el arsenal terapéutico del Servicio de Salud en conjunto con el comité de farmacia. Efectúa la programación anual, basado en el arsenal terapéutico nacional.

- Actualiza la red asistencial intraservicio de salud con el coordinador PAD y CP del Servicio de Salud.
- Implementa la oportuna y completa dispensación de fármacos e insumos en toda la red asistencial intraservicio con el coordinador PAD y CP del Servicio de Salud.
- Implementa la capacitación continua de la red asistencial con base a la normativa central con el coordinador PAD y CP del Servicio de Salud encargado/a de capacitación.
- Monitorea y evalúa el cumplimiento de la red asistencial.
- Evalúa el programa local con el coordinador PAD y CP del Servicio de Salud.
- Colabora con el coordinador PAD y CP del Servicio de Salud en la elaboración del consolidado anual.
- Dirige la jornada local de evaluación anual.
- Educar para el autocuidado al paciente, familia y grupos de voluntarios.
- Asesorar, capacitar y supervisar al nivel primario.

Equipo responsable en el Nivel secundario de Atención: médico/s especialista/s o subespecialista/s, enfermeras, químicos farmacéuticos, técnicos paramédicos de enfermería y otros; oncología, hematología, medicina interna, gastroenterología, cirugía; y otros que diagnostican y tratan pacientes con cáncer; capacitados en Cuidados paliativos.

Equipo de apoyo: terapeuta ocupacional, asistente social, kinesiólogo, psicólogo, psiquiatra, matrona, voluntariado.

### 3.- ACTIVIDADES BASICAS EN EL NIVEL HOSPITALARIO DE ALTA COMPLEJIDAD

(Unidades de radioterapia, quimioterapia, cirugía, anestesia, unidades o servicios de oncología)

Servicios de hospitalización cerrada.

- Evaluación, control y seguimiento de los pacientes con dolor y otros síntomas refractarios.
- Presentación del caso clínico al comité
- Proposición del plan terapéutico. (Anestesiológicos, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, otros)
- Consentimiento informado
- Ejecución del plan terapéutico. Procedimiento complejo.
- Derivación de pacientes estabilizados al nivel de menor complejidad.
- Información al paciente / familia..
- Asesoría, capacitación y supervisión a los otros niveles de atención.

Equipo responsable: médicos especialistas y enfermeras especializadas de las diferentes unidades.

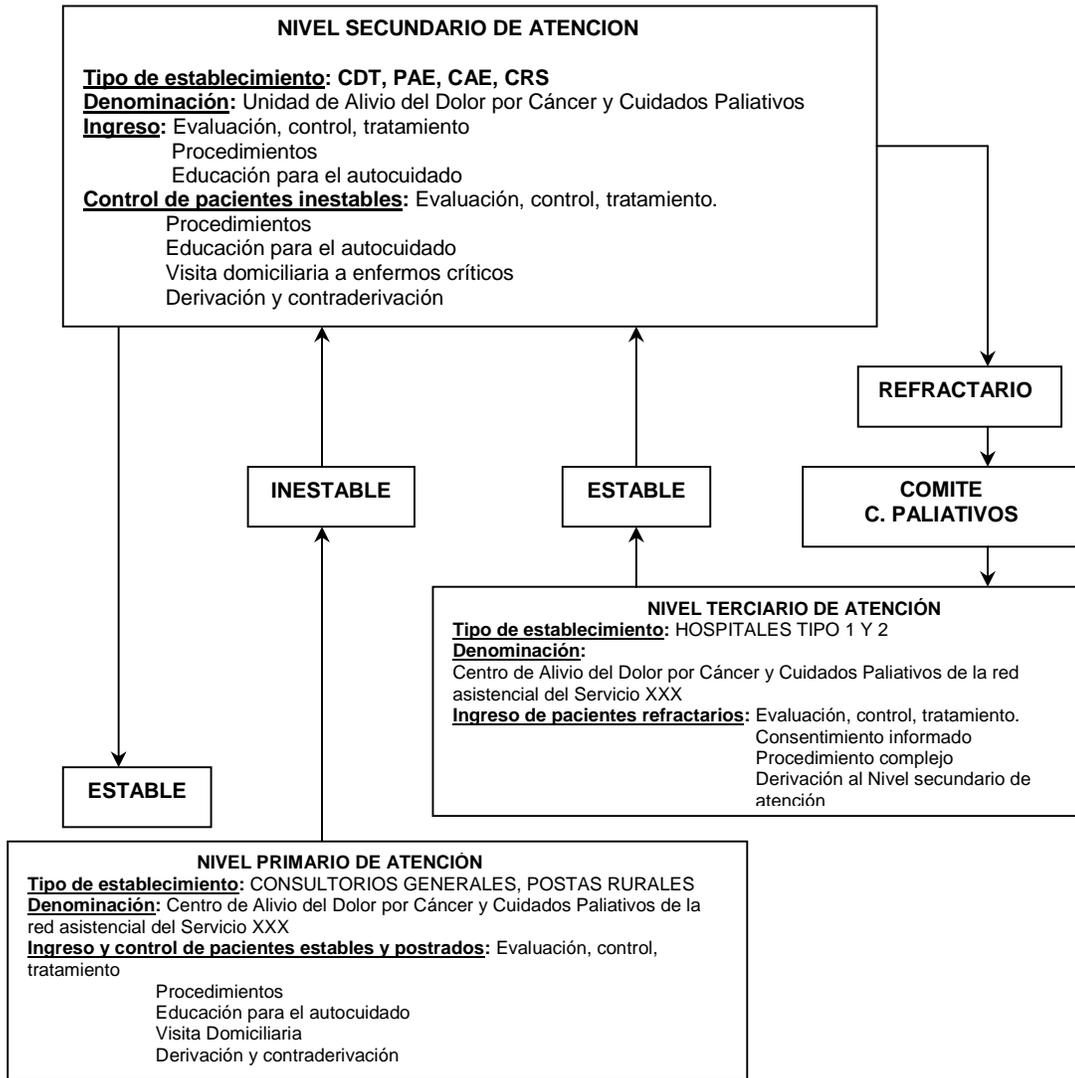
Para la derivación al nivel terciario es requisito indispensable la opinión del Comité de Cuidados Paliativos

### ACTIVIDADES COMUNES A TODOS LOS NIVELES

En concordancia con los recursos locales disponibles:

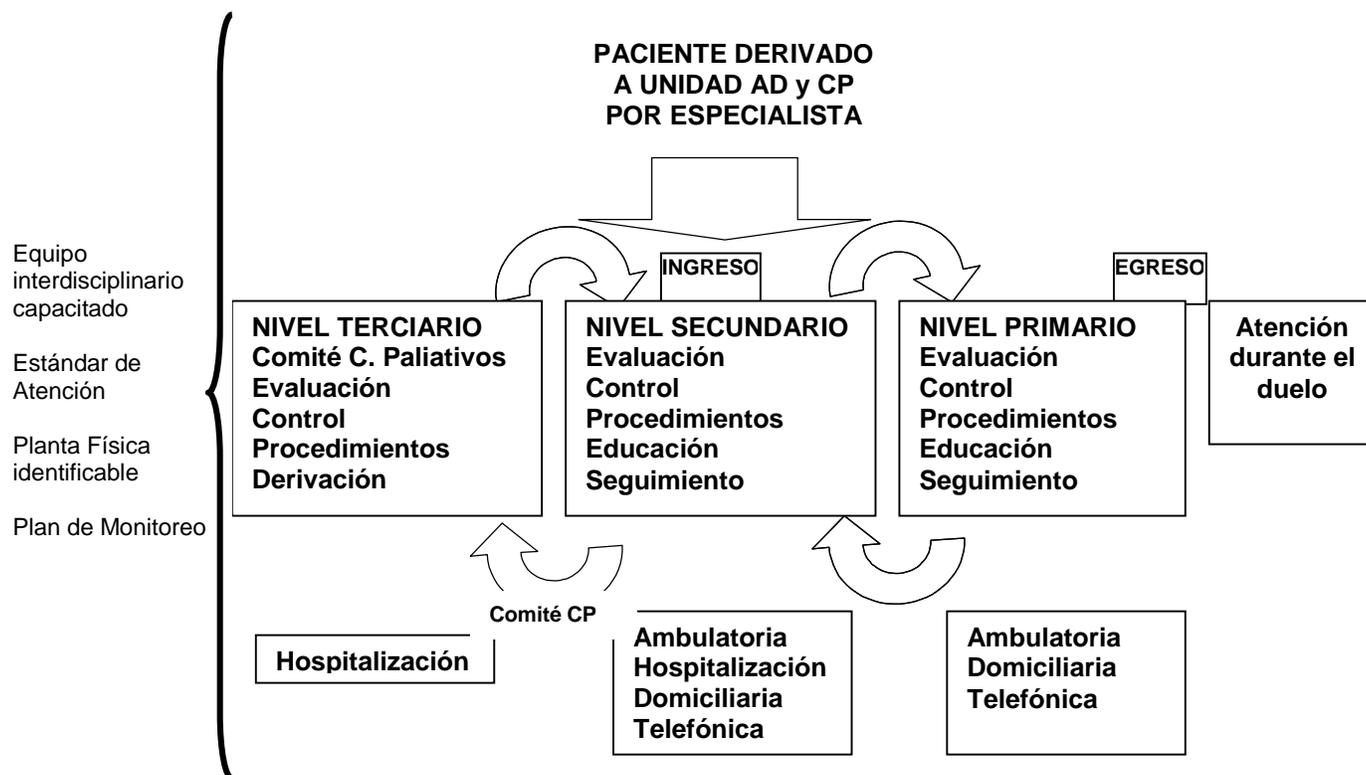
- Capacitar al paciente y su familia en el autocuidado domiciliario.
- Apoyo psicosocial a la unidad paciente - familia - equipo tratante, que facilite la comunicación entre sus componentes.
- Disponer de stock adecuado de opioides, otros fármacos e insumos prioritarios para el alivio del dolor y el control de otros síntomas, (formar botiquín y carro de urgencia cuando sea necesario) así como el control y registro de su consumo.
- Registro, seguimiento y evaluación de los pacientes ingresados al programa.
- Establecer los registros necesarios para la sistematización de la información y estadísticas, tendientes a la monitoreo y evaluación del programa.

FLUJOGRAMA DE ATENCION



Según corresponda, el paciente y su familia recibirán el conjunto de atenciones en uno de los tres niveles de atención en salud (diagrama inferior). Servirá de orientación y guía para los equipos de salud de atención primaria, secundaria y terciaria.

## COMPONENTES DEL PROCESO DE ATENCION



## ACTIVIDADES AL INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS EN CANCER TERMINAL

- PRIMERA CONSULTA
  1. Historia personal detallada (de los síntomas, del dolor y del cáncer), indispensable en evaluación inicial.
  2. Examen físico.
  3. Evaluación psicosocial (del paciente y su familia).
  4. Evaluación de los síndromes dolorosos comunes por cáncer.
  5. Características del dolor: Localización, irradiación, frecuencia, duración e intervalos; calidad, severidad, factores que lo agravan, factores de alivio, consecuencias en actividad, reposo, sueño, humor, relaciones interpersonales y terapia analgésica previa.
  6. Aplicación de las pautas de evaluación según edad para los síntomas, incluido el dolor.

Escalas de Evaluación del Dolor y otros síntomas según edad.

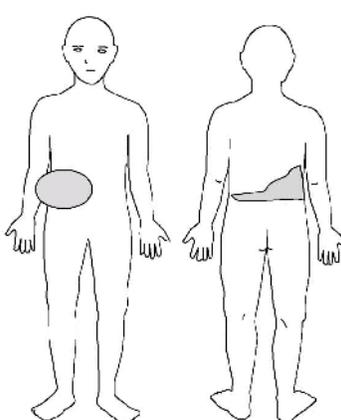
EDAD	TIPO DE ESCALA	NOMBRE
0 - 3	Comportamiento	FLACC
3 - 5	Auto evaluación	FLACC
5 - 13	Auto evaluación	Escala Facial
> 13	Auto evaluación	Escala Visual Análoga, EVA

7. Educación para el auto-cuidado al paciente y su familia.

8. Registro en la ficha clínica del paciente.

Siempre al momento del ingreso y traslado del enfermo a otro nivel de atención, debe explicitarse la evaluación según EVA de los síntomas, incluido el dolor.

Al ingreso puede utilizar este esquema para su guía.

Fecha dd/mm/aa	Nº biopsia que comprueba el cáncer	Ps	Peso(k)	Pulso	Pr Art	Respiración	Derivado desde		
EVA ingreso	Características del dolor	Marque en el esquema corporal el sitio de localización del dolor con una X			Achure en el esquema corporal el sitio de irradiación del dolor				
Esquema corporal 		Frecuencia en 24 horas			1 vez	2 a 4	5 y más		
		Duración en horas			Pocos minutos	1 hora	< 1 hora		
		El dolor impide la actividad diaria			Nada	Regular	Mucho		
		El dolor impide el reposo			Nada	Regular	Mucho		
		El dolor impide el sueño			Nada	Regular	Mucho		
		El dolor cambia su humor			Nada	Regular	Mucho		
		El dolor altera su relación familiar			Nada	Regular	Mucho		
		El dolor altera su relación con los demás			Nada	Regular	Mucho		
		Factores que aumentan su dolor							
		¿Ha recibido tratamiento para el dolor? ¿Cuál? ¿En qué dosis?							
Tipo de síntomas y EVA		náuseas <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> somnolencia <input type="checkbox"/> insomnio <input type="checkbox"/> sequedad de mucosas <input type="checkbox"/> fatiga <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> anorexia <input type="checkbox"/> depresión respiratoria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
¿Cuál es su mayor preocupación?									
¿Cómo cree usted que podemos ayudarle?									
¿Cuál es su mayor molestia?									
¿Cómo siente la atención recibida?									

Todos, el paciente con su familiar o cuidador, deben recibir educación para el auto-cuidado. Esta actividad puede ser ejecutada por el médico, la enfermera y si corresponde, por el técnico paramédico de enfermería.

- a) El paciente y sus familiares serán informados sobre la mantención de un registro personal diario del control de sus molestias (auto-monitoreo) y de la posibilidad de comunicarse telefónicamente a la unidad.
- b) Esta comunicación deberá efectuarse a las 24 horas de iniciado el tratamiento, para controlar el nivel de alivio alcanzado.
- c) Si el paciente debe recibir tratamiento vía oral y por otras vías, en esta primera consulta recibir educación al respecto.
- d) Dependiendo de la información telefónica o del reporte diario de los familiares, se citará para 7 a 10 días a control médico.

▪ SEGUNDA CONSULTA

Será efectuada siempre por el médico, quien reevaluará al paciente y, de acuerdo a la evaluación y al grado de control del dolor y de los síntomas molestos, lo calificará de:

- a) Estable (control del dolor y síntomas molestos): con indicación de derivación al nivel Primario de atención.
- b) Inestable: con indicación de permanecer en nivel secundario de atención.

ACTIVIDADES PARA EL TRASLADO DEL ENFERMO AL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION

En este nivel se recibe al paciente en condición estable; ésto significa que tiene controlado su dolor y también todos los síntomas molestos.

El traslado del paciente debe ser informado al establecimiento de referencia por diferentes vías (fax-teléfono-correo electrónico).

Acordar cual de los niveles hará entrega de los medicamentos a insumos.

El consultorio de atención debe corresponder al más cercano al domicilio del paciente.

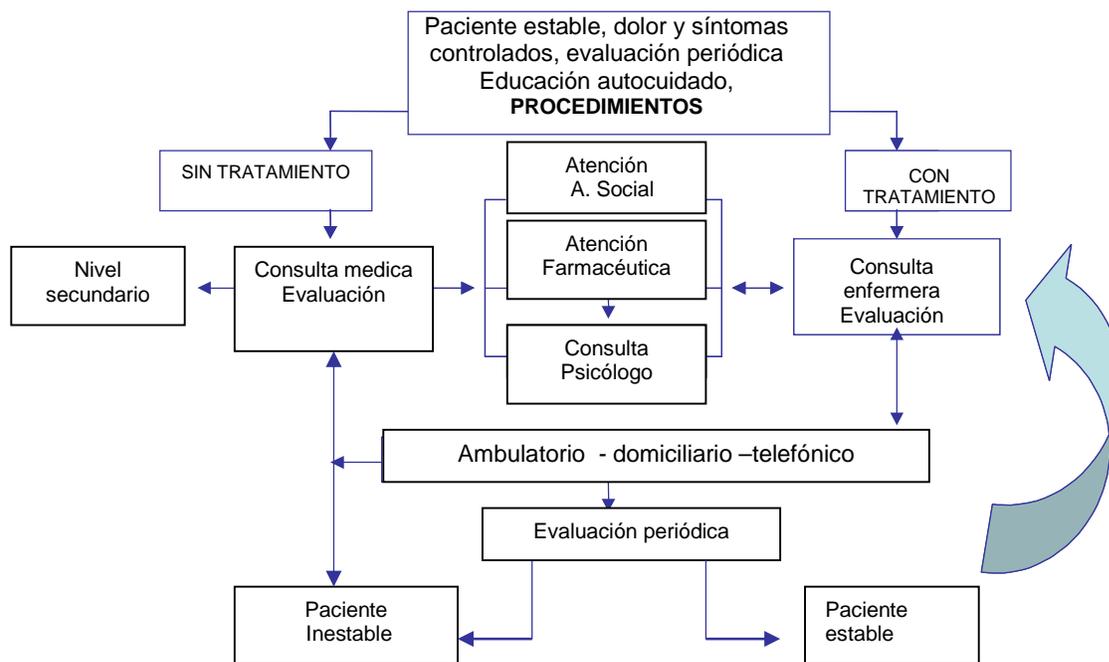
La atención puede efectuarse en forma ambulatoria o en domicilio, si el paciente se encuentra en condición postrada.

- En el nivel primario de atención se ejecutan las actividades de:
- Control, examen clínico ambulatorio.
  - Control, examen clínico en domicilio.

Ambos incluyen:

- i. Evaluación (escalas) de intensidad de síntomas incluido el dolor.
- ii. Prescripción de Tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- iii. Procedimientos, si es pertinente.
- iv. Educación para el autocuidado, debe efectuarse siempre.
- v. Seguimiento, sea por vía telefónica, por comunicación del familiar a cargo de su cuidado o bien por visita domiciliaria si fuese necesario.

### ALGORITMO DE ATENCION PRIMARIA



La atención del paciente en el consultorio deberá ocurrir en no más de 5 días de efectuada la coordinación entre niveles de atención.

Si se trata de paciente postrado, el nivel primario deberá completar una lista de cotejo sobre las condiciones del hogar. Conocida las circunstancias del hogar, se procederá al traslado del paciente al hogar. La familia actuará como nexo y será ella quien concurra al consultorio.

De acuerdo a nuestros actuales resultados<sup>5</sup>, hasta un 50% de los pacientes ingresados al Programa, son derivados al Nivel Primario de Atención; este porcentaje aumenta en regiones.

Especial énfasis en este nivel, es el desarrollo y consolidación de la red de apoyo social y espiritual, para que actúen solidariamente en el apoyo de la familia y del enfermo.

Si, durante el curso de los controles efectuados en este nivel, el paciente recibe la evaluación de inestable, deberá ser evaluado por el psicólogo de Atención Primaria. Si el paciente en esta situación está postrado en domicilio, la familia actuará como nexo y será ella quien concurra al nivel secundario.

<sup>5</sup> VIII Jornada Nacional de Evaluación Programa Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, 2003

## ACTIVIDADES PARA LA ATENCION DEL ENFERMO AL NIVEL SECUNDARIO DE ATENCION

En este nivel de atención permanecen los pacientes inestables, sea en forma ambulatoria, o bien postrados en domicilio. Según los resultados de la última evaluación del Programa Nacional (año 2004), entre el 50 al 65% de los pacientes se pueden ubicar en este nivel.

El paciente es evaluado en forma alterna por el médico y enfermera. El especialista, puede indicar el tratamiento estándar o bien rotación de opioides. Las actividades básicas de este nivel corresponden a:

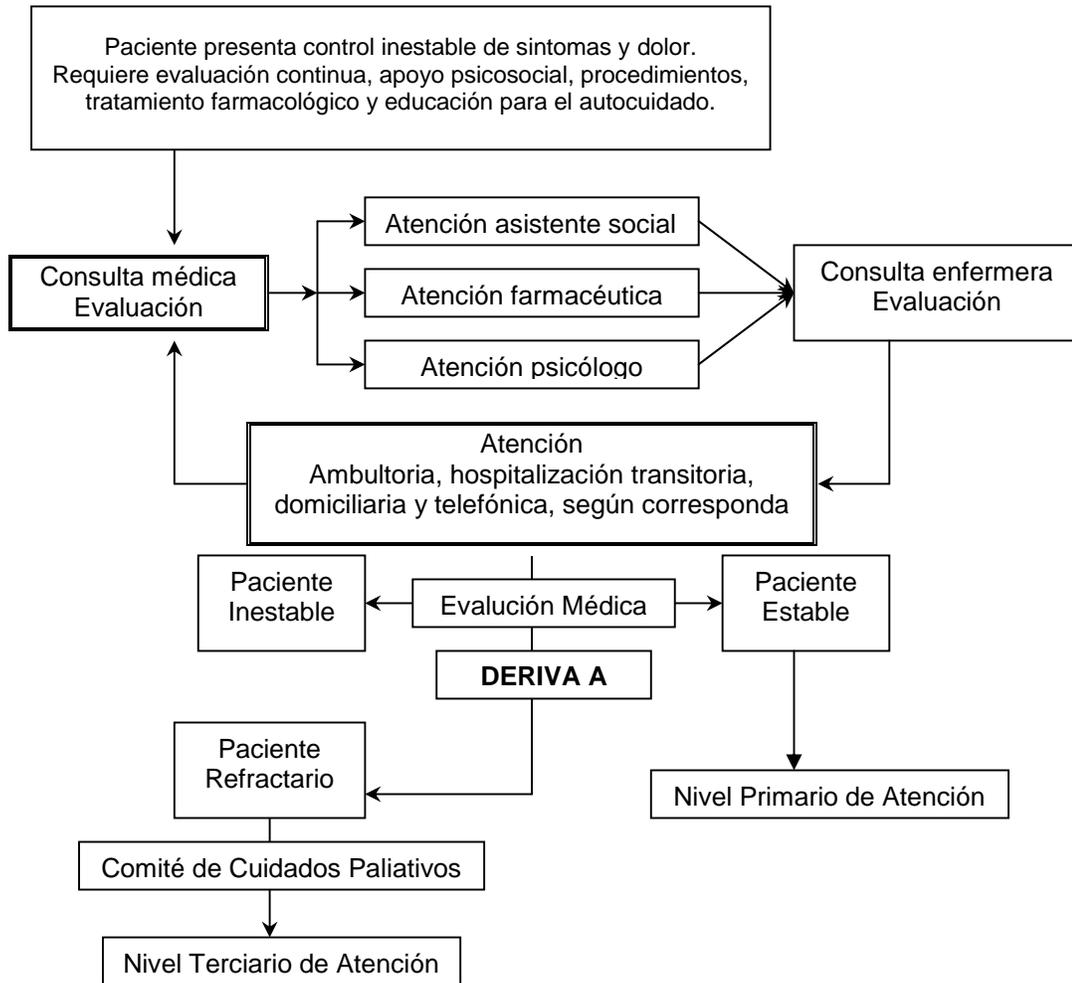
- Historia Clínica.
- Examen Físico.
- Hospitalización transitoria, para la ejecución de procedimientos: transfusión sanguínea, curaciones, hidrataciones, instalación y cambio de sondas.
- Exámenes básicos de laboratorio (sólo si son necesarias)
- Imágenes (sólo si son necesarias)
- Consulta con otros profesionales, muy en particular psicólogo.
- Educación para el autocuidado (paciente y familia)
- Seguimiento.

Puede ser necesaria la ejecución de cuidados domiciliarios por los profesionales de este nivel de atención, cuando éstos sobrepasan el nivel de competencia de los profesionales del nivel primario de atención.

Es probable que, dada la evaluación de los síntomas y el dolor, sea necesario ajustar el esquema terapéutico, cambiar la vía de administración o enfatizar el control psicosocial.

En este continuo, el paciente puede estabilizarse, lo que ocurre entre el 67% al 70% del total de personas inestables (75 %). Si es estable, será derivado nuevamente al nivel primario de atención.

**ALGORITMO NIVEL SECUNDARIO**



De no ser así, entre un 1 a un 3% de los enfermos serán calificados como refractarios al tratamiento habitual (por múltiples síntomas y aumento del dolor), según los protocolos oficiales y deberá solicitar, mediante una interconsulta y además por vía teléfono, fax o correo electrónico, comunicación con el Nivel Terciario de Atención, para presentar al paciente al Comité de Cuidados Paliativos.

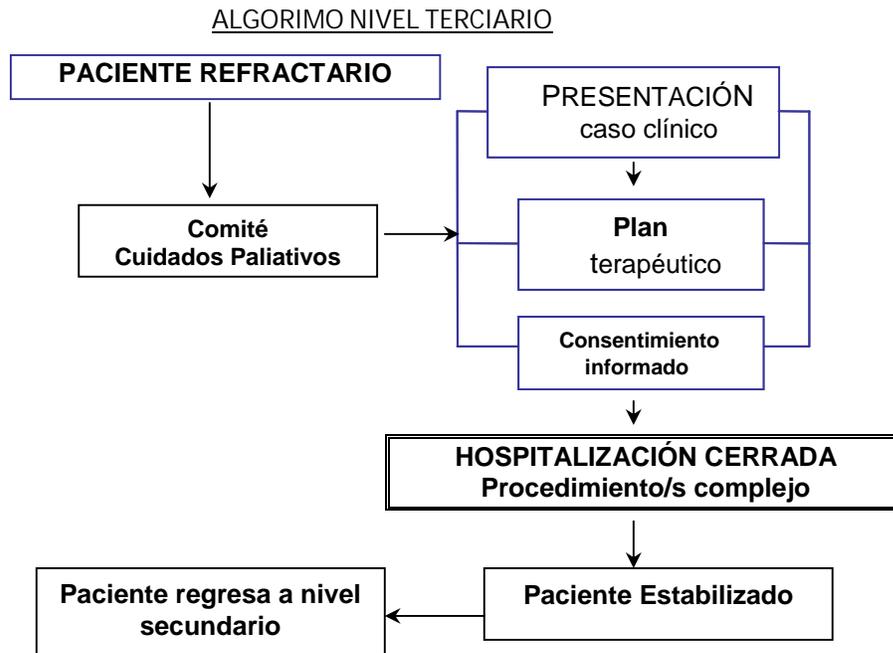
**ACTIVIDADES RECOMENDADAS PARA EL TRASLADO DEL ENFERMO AL NIVEL TERCIARIO DE ATENCION**

- Junta médica – Comité
- Historia Clínica
- Examen Físico
- Procedimientos de enfermería
- Exámenes básicos de Laboratorio, sólo si es indispensable
- Exámenes Imagenológicos
- Procedimiento complejo (instalación de catéter, alcoholización, neurolisis)
- Rotación de Opioides
- Hospitalización cerrada

La derivación del paciente con dolor refractario, al nivel terciario de atención, deberá ocurrir en no más de 72 horas.

El especialista de la unidad de alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos, presentará en Comité de Cuidados Paliativos, el caso clínico y, en conjunto con los especialistas de este nivel, se decidirá el plan terapéutico.

Todas las actividades contempladas en este nivel poseen indicadores centinelas de proceso y son monitorizadas mensualmente por el Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.



Lo habitual es que el paciente requiera de hospitalización cerrada durante algunos días en cama integral de Medicina, Cirugía o especialidades. El procedimiento complejo corresponde a la actividad básica de este nivel. Una vez estabilizado, el paciente será referido al nivel secundario de origen.

Todas las actividades contempladas en los tres niveles de atención, poseen indicadores centinelas de proceso y son monitorizadas mensualmente por el Programa Nacional de alivio del dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos.

#### CRITERIOS DE CIERRE DE CASOS POR INASISTENCIA

- Inasistencia o falta de adhesividad al tratamiento.(tres citaciones al domicilio del paciente-familia) en los 120 días posteriores al ingreso al Programa

#### CRITERIOS DE EGRESO DEL PROGRAMA

- Fallecimiento
- Rechazo definitivo del tratamiento por el paciente, si está inhabilitado, por la familia, registro en ficha clínica
- Solicitud de traslado a otro sistema de atención por el paciente, si está inhabilitado, por la familia, registro en ficha clínica.
- Abandono del tratamiento por el paciente y familia que sobrepasa el criterio de cierre de caso por inasistencia, registro en ficha clínica.

## STANDARES DE CUIDADOS PALIATIVOS

### I. CRITERIOS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Toda persona en tratamiento tendrá evaluado: el performance estatus, intensidad de los síntomas, dolor caracterizado. Aspectos que deberán consignarse: al ingreso, en cada control, visita domiciliaria<sup>145</sup> y hasta el momento de su egreso.

- Performance estatus actual comparación con anterior.
- EVA (según edad) actual y comparación con anterior del dolor.
- EVA (según edad) actual y comparación con anterior de los síntomas.
- Tipo de dolor y comparación con anterior
- Tipo de síntomas y comparación con anterior
- Satisfacción del usuario(adulto/niño y familia)

Al momento de su egreso, al menos el 70 % de las personas presentarán un EVA (dolor y de síntomas) menor a 5.<sup>146</sup>

### EVA INGRESO/EVA EGRESO

Toda persona en cada control habrá recibido el tratamiento de síntomas incluido el dolor, según evaluación EVA actual.

- Los tratamiento se harán según protocolos contenidos en esta Norma General Técnica N° 32.
- Esta actividad se habrá registrado en los registros indicados.En toda persona con tratamiento para el dolor por cáncer se le habrá prevenido / tratado los síntomas secundarios del tratamiento analgésico, según lo señalado en Norma General Técnica N° 32. Toda persona con oxigenoterapia habrá recibido la visita domiciliaria por un componente del equipo de salud, ya sea de nivel primario o secundario de atención.<sup>147</sup>

La derivación al nivel terciario de atención se hará a través de la decisión del Comité de cuidados Paliativos.

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cada Unidad de Cuidados Paliativos, de todo nivel de atención, deberá evaluar la satisfacción de la persona enferma y la familia / acompañante, al menos 4 veces al año de al menos el 5% de las personas activas en el Programa. Cada Unidad de Cuidados Paliativos, deberá evaluar los indicadores de calidad del programa, que será consolidada a través del Coordinador de Programa a nivel de cada Servicio de Salud. Esta constituirá a su vez la evaluación Nacional. Producto de ella se evacuará el informe técnico anual que será distribuido por conducto regular.

### CRITERIOS DE EGRESO

Se hará según lo señalado en la Norma General Técnica N° 32.

<sup>145</sup> Registro en evolución clínica de cada persona ingresada en tratamiento. Resetas identificadas por paciente

<sup>146</sup> Monitoreo compromiso de gestión 2003 y 2004. Registro estandarizado de monitoreo mensual PAD y CP.

<sup>147</sup> Registro monitoreo mensual PAD y CP, REM adulto y adulto mayor en APS Consolidado evaluación anual. Pauta evaluación Anual PAD y CP.

## ANEXOS

¿Cómo definir TERMINAL?, ¿Se refiere a las últimas horas, días, semanas o incluso meses de vida? La ambigüedad de la frase "paciente terminal" es obvia e implica dificultades para usarla. El concepto "terminal" lleva implícita la idea de que todo está terminado, y que no hay tiempo u oportunidad para hacer más, y que cualquier iniciativa de tratamiento activo está injustificada.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), define la enfermedad terminal como una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades o con escasas posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, donde concurren numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que produce gran impacto emocional en la persona, en la familia y en el equipo terapéutico. Está muy relacionado con la presencia, explícita o no, de muerte y con un pronóstico de vida limitado. En el cáncer se cumplen estas características, que también pueden estar presentes, en mayor o menor medida, en las etapas finales de SIDA, insuficiencias orgánicas específicas (renal, cardíaca, hepática, pulmonar,...)<sup>(9,11)</sup>.

Entre algunos autores, Gómez Batiste define la situación de enfermedad terminal como aquella en la que existe una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, con impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y el equipo, con pronóstico de vida limitado, por causa de cáncer, SIDA, enfermedades crónicas evolutivas discapacitantes, y otras enfermedades y condiciones crónicas relacionadas con la edad avanzada<sup>(12)</sup>.

Astudillo, define el anciano terminal como el enfermo que padece un proceso agudo o crónico que le sumerge en una situación crítica y le conduce a la muerte en un plazo de 3-6 meses. Este período se caracteriza por una progresiva incapacidad para recuperar la salud y responder a la rehabilitación y terapéutica. La situación concreta de incurable no siempre está dada por la naturaleza de la enfermedad causal, sino por el tipo, grado y curso de las alteraciones concomitantes y por la actitud que el paciente adopta ante ellas, aunque puede también deberse a complicaciones inesperadas de la terapéutica<sup>(13)</sup>.

Otros autores amplían el concepto de paciente terminal geriátrico a aquellos ancianos que, sin tener una patología previa conocida, presentan un deterioro funcional progresivo con indicadores objetivos que orientan hacia la proximidad de la muerte<sup>(3)</sup>.

Basándose en los datos anteriores se han establecido algunos Criterios de Terminalidad<sup>(3)</sup>:

1. Diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de respuesta al tratamiento específico.
3. Pronóstico de vida en torno a un año, otros señalan que es inferior a 6 meses.
4. Numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.
5. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico.

En la enfermedad oncológica, los criterios recién mencionados para calificarla como Enfermedad Terminal parecen estar claros, sin embargo es necesario lograr consenso entre los indicadores clínicos y los éticos. El factor pronóstico probablemente suscitará dudas en el momento de incluir a una persona en esta situación, no existe un periodo standard para todas las patologías como ocurre en el tratamiento de personas con cáncer, en el que las evidencias de tratamientos que no logran supervivencias de 1 año o más como subsidiarias también de atención paliativa<sup>(14)</sup>.

Antes de pasar, por tanto, a revisar cuáles serían los factores pronósticos a considerar en el paciente anciano, es importante conocer un término más que puede prestarse fácilmente a confusión, la atención centrada en los últimos meses, semanas o días de vida<sup>(12)</sup>.

En ésta, la persona enferma presentará las características que definen la Situación Últimos Días (S.U.D.)<sup>(15,16)</sup>:

1. Deterioro del estado físico y neurológico, con debilidad intensa, que lleva al encamamiento permanente, disminución del nivel de conciencia, síndrome confusional frecuente y dificultades para la comunicación.
2. Dificultad en la ingesta de alimentos y medicación por la debilidad o alteración del nivel de conciencia.
3. Síntomas físicos y psicoemocionales variables e intensos, según las características de la enfermedad y el control de síntomas previo.

#### FACTORES PRONOSTICOS EN EL PACIENTE NO ONCOLOGICO <sup>(7)</sup>

No existe factor alguno que por sí mismo sea determinante del pronóstico en un paciente no oncológico con enfermedades crónicas, debiendo considerar los propios para cada proceso de base (enfermedad avanzada de 1 ó más órganos, demencia, ACV...), junto a otros factores generales reconocidos como influyentes en el curso de la enfermedad.

Los principales parámetros a considerar son:

- a. CAPACIDAD FUNCIONAL.
- b. MORTALIDAD.
- c. LUGAR DE RESIDENCIA.
- d. EDAD: Por la mayor fragilidad y comorbilidad que conlleva.
- e. ESTADO GENERAL DE SALUD: Por la presencia de enfermedades crónicas asociadas.
- f. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: En aquellas enfermedades que suponen deterioro irreversible del paciente desde su diagnóstico.
- g. TIEMPO DE DISCAPACIDAD: A mayor tiempo menor probabilidad de que ésta sea reversible.
- h. DÉFICIT SENSORIALES: Por sí mismos o relacionados con la enfermedad de base.
- i. ESTADO NUTRICIONAL: Influirá en la capacidad de recuperación funcional y en la mortalidad, favoreciendo las úlceras sin posibilidad de recuperación, las infecciones intercurrentes entre otros; considerar:
  - Hipoalbuminemia.
  - Hipocolesterolemia.
  - Disminución del perímetro braquial.
- j. DETERIORO COGNITIVO: Repercute directamente en la capacidad de rehabilitación y mayor riesgo de hospitalización.
- k. DEPRESIÓN: Favorece un mal cumplimiento del tratamiento y dificulta la rehabilitación.
- l. SOPORTE SOCIAL Y FAMILIAR: Si falla favorece la institucionalización del paciente, dificultándose la recuperación funcional y se relaciona directamente con la mortalidad.

Los primeros tres se interrelacionan, pues la capacidad funcional tiene poder predictivo sobre la mortalidad y sobre el lugar de residencia (domicilio o institución) y éste indica mal pronóstico por su relación con la discapacidad.

Junto a ellos, numerosos estudios han intentado demostrar la influencia de otros factores, sin que ninguno de ellos haya resultado definitivo por sí mismo a la hora de delimitar un tiempo de supervivencia pero sin lugar a dudas son de gran valor como predictores de mal pronóstico.

## CONCLUSION

Si bien parece claro que los Cuidados Paliativos deben extenderse también a los pacientes geriátricos y no oncológicos con enfermedades crónicas no malignas, se debía desarrollar investigaciones para aplicar los Criterios de Terminalidad antes expuestos para todos los enfermos con enfermedad avanzada.

Un estudio multicentrico estratificado, rasdomizado favorecerá la claridad de conceptos y la proposición de estandar.

Esto tal vez ayude a facilitar el acceso oportuno a muchas personas que requieren de cuidados paliativos. Evitará también el sufrimiento y desgaste de la familia, al equipo de salud y optimizará los recursos y la calidad de ellos.

Esta propuesta representa un desafío a los equipos especializados de Cuidados Paliativos, que deben incluir especialidades independientes (Geriatría, Neurología, Cardiología, Neumología y otros).

## BIBLIOGRAFIA

1. Astudillo W, Mendinueta C. Bases para mejorar la comunicación con el Enfermo Terminal. En: Astudillo W. Ed. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Navarra: EUNSA, 1995, 42-52.
2. Latimer EJ. Euthanasia: A physician reflection. *J Pain Symptom Manage*, 1991; 6: 487-91.
3. Serrano F, Avellana JA, Barrero C, Mareque M, Gómez M, Pérez A. Control de síntomas en pacientes neoplásicos terminales atendidos por una unidad geriátrica de ayuda a domicilio. *Medicina Paliativa* 1999. (6)3:99-103.
4. Feliú J., Rodríguez J.R., González Barón M. El cáncer en el anciano. En: González Barón M., Ordóñez A., García de Paredes M.L., Feliú J., Zamora P. *Oncología clínica*, Vol. 1. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 1.992. Pág. 602 - 615.
5. Mercadé V.M., Saigi E. Enfermedad cancerosa en el anciano. En: Salgado A, Guillén F. *Manual de Geriatría*. Barcelona: SALVAT, 1990. Pág. 395 - 407.
6. Causas de defunción según causa de muerte. Estadísticas del movimiento natural de la población 1991. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
7. Navarro R, Botella JJ. Cuidados Paliativos en enfermedades avanzadas de un órgano. En: Gómez M. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Ed. ARAN. Madrid 1.999. Pág.: 221-231
8. Sanz J, Gómez-Batiste X, Gómez M, Núñez JM. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo: Guías y Manuales. 1.993. Pág. 11.
9. Sanz OJ, Gómez Batiste AX, Gómez SM, Núñez OJ. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid: Guías y Manuales, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
10. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Asistencia a la familia ante una muerte esperada. *Rev Med Univ Nav* 1992;37(3):41-44.
11. Sanz J, Gómez-Batiste X, Gómez M, Núñez JM. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo: Guías y Manuales. 1.993. Pág. 10.
12. Gómez-Batiste, X.; Planas Domingo, J.; Roca Casas, J.; Viladiu Quemada, P. *Cuidados Paliativos en Oncología*. Ed. JIMS, ISBN:84-7092-426-5. 1.996. Pág.1 - 3.
13. Astudillo W, Mendinueta C. Los cuidados paliativos en los ancianos. En: Astudillo W., Mendinueta C., Astudillo E. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Ed. EUNSA, 1.995. Pág.: 341 - 347.
14. Doyle D. Care of the dying. En: Brocklehurst J.C., Tallis R.C., Fillit H.M. *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Ed. Churchill Livingstone. 1.992. Pág.: 1055 - 1061.
15. Lozano A, Borrell R, Alburquerque E, Novellas A. Cuidados en la situación de agonía. En: Gómez-Batiste, X.; Planas Domingo, J.; Roca Casas, J.; Viladiu Quemada, P. *Cuidados Paliativos en Oncología*. Ed. JIMS, ISBN:84-7092-426-5. 1.996. Pág.237 - 248.
16. Twycross R.G., Lichter I. The terminal phase. En: Doyle D., Hanks G.W.C., Macdonald N. *Oxford textbook of palliative medicine*. Ed. Oxford University Press 1.993. Pág.: 649 - 661. Porta J, Palomar C, Nabal M y Naudí C. Última semana de vida en un hospital general. *Med Pal* (2)2, 2º Trimestre, 1995:34-43.

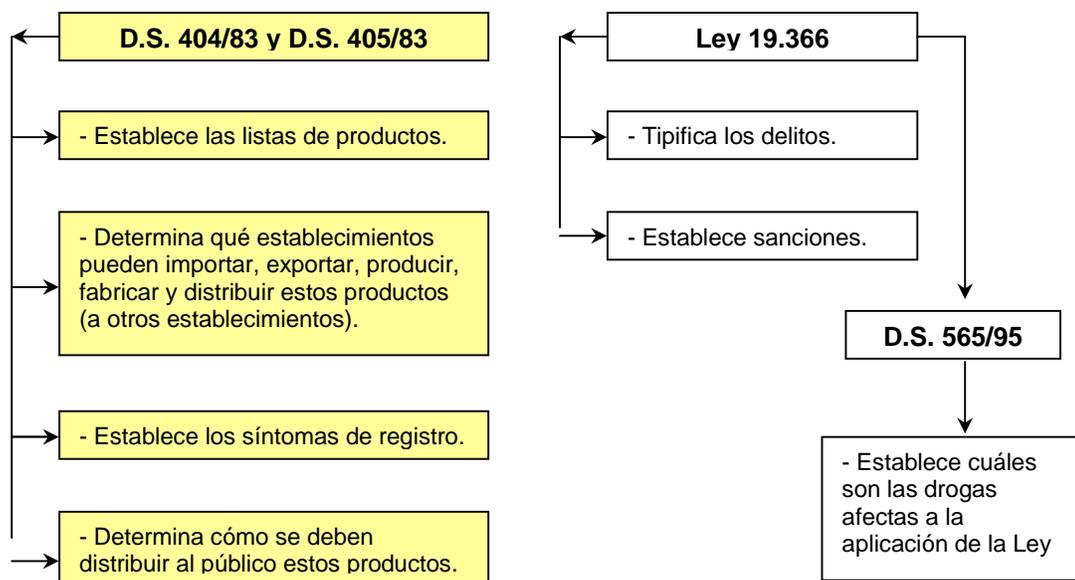
## RED DE DISTRIBUCION DE OPIOIDES

### ¿POR QUE SE DEBEN CONTROLAR LOS ESTUPEFACIENTES PSICOTROPICOS?

1. Convención Unica de Estupefacientes, firmada en Nueva York el 30 de Marzo de 1961, ratificada en Chile por Decreto N° 35 del Ministerio de Relaciones Exteriores, publicado en el Diario Oficial del 16 de mayo de 1968 (Convención de 1961).
2. Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes, adoptada en Ginebra, con fecha 25 de Marzo de 1972, ratificado en Chile por Decreto N° 1261 del Ministerio de Relaciones Exteriores (Convención de 1961 en su forma enmendada).
3. Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas suscrito en Viena, el 21 de febrero de 1971, promulgado en Chile por Decreto N° 570 del Ministerio de Relaciones Exteriores del 12 de agosto de 1976 (Convenio de 1971).
4. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, suscrito en Viena el 20 de diciembre de 1988, promulgada por Decreto N° 543 del Ministerio de Relaciones Exteriores del 31 de mayo de 1990, publicado en el Diario Oficial de 20 de agosto de 1990.

### ¿QUE SIGNIFICADO TUVO LA FIRMA DE ESTOS CONVENIOS INTERNACIONALES?

1. Decreto N° 404 del Ministerio de Salud de 2 de noviembre de 1983 que Aprueba el Reglamento de Estupefacientes, publicado en el Diario Oficial del 20 de febrero de 1984 (D.S. 404/83)
2. Decreto N° 405 del Ministerio de Salud de 2 de noviembre de 1983 que Aprueba el Reglamento de Psicotrópicos, publicado en el Diario Oficial de 20 de febrero de 1984 (D.S. 405/83)
3. Ley N° 19.366 que Sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, publicada en el Diario Oficial de 18 de octubre de 1995.
4. Decreto N° 565 del Ministerio de Justicia de 09 de junio de 1995, que Aprueba el Reglamento de la Ley N° 19.366 que Sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, publicado en el Diario oficial de 26 de enero de 1996 (D.S. 565/95)



## SISTEMA DE DISTRIBUCION DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS (Sólo Productos de uso Humano)

EL sistema de distribución de Estupefacientes y Psicotrópicos se inicia desde 2 Proveedores intra y extrasistema: Laboratorios de producción química farmacéutica y Droguerías. Hacia el Intrasistema, directamente a la CENABAST y hacia el extrasistema a Entidades Privadas y Universidades.

En el Intrasistema, la CENABAST, distribuye al Jefe de la Sección Farmacia y Prótesis si tiene Químico Farmacéutico y al Director del Hospital si no tiene Químico Farmacéutico de las Farmacias de todos los Hospitales del Estado y al Químico Farmacéutico de la Unidad de Farmacia o al Director del Consultorio, con V°B° de la Dirección del Servicio de Salud (si no hay Q.F.), de todos los Consultorios, dependientes del Servicio de Salud o Municipalizados, según la clasificación de dependencia administrativa. Y además, a las Direcciones de los Servicios de Salud y a los Departamentos de Salud Municipalizados.

A su vez, en el Extrasistema, desde los laboratorios y las droguerías llega al Director Técnico de la Farmacia Privada, al Químico Farmacéutico y Director de los Hospitales y Clínicas Privadas, y a los Profesionales del Área de Salud de las Instituciones y Establecimientos Universitarios (siendo éstos adquirientes autorizados por D.S. 404/83 y D.S. 405/83).

### A. REDISTRIBUCION DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS EN EL INTRASISTEMA

(Sólo para establecimientos que se encuentran bajo la jurisdicción de un mismo Servicio de Salud)

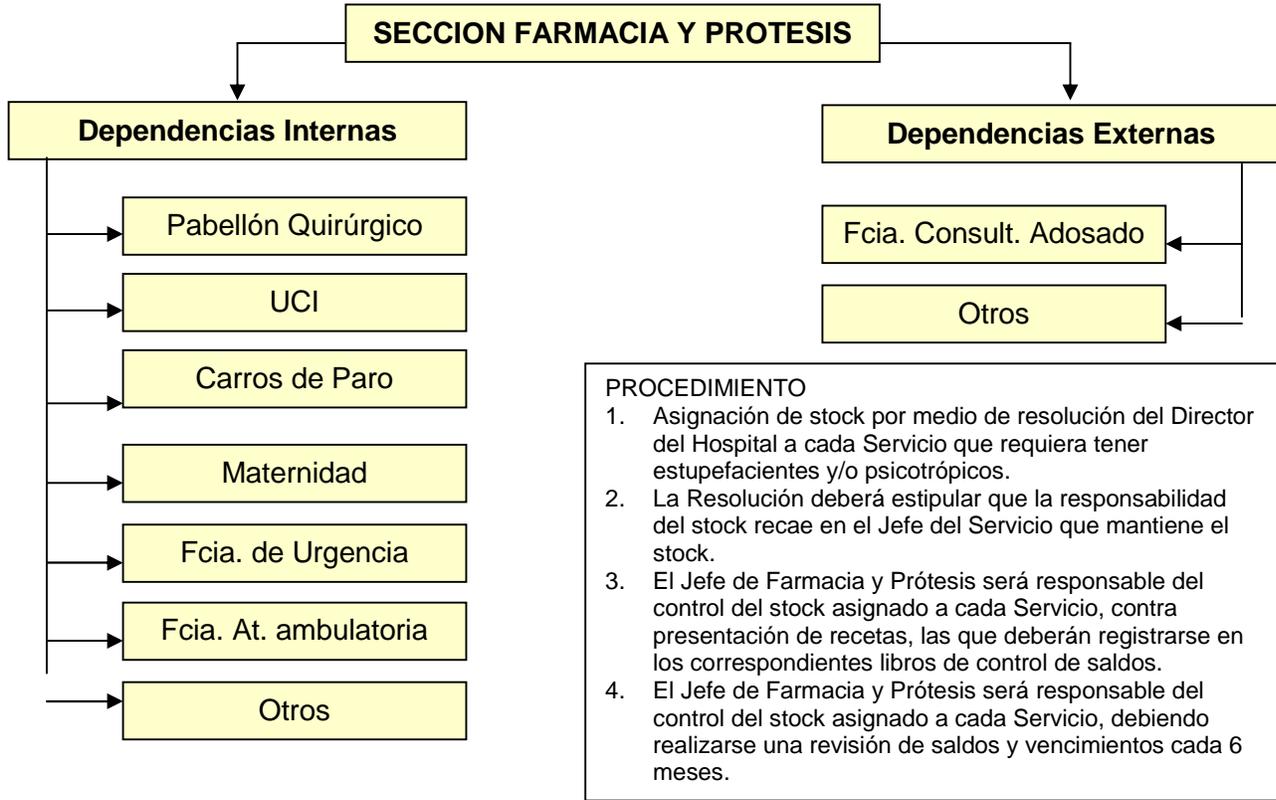
#### EFFECTUADA POR HOSPITALES

1. Al interior de Hospitales Públicos.
2. Desde Hospitales Públicos, hacia dependencias externas de salud bajo su administración.
3. Entre Hospitales Públicos
4. Entre Hospitales Públicos y Consultorios dependientes del Servicio de Salud (o viceversa)

#### EFFECTUADA POR CONSULTORIOS

5. Entre Consultorios dependientes del mismo Servicio de Salud.
6. Entre Consultorios dependientes del Servicio de Salud y Consultorios Municipalizados.
7. Desde Direcciones de Servicios de Salud que efectúan la adquisición hacia Consultorios dependientes.
8. Desde Departamentos o Áreas de Salud Municipal que efectúan la adquisición hacia Consultorios Municipalizados.
9. Desde Consultorios hacia dependencias externas de salud bajo su administración.

**B. REDISTRIBUCION DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS EN HOSPITALES DEL INTRASISTEMA**



**C. REDISTRIBUCION DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS ENTRE ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS**



**PROCEDIMIENTO**

1. Director del Establecimiento B solicita por medio de Oficio Ordinario al Director del Establecimiento A la transferencia del Protocolo X, indicando cantidad.
2. Director del establecimiento A acepta efectuar la transferencia, respondiéndole por medio de Oficio Ordinario.
3. Director del Establecimiento B solicita autorización de transferencia al Director del Servicio de Salud, adjuntando copia de los dos Oficios Ordinarios de solicitud de transferencia y aceptación del mismo.
4. Director del Servicio de Salud firma Resolución de autorización de transferencia del Protocolo X.

5. Cada Jefe de Farmacia ingresa el respectivo movimiento del producto X en el Libro de control de saldos correspondientes, señalando el número de la Resolución que lo autorizó.

NOTAS:

1. Los documentos deben ser preparados por cada Jefe de Farmacia para la firma del Director del establecimiento. Por su parte. Asesoría de Farmacia del Servicio de Salud prepare la Resolución para la firma del Director del Servicio de Salud y da las instrucciones sobre este procedimiento a cada Jefe de Farmacia.
2. Este es un procedimiento para situaciones de excepción, por ejemplo, cuando un establecimiento queda desabastecido de un producto de estupefaciente o psicotrópico o bien, requiera traspasarlo a un establecimiento con mayor consumo a fin de evitar su extirpación por vencimiento.

D. REDISTRIBUCION DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS

- A. DESDE DIRECCIONES DE SALUD HACIA SUS CONSULTORIOS DEPENDIENTES
- B. DESDE DEPARTAMENTOS O AREAS DE SALUD MUNICIPAL, SOLO SI CUENTAN CON QUIMICO FARMACEUTICO, HACIA SUS CONSULTORIOS DEPENDIENTES.

PROCEDIMIENTO

Existen dos situaciones a considerar para realizar la adquisición:

1. Direcciones de Salud y Departamentos o Areas de Salud que no cuentan con bodega de medicamentos. El Químico Farmacéutico de la Dirección de Salud o del Departamento de Salud, debe realizar una solicitud de adquisición para cada uno de los Consultorios que a la entidad le corresponda proveer. El pago de la compra lo efectuará, ya sea, la Dirección del Servicio de Salud o el Departamento o Area de Salud, según corresponda.
2. Direcciones de Salud y Departamento o Areas de Salud que cuentan con bodega de medicamentos. Las Direcciones de Salud y Departamentos o Areas de Salud Municipal podrán realizar la adquisición de productos sometidos a control legal por intermedio de su Químico Farmacéutico, a nombre de la entidad en que trabaja (Dirección del Servicio de Salud o del Departamento o Area de Salud Municipal), para luego redistribuirlos hacia los Consultorios bajo su dependencia, mediante guía de traspaso autorizada por el Servicio de Salud, debiendo hacerse cargo del control de existencias de estos productos en la bodega.

NOTA:

La Norma 8 de la Norma General Técnica N° 12, facultada a las Direcciones de Servicios de Salud y a los Departamentos o Areas de Salud Municipal, que cuenten con Químico Farmacéutico, para que adquieran productos sometidos a control legal. El destino de estos productos corresponde a la farmacia de los Consultorios de su dependencia para ser despachados a los pacientes a quienes se les prescriba.

## E. REDISTRIBUCION DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS DESDE CONSULTORIOS HACIA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD BAJO SU DEPENDENCIA

### ASPECTOS GENERALES

1. El responsable del control de existencias de productos sometidos a control legal es el Químico Farmacéutico del establecimiento o su Director en aquellos casos en que no exista Químico Farmacéutico.
2. Todo egreso de productos sometidos a control legal debe ser respaldado por alguno de los siguientes documentos: recetas despachadas, Resolución del Director del Servicio de Salud en que autoriza la transferencia de algún producto hacia otro establecimiento o Resolución del Director del Servicio de Salud en que da de baja los productos que se encuentren vencidos.

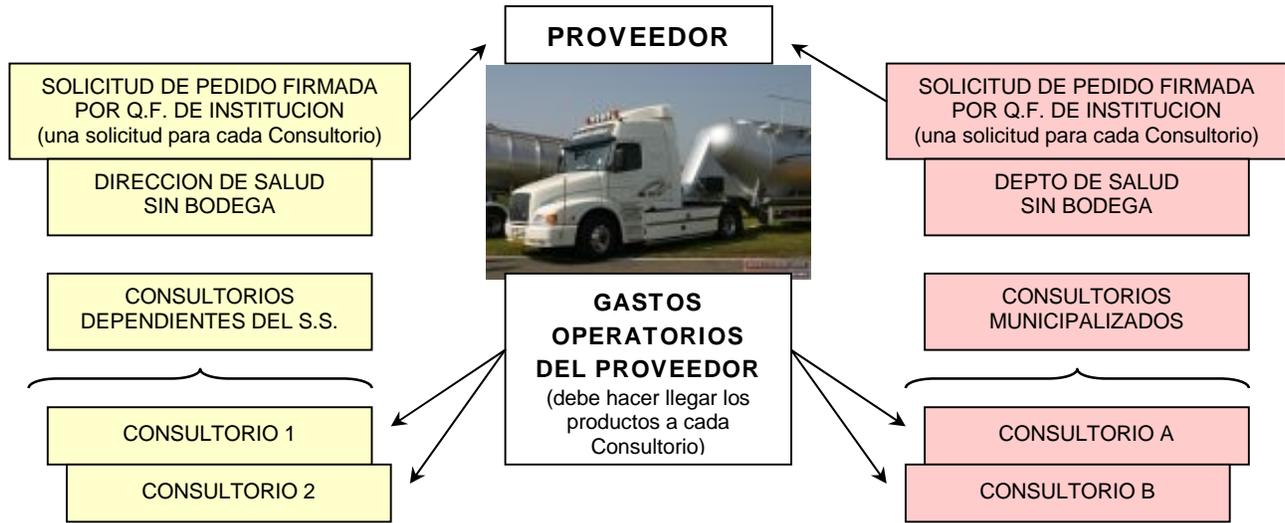
### PROCEDIMIENTO PARA RONDAS MEDICAS

1. El Director del Consultorio podrá asignar un stock de medicamentos sometidos a control para ser usados en las rondas médicas. El responsable de este stock será el médico a cargo de la ronda médica.
2. El stock de productos estupefacientes y/o psicotrópicos asignado para cada ronda médica deberá almacenarse en un receptáculo con llave. La preparación del stock deberá hacerse en la farmacia del Consultorio.
3. El receptáculo deberá indicar la cantidad de cada uno de los productos estupefacientes o psicotrópicos que contenga, debiendo existir una copia de ella en la farmacia del Consultorio, firmada por el Director del Consultorio y por el médico a cargo de la ronda médica. Tendrán llave del receptáculo: a) el auxiliar de farmacia y b) el médico que efectuará la ronda médica.
4. En la farmacia del Consultorio se deberá tener preparado oportunamente el receptáculo antes de cada ronda médica, debiendo reponer por receta los medicamentos prescritos durante cada ronda. Terminada la ronda médica el receptáculo deberá quedar guardado en la Farmacia del Consultorio o su bodega.
5. Las recetas se deberán rebajar de los libros de control de saldos que posee la farmacia del Consultorio.
6. El auxiliar de farmacia deberá dar aviso al Director del Consultorio en cuanto detecte que la reposición de recetas no da como resultado el stock asignado inicialmente y que se encuentra anotado en el receptáculo.
7. La recepción y entrega del receptáculo deberá realizarse en la farmacia del Consultorio.

#### NOTA:

Las Postas de Salud Rural no están autorizadas para tener en stock productos sometidos a control legal.

FLUJOGRAMA DE LA ADQUISICION DE PRODUCTOS SUJETOS A CONTROL LEGAL EN DIRECCIONES DE SALUD Y DEPARTAMENTOS O AREAS DE SALUD MUNICIPAL



**VENTAJA:** La distribución la efectúa el proveedor por lo que el Q.F. de la institución, no necesita emplear el tiempo de su jornada en redistribuir los productos, confeccionar las correspondientes guías de traspaso para cada consultorio, realizar registros de movimiento de estos productos en libros de control de saldos ni hacer uso de vehículos fiscales o municipales en la gestión de redistribución.

FLUJOGRAMA DE LA ADQUISICION DE PRODUCTOS SUJETOS A CONTROL LEGAL EN DIRECCIONES DE SALUD Y DEPARTAMENTOS O AREAS DE SALUD MUNICIPAL



**DESVENTAJA:** La distribución la efectúa el Q.F. de la institución que originó el pedido, debiendo destinar sus horas profesionales a recepcionar mercadería, implementar y mantener el sistema de registro de ingresos, egresos y saldos en los libros de control de estupefacientes y psicotrópicos. Los gastos operacionales de la redistribución de estos fármacos y los costos de mantención de bodega recaen en el Servicio de Salud o Municipal, en vez del proveedor. El Q.F. ve limitadas sus posibilidades, por falta de tiempo, para asesorar o supervisar a las Farmacias de Consultorios.

**SEGUNDA CUMBRE GLOBAL DE ASOCIACIONES NACIONALES  
DE CUIDADO PALIATIVO Y DE HOSPICIO (CPyH).  
LA DECLARACION DE COREA SOBRE CUIDADO PALIATIVO Y DE HOSPICIO.  
MARZO 2005.**

**EL PROBLEMA**

En el mundo cada año mueren más de 52 millones de personas, incluyendo adultos, jóvenes y niños. Aproximadamente, una de cada diez muertes es debida al cáncer. Más de 40 millones de personas, incluyendo más de 29 millones de africanos, están infectados con HIV/SIDA y viven con la enfermedad. El número de individuos con otras enfermedades crónicas de pronóstico letal también aumenta.

Todas estas personas necesitarán cuidado paliativo y de hospicio (CPyH) en el futuro próximo. Es imprescindible que todos los gobiernos financien y desarrollen planes de acción que garanticen en todo el mundo el proceso continuo de prevención, tratamiento y CPyH.

70% de los pacientes con cáncer avanzado tiene dolor, y 70% - 90% de los que cursan estadios avanzados de SIDA, tiene el dolor incontrolable.

En la mayoría de los países en desarrollo la mayoría de los diagnósticos de cáncer se realizan después que la enfermedad es incurable.

Debido al estigma del diagnóstico de HIV/SIDA, muchos pacientes no aprovechan los programas de asistencia y apoyo (si están disponibles), hasta las etapas finales. El acceso y la disponibilidad limitados tienen como resultado también el diagnóstico en estadios avanzado y ningún tratamiento. El sufrimiento sin control en estas situaciones es inaceptable e innecesario.

El acceso a profesionales entrenados en CPyH, a voluntarios y a otros cuidadores informales a través de las infraestructuras de asistencia sanitaria es un problema mundial. El acceso al control del dolor y de otros síntomas es también un problema en los países desarrollados y en desarrollo.

**LO QUE SABEMOS**

En los últimos años se han logrado grandes avances en el control del dolor y de otros síntomas en personas con enfermedades incurables progresivas. Se ha avanzado también mucho en el conocimiento de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del proceso de morir y de la muerte. Profesionales de la salud, familiares, voluntarios y otras personas interesadas trabajan juntos para crear asociaciones dinámicas para brindar alivio al sufrimiento.

El CPyH se basa en satisfacer las necesidades físicas, sociales, espirituales y psicológicas en todas las situaciones. Se basa también en la asistencia interdisciplinaria que incorpora la medicina, la enfermería, el trabajo social, la psicología, el cuidado pastoral, la terapia ocupacional, la fisioterapia y otras disciplinas relacionadas. El CPyH apoya las familias en momento de la muerte y en el período del luto.

## LO QUE ACORDAMOS

Los Gobiernos deben:

1. Incluir el CPyH en la política sanitaria gubernamental, como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. Hacer el acceso al CPyH un derecho humano.
3. Disponer recursos para los servicios y programas de CPyH.
4. Establecer políticas públicas claras y estables con planes de acción para la implementación del CPyH.
5. Incluir el CPyH en sus programas nacionales de control del cáncer.
6. Incluir el CPyH en el tratamiento de enfermedades progresivas de pronóstico letal.
7. Incluir el CPyH en las estrategias nacionales destinadas al SIDA.
8. Integrar la educación y entrenamiento en CPyH en la currícula de pre y post grado de medicina, enfermería y otras disciplinas.
9. Proveer entrenamiento, apoyo y supervisión a los cuidadores informales.
10. Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de las drogas necesarias, incluyendo morfina económica para el más pobre.
11. Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de analgésicos opioides orales para pacientes con enfermedades de pronóstico letal.
12. Identificar y eliminar barreras restrictivas al uso adecuado de analgésicos de opioides (como morfina), en las leyes y regulaciones de diferentes países.
13. Asegurar la evaluación sistemática de necesidades de CPyH que debería preceder al establecimiento de servicios de nivel local, regional y/o nacional.
14. Hacer esfuerzos para lograr la mejor integración de los servicios de CPyH en el sistema de asistencia médica.
15. Hacer esfuerzos para hacer el CPyH disponible a todos los ciudadanos en el lugar de su elección, incluyendo hospitales de agudos, instituciones de tratamiento prolongado, hospicios y domicilio.

Además:

- Todo individuo tiene el derecho de recibir control adecuado de dolor. Como existen métodos económicos y efectivos para aliviar el dolor y la mayoría de los síntomas, el costo no debe ser una barrera.
- El CPyH se debe brindar según los principios de equidad, independientemente de la edad, la raza, la preferencia sexual, la etnia, la fe, la posición social, la nacionalidad y la capacidad para pagar la asistencia. El CPyH debe estar disponible a todas las poblaciones incluyendo los grupos vulnerables como presos, trabajadores del sexo y drogadictos.
- La experiencia adquirida en CPyH debe ser extendida a la asistencia de todas las personas con otras enfermedades incurables crónicas del mundo.
- Las familias y otros cuidadores informales son los contribuyentes esenciales a la provisión de CPyH, y deben ser reconocidos y alentados por la política sanitaria.

Las organizaciones nacionales de CPyH tienen un papel clave que cumplir recomendando en sus países el desarrollo de una política adecuada de salud. Los gobiernos y estas organizaciones no gubernamentales deben trabajar juntos para desarrollar aún más los servicios del CPyH.

En dos años se evaluará y se hará público el progreso en esta Declaración.

Seúl, Corea.  
16 de marzo de 2005.

Basado en La Declaración de Barcelona sobre Cuidado Paliativo  
Barcelona, España, 9 de diciembre de 1995.

## EVALUACION FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EFAM-Chile

### INTRODUCCION

Al iniciar la aplicación de este instrumento de screening, es recomendable advertir a la persona mayor que se le realizará una serie de preguntas para conocer su estado de salud.

### PARTE A

#### Discriminación entre Autovalentes y Dependientes

	ITEM	PUNTAJE	
1. ¿Puede bañarse o ducharse?	1	PUEDE BANARSE O DUCHARSE	
		Incapaz	0
		Con alguna ayuda	3
		Sin ayuda	6
2. ¿Es Ud., capaz de manejar su propio dinero?	2	ES CAPAZ DE MANEJAR SU PROPIO DINERO	
		Incapaz	0
		Con alguna ayuda	3
		Sin ayuda	6
3. ¿Puede Ud., tomar sus medicamentos?	3	PUEDE UD, TOMAR SUS MEDICAMENTOS	
		Incapaz	0
		Con alguna ayuda	3
		Sin ayuda	6
4. ¿Prepara Ud., su comida? Sin ayuda, incluye la planificación, compra y elaboración de la comida. Con ayuda, en alguna de las etapas del proceso.	4	PREPARACION DE LA COMIDA	
		Incapaz	0
		Con alguna ayuda	3
		Sin ayuda	6
5. ¿Puede hacer las tareas de la casa?	5	PUEDE HACER LAS TAREAS DE LA CASA	
		Incapaz	0
		Lo hace con alguna ayuda	3
		Lo hace sin ayuda	6
6. Aplique Minimental Abreviado. Indique con un círculo en columna izquierda el puntaje obtenido. Marque la Ponderación correspondiente (misma línea), en columna derecha).	6	MMSE	
		< 13	0
		13 a 14	3
		15 a 17	4
		18 a 19	6
7. Escolaridad. Pregunte por los años de escolaridad cumplidos.	7	AÑOS DE ESCOLARIDAD	
		0 a 1	0
		2 a 3	1
		4 a 5	2
		6 a 8	3
		9 a 10	4
		11 a 12	5
		13 ó más	6
8. De pie con los brazos extendidos sobre su cabeza, tome un objeto.	8	CON LOS BRAZOS EXTENDIDOS AL MAXIMO POSIBLE SOBRE LOS HOMBROS, TOMAR CON AMBAS MANOS UN OBJETO.	
		No lo logra	0
		Presenta dificultad con ambas manos para lograrlo	2
		Lo logra sin dificultad con una mano	4
		Lo logra sin dificultad con ambas manos	6
9. En posición de pie, encúclillese, tome el objeto desde el suelo y levántese.	9	EN POSICION DE PIE, ENCUCILLLESE, TOMA EL OBJETO DESDE EL SUELO Y LEVANTESE.	
		Le cuesta mucho encucillarse y no lo logra.	0
		Se encucilla bien, pero tiene dificultad para tomar el objeto y levantarse.	2
		Se encucilla y toma el objeto sin dificultad, pero le cuesta levantarse espontáneamente.	4
		Se encucilla y toma el objeto y se levanta sin dificultad	6

### Clasificación del puntaje

Si suma ,  $\leq 42$  = persona dependiente

Si la persona obtuvo un puntaje igual o menor a 42 no aplique parte B.

Si suma  $> 43$  = persona autovalente

Aplicar parte B a la persona con puntaje de Autovalente para determinar condición de riesgo.

### PARTE B

#### Discrimina entre Autovalentes con y sin riesgo

	ITEM		PUNTAJE
1. Tomar la presión arterial. Tratamiento incluye: indicación médica farmacológica y no farmacológica.	1	PRESION ARTERIAL	
		PA normal sin antecedentes HTA	13
		PA normal con diagnóstico previo en control y tratamiento	13
		PA normal con diagnóstico previo, sin control pero con tratamiento	9
		PA normal con diagnóstico previo, con o sin control y sin tratamiento	6
		PA elevada, sin antecedentes HTA	3
2. Tiene Ud., diagnóstico de Diabetes? Tratamiento incluye: indicación médica farmacológica y no farmacológica.	2	DIABETES	
		Sin Diabetes	13
		Diagnosticada, en control y con tratamiento	6
		Diagnosticada, sin control o sin tratamiento	3
		Diagnosticada, sin control y sin tratamiento	0
3. Lee Ud., diario, revista o libro?	3	LEE DIARIO, REVISTA O LIBRO	
		Casi nunca o nunca	0
		De vez en cuando	2
		Una vez por semana	5
		2 ó 3 veces por semana	7
4. Aplique Minimental Abreviado. Indique con un círculo en columna izquierda el puntaje obtenido. Marque la ponderación correspondiente (misma línea), en columna derecha	4	MMSE	
		13 a 14	5
		15 a 18	7
		19	9
5. En el último mes se ha sentido deprimido o que nada logra animarlo?	5	EN EL ULTIMO MES SE HA SENTIDO DEPRIMIDO	
		Casi todo el tiempo	0
		Bastante seguido	2
		Casi nunca	7
6. En el último mes se ha sentido Ud., muy nervioso, ansioso o angustiado?	6	EN EL ULTIMO MES SE HA SENTIDO NERVIOSO O ANGUSTIADO	
		Casi todo el tiempo	0
		Bastante seguido	2
		Casi nunca	7
	Nunca	9	

### Clasificación del puntaje

Si suma puntaje  $> 46$  = persona autovalente

Si suma puntaje  $< 45$  = persona autovalente con riesgo

### PUNTAJE

#### TOTAL A

Si suma puntaje  $< 42$  = persona dependiente

Si suma puntaje  $\geq 43$  = persona autovalente

#### TOTAL B

Si suma puntaje  $\geq 46$  = persona autovalente

Si suma puntaje  $\leq 45$  = persona autovalente con riesgo

### A QUIENES SE APLICA

A toda persona  $> 60$  años

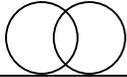
### FRECUENCIA

Una vez al año

### CUANDO SE APLICA

En controles de Salud de Ingreso y Seguimiento

## MINIMENTAL ABREVIADO

<p>1. Por favor dígame la fecha de hoy</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; width: 80%;">Sondée el mes, día del mes, año y día de la semana</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; width: 80%;">Anote un punto por cada respuesta correcta</div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">BIEN</th> <th style="width: 15%;">MAL</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mes</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día Mes</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día Semana</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">TOTAL</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		BIEN	MAL				Mes	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				Día Mes	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				Año	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				Día Semana	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				TOTAL					<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	BIEN	MAL																																			
Mes	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																			
Día Mes	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																			
Año	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																			
Día Semana	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																			
TOTAL					<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																
<p>2. Ahora voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a nombrar mas adelante. Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; font-size: small;">                 Explique bien, para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada 2 segundos. Se anota 1 punto por cada objeto recordado en el primer intento.             </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; font-size: small;">                 Si para algún objeto, la respuesta no es la correcta, repítalos todos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.             </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">CORRECTA</th> <th style="width: 15%;">NO SABE</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol...</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesa...</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Avión...</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right; padding-top: 10px;">Número de repeticiones .....</td> </tr> </tbody> </table>		CORRECTA	NO SABE				Arbol...	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				Mesa...	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				Avión...	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				Número de repeticiones .....											
	CORRECTA	NO SABE																																			
Arbol...	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																			
Mesa...	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																			
Avión...	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																			
Número de repeticiones .....																																					
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita de atrás para adelante:</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">1 3 5 7 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; width: 80%;">Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; width: 80%;">La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto: ej.: 9 7 5 3 1 = 5 puntos</div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">Respuesta entrevistado</td> <td style="width: 10%;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Respuesta correcta</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center; padding-top: 5px;">N° dígitos en el orden correcto</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">TOTAL</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta entrevistado	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		Respuesta correcta	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		N° dígitos en el orden correcto						TOTAL					<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																		
Respuesta entrevistado	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																	
Respuesta correcta	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																	
N° dígitos en el orden correcto																																					
TOTAL					<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelo con la mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: 80%;">                 Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.             </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">Toma papel con mano derecha .....</td> <td style="width: 20%;"><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Dobla por la mitad con ambas manos .....</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Coloca sobre las piernas .....</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Ninguna acción .....</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding-top: 5px;">Ninguna acción ..... 0</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">TOTAL</td> </tr> </tbody> </table>	Toma papel con mano derecha .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Dobla por la mitad con ambas manos .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Coloca sobre las piernas .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Ninguna acción .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Ninguna acción ..... 0		TOTAL																									
Toma papel con mano derecha .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																				
Dobla por la mitad con ambas manos .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																				
Coloca sobre las piernas .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																				
Ninguna acción .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																				
Ninguna acción ..... 0																																					
TOTAL																																					
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que se acordó. Por favor dígame ahora cuáles recuerda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: 80%;">                 Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.             </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">CORRECTO</th> <th style="width: 15%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 15%;">NR</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol .....</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesa .....</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Avión .....</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">TOTAL</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		CORRECTO	INCORRECTO	NR			Arbol .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			Mesa .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			Avión .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			TOTAL					<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>						
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																																		
Arbol .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																		
Mesa .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																		
Avión .....	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																		
TOTAL					<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: 80%;">                 Muestre al entrevistado el dibujo. La acción está correcta si las figuras no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si está correcto.             </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">CORRECTO</th> <th style="width: 15%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 15%;">NR</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">TOTAL</td> <td><input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		CORRECTO	INCORRECTO	NR				<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			TOTAL					<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																		
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																																		
	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																		
TOTAL					<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																																
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80%; margin-top: 10px;">                 Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6             </div>	<p style="text-align: center;">Suma total = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">El puntaje máximo obtenido es de 19 puntos Normal = <math>\geq 14</math>    Alterado = <math>\leq 13</math></p>																																				

## INDICE DE KATZ DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F. Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

Actividad de la vida diaria	Independiente	Dependiente
Bañarse (con esponja, ducha o bañera)	Necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.
Vestirse	Coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).	No se viste solo o permanece vestido parcialmente.
Usar el retrete	Accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).	Usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.
Movilidad	Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).	Precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.
Continencia	Control completo de micción y defecación.	Incontinencia urinaria o fecal parcial o total.
Alimentación	Lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).	Precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

El resultado se informa mediante la letra adecuada, p.e: Índice de Katz: C.

## VALORACION GERIATRICA (II)

### Valoración funcional

Entendemos por función la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social.

La valoración funcional es la evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia.

El 90 por ciento de los mayores de 75-84 años son independientes en las actividades esenciales de autocuidado. Sin embargo, el 46 por ciento de los mayores de 84 años necesitan ayuda.

En la actualidad, la esperanza de vida activa o número de años funcionales independientes es:

- a los 65-69 años de 10 años.
- a los 80-84 años de 4,7 años.
- en los mayores de 85 años de 2,9 años.

Hay una relación entre función y enfermedad. Así podemos ver que la fragilidad en el mayor es la disminución de la capacidad de reserva fisiológica, asociada a un aumento de la susceptibilidad a la incapacidad (Figura 15)

- La prevalencia de enfermedades, al igual que la pérdida funcional, se incrementa con la edad
- El inicio del deterioro de una función, o su agravamiento, puede estar en relación con una enfermedad subyacente no conocida
- Las incapacidades en el mayor no son procesos naturales debidos al envejecimiento
- La suma de enfermedades no produce necesariamente alteración funcional
- La alteración funcional no discurre necesariamente paralela al grado de intensidad de la enfermedad
- Los sistemas responsables de funciones pueden estar afectados por enfermedades de otros órganos
- Las enfermedades agudas y la hospitalización producen con gran frecuencia en el anciano pérdidas funcionales

**Figura 15.** *Relación entre función y enfermedad.*

Según la OMS, la mejor manera de medir la salud de los mayores es midiendo su funcionalidad. Las

- Identifica áreas de incapacidad que requieren intervención médica, diagnóstica, terapéutica y/o rehabilitadora para restablecer la función
- Establece regímenes rehabilitadores individualizados
- Valora evolutivamente al mayor
- Valora la eficacia de las intervenciones
- Establece pronósticos
- Establece bases científicas de intervenciones medicas
- Identifica población mayor de riesgo
- Indica necesidades y tipos de cuidados
- Planifica cuidados de salud

**Figura 16.** *Utilidad de la valoración funcional.*

principales utilidades de la valoración funcional podemos verlas en la figura 16.

La dependencia de los mayores en términos de funcionalidad se relaciona con la mortalidad a corto plazo y con la probabilidad de institucionalización.

La medición de la función física en personas con discapacidad se enfoca en capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, valorándose como incapacidad para realizarlas aun con ayuda, capaz sin ayuda de otras personas o capaz pero con asistencia.

Podemos distinguir dos grandes áreas de evaluación, las actividades de la vida diaria (AVD) básicas y las instrumentales. En la figura 17 podemos ver un resumen comparativo de los principales cuestionarios de evaluación del mayor.

CUESTIONARIO	FUNCIÓN	PUNTUACIÓN
Índice de Katz	ABVD	A - G - 0
Índice de Barthel	ABVD	0 - 100
Escala de Lawton	A IVD	1 - 8
Física Cruz Roja	AVD, movilización	0 - 5
Psíquica Cruz Roja	D. cognitivo	0 - 5
M. M. de Folstein	D. cognitivo	0 - 30
Lobo, M.E.C	D. cognitivo	0 - 35
Portable de Pfeiffer	D. cognitivo	0 - 10
Cuestionario de Yesavage (GDS)	Depresión	0 - 30 0 - 15
Escala riesgo de caídas (Downton)	Marcha	0 - 3

**Figura 17.** Principales cuestionarios o escalas en la VGI.

## Valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Las AVD básicas constituyen el nivel más bajo de funcionamiento, son consideradas imprescindibles para vivir, por debajo de ellas sólo quedan las funciones vegetativas (respiración, mantenimiento de la tensión arterial, excreción, etc). Miden los niveles más elementales de la función física y son esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia de esfínteres). La alteración de estas funciones se produce de forma ordenada e inversa a la adquisición de las mismas en la infancia.

Los instrumentos utilizados con mayor frecuencia para su valoración son:

### Escala de incapacidad física de la Cruz Roja

<p>Persona:..... entrevistador.....  fecha.....</p> <p>Se anotará en la Escala de la Cruz Roja uno de los valores de 0 a 5.  No se aceptarán dos posibilidades de la escala, ni valores intermedios.  Se buscará el punto que más se aproxime a la situación física o mental del paciente.  Se considera 0 una persona completamente independiente, 1-2 dependencia leve, 3, dependencia moderada, y 4-5 dependencia grave, una persona totalmente dependiente.</p> <p><b>Grados de incapacidad física</b></p> <p>0.- Se vale por si mismo. Camina con normalidad.</p> <p>1.- Realiza suficientemente las AVD. Algunas dificultades para desplazamientos complicados</p> <p>2.- Algunas dificultades en AVD por lo que necesita ocasional apoyo. Camina con ayuda de bastón o similar.</p> <p>3.- Graves dificultades para las AVD, necesitando apoyos en casi todos. Camina con mucha dificultad, ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.</p> <p>4.- Necesita ayuda para casi todas las AVD. Camina con extraordinaria dificultad, ayudado al menos por dos personas. Incontinencia habitual.</p> <p>5.- Inmovilizado en cama o sillón. Dependiente total. Necesita cuidados continuos de enfermería. Incontinencia</p> <p><b>Puntuación:</b>  0: independiente  1-2: dependencia leve  3: dependencia moderada  4-5: dependencia grave</p>
---

**Figura 18.** Escala de la Cruz Roja de Valoración de Incapacidad física.

Valora la capacidad de autocuidado de los mayores, clasificándolos en seis grados, de 0 a 5, desde la máxima independencia hasta la dependencia. Su correlación con el índice de Katz es muy importante. Su sensibilidad y especificidad son muy altas para grados leves y graves. (Figura 18).

## Índice de Barthel

<b>COMER</b>	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo
0	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona
<b>VESTIRSE</b>	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE.
<b>ARREGLARSE</b>	
5	INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0	DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda
<b>DEPOSICIÓN</b>	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE.
<b>MICCIÓN</b> (Valorar la situación en la semana anterior)	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
0	INCONTINENTE.
<b>IR AL RETRETE</b>	
10	INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
0	DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.
<b>TRASLADO SILLÓN – CAMA</b> (Transferencias)	
15	INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
10	MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
<b>DEAMBULACIÓN</b>	
15	INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
10	NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
0	DEPENDIENTE
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
5	NECESITA AYUDA
0	DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.
<b>&lt;20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve</b>	

**Figura 19.** Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria.

El índice de Barthel (Figura 19) fue elaborado en 1965 para medir la evolución de los sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos, incluye diez áreas y ha sido ampliamente utilizada en unidades de Rehabilitación. El contenido fundamental descansa en tareas dependientes de extremidades inferiores, pero se acerca más al proceso de discapacidad al incluir la movilidad.

Consta de 10 ítems, cada uno de los cuales mide la dependencia o independencia, así como la continencia de esfínteres. La puntuación total de máxima independencia y de dependencia es de 100 y 0.

El índice de Barthel monitoriza cambios en la evolución del paciente en parcelas de actividades básicas de la vida diaria. Las diferentes puntuaciones se interpretan de la siguiente forma:

> 60 = dependencia leve o independencia.

40-55 = dependencia moderada.

20-35 = dependencia severa.

< 20 = dependencia total.

A pesar de ser una escala numérica, el peso de cada uno de los ítems es muy diferente, por lo que variaciones de la misma magnitud en diferentes tramos de la escala no tienen el mismo significado. Así, una variación de 10 puntos no supone lo mismo entre 50-60 años que entre 80-90 años. Es relativamente insensible al cambio y es recomendada por la British Geriatrics Society y el Royal College of Physicians.

Por su validez, sensibilidad y fiabilidad, esta escala es útil para describir el estado funcional y sus cambios en el tiempo. Se correlaciona con el juicio clínico y predice la mortalidad y la ubicación más adecuada al alta hospitalaria.

#### Índice de Katz de actividades de la vida diaria

Surgido en 1959 con el ánimo de delimitar y definir el concepto de dependencia en sujetos con fractura de cadera, es probablemente la escala más utilizada. Mide dependencia de otros y pretende ser jerárquica, permitiendo categorizar en niveles de dependencia (A-B-C.)

El índice de Katz (Figura 20), tiene 6 ítems ordenados jerárquicamente según la forma en la que los enfermos pierden y recuperan las capacidades. Los clasifica en grupos de la A a la G, desde la máxima independencia hasta la máxima dependencia. Este índice valora la capacidad para realizar el cuidado personal valorando independencia o dependencia en bañarse, vestirse, usar el retrete, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse (siguiendo este orden). Se correlaciona con el grado de movilidad y confinamiento en casa tras el alta hospitalaria, probabilidad de muerte, hospitalización e institucionalización

El índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria esta basado en la evaluación de la independencia o dependencia funcional de los mayores en el baño, vestido, ir al servicio, traslado, continencia y alimentación.

En esta página se muestran definiciones específicas de la dependencia e independencia funcional.

**Índices:**

- A. Independencia en alimentación, continencia, movilidad, uso del W.C., vestido y baño.  
(Independiente en todas las funciones)
- B. Independencia en todas excepto en una de estas actividades
- C. Independiente en todas excepto lavado, y otra actividad
- D. Independencia en todas excepto lavado, vestido y otra actividad
- E. Independencia en todas excepto lavado, vestido, uso del W.C. y otra actividad
- F. Independencia en todas excepto lavado, vestido, uso del W.C., movilidad y otra actividad cualquiera
- G. Dependencia en todas las funciones (seis actividades)
- H. Dependencia en al menos dos actividades pero no clasificables como C, D, E o F.

**Independencia significa** sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, excepto en los casos que se especifica más abajo. Se basa sobre su estado actual y no sobre su capacidad de hacerlas. Un mayor que rehúsa ejecutar una actividad se considera que no la ejecuta aunque sea capaz.

**LAVADO (esponja, ducha o bañera)**

- **Independencia:** Se le ayuda únicamente en algunas zonas (espalda) se baña el mismo por entero.
- **Dependencia:** Ayuda en el baño para más de una parte del cuerpo. Ayuda en entrar o salir de la bañera o no se baña por sí solo.

**VESTIDO**

- **Independencia:** Coger la ropa del armario y cajones, se arregla la ropa, se pone la ropa, incluida la ropa exterior, puede abrocharse. Se excluye atarse los zapatos.
- **Dependencia:** No se viste solo o queda parcialmente desvestido.

**USO DEL W.C.**

- **Independencia:** Va al W.C. solo. Arregla sus ropas. Limpia los órganos de excremento.
- **Dependencia:** Precisa ayuda para ir al W.C.

**MOVILIDAD**

- **Independencia:** Se levanta y acuesta de la cama por sí mismo y se levanta de la silla por sí solo
- **Dependencia:** Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla; no realiza uno o mas desplazamientos

**CONTINENCIA ESFINTERIANA**

- **Independencia:** Control completo de micción y defecación
- **Dependencia:** Incontinencia parcial o total de la micción o defecación

**ALIMENTACIÓN**

- **Independencia:** Lleva la comida del plato o similares a la boca (Se excluye cortar la carne y preparación de alimentos, como por ejemplo, untar el pan)
- **Dependencia:** Necesita ayuda en la comida, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral

*Figura 20. Índice Katz. Independencia en Actividades de la Vida Diaria.*

## VALORACION DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

Las AVD instrumentales son necesarias para adaptarse al medio ambiente: escribir, leer, cocinar, limpiar, usar el teléfono, utilizar la medicación, manejar el dinero, usar los transportes públicos, etc.

Los principales instrumentos para valorar las AIVD son:

1. Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton  
Mide capacidad y tiene un buen coeficiente de reproductibilidad (0,94).

Consta de 8 ítems, cada uno de los cuales plantea varias posibilidades, atribuye 1 punto a las independientes y 0 a las dependientes. Es muy apropiada para su aplicación a mujeres.

<b>ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA</b>	
Paciente.....	Edad..... Sexo.....
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cual es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria	
<b>ESCALA DE ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA</b>	<b>Puntos</b>
<b>A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	0
4. No usa el teléfono	0
<b>B. IR DE COMPRAS</b>	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
<b>C. Preparación de la comida</b>	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Caliente y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
<b>D. CUIDAR LA CASA</b>	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer camas	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
<b>E. LAVADO DE ROPA</b>	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
<b>F. MEDIO DE TRANSPORTE</b>	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte usando taxi, pero no usa transportes públicos	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
<b>G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN</b>	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
<b>H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO</b>	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc...	1
3. Incapaz de manejar dinero	0
<b>Máxima dependencia 0 puntos</b>	<b>Independencia total 8 puntos</b>

*Figura 21. Escala de Lawton y Brody.*

El índice de Lawton (Figura 21) nos mide las AVD instrumentales, usar el teléfono, manejar el dinero propio, preparar la comida. Es más útil que las AVD básicas para detectar los primeros grados de deterioro en una persona.

## 2. Escala OARS

El Instrumento OARS (sección de actividades instrumentales de la escala de la universidad de Duke), contiene una sección de ADL físicas que valora el acto de comer, vestirse, acicalarse, andar, meterse y salir de la cama, llegar al aseo a tiempo y continencia, sobre una escala de tres puntos basada en la capacidad para realizar la actividad de modo independiente.

La escala OARS recoge los siete ítems del índice de Katz (bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo y añade andar y acicalarse), pero la diferencia radica en que el Katz se basa en la observación de un proveedor de asistencia sanitaria sobre el mejor resultado conseguido, mientras que el OARS emplea el autoinforme del sujeto o un familiar.

### Valoración de las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)

Las AAVD exigen un amplio rango de funcionamiento, son a priori una de las más interesantes. Su abandono puede suponer el inicio del declive funcional. Tienen el inconveniente de estar muy influenciadas por cuestiones culturales, hábitos de vida, niveles económicos, etc. Por ello, se hace muy difícil elaborar cuestionarios que las valoren de una manera válida y fiable.

La valoración de la actividad física, dentro de estas actividades, es muy importante. Los estudios epidemiológicos constatan los beneficios de mantener una actividad física regular en cuanto al riesgo de morbilidad y de pronóstico funcional.

La medición de las AAVD nace como un intento de detección precoz del deterioro funcional. Las escalas existentes miden actividades físicas y sociales no esenciales para el mantenimiento de una vida independiente, realización de ejercicios intensos, deporte, trabajos, aficiones, viajes, participación en grupos sociales y religiosos, etc.

El concepto de AAVD engloba una serie de actividades especialmente complejas, segregadas de las actividades instrumentales. Las principales actividades evaluadas son:

- Actividades físicas: ejercicios intensos, trabajos.
- Actividades sociales: aficiones, viajes, participación social.
- Actividades mixtas: deporte, etc.

## AUTORES

Enf. María Lea Derio P.  
 Coordinadora Programa Nacional  
 Alivio del Dolor por cáncer y cuidados Paliativos  
 Unidad de Cáncer  
 Ministerio de Salud

Dra. Marisol Ahumada	Dra. Verónica Sepúlveda
Anestesiólogo	Radioterapeuta
Dr. Bernardo Lilayú	Dra. Ximena Pucheu
Anestesiista	Médico Internista
Dr. Daniel Leiva	Enf. Marcela Barrera
Médico General	Enf. Carmen Garrido
Dr. Gonzalo Sáez	Enf. Alejandra Salinas
Urólogo	Enf. Alicia Gárate
Dr. Hans Harbts	Enf. Ana Luz Espinoza
Radioterapeuta	Enf. Chery Palma
Dr. Lorenzo Fernández	Enf. Claudia Cariqueo
Anestesiólogo	Enf. Claudia Parra
Dr. Q.F. Luis Ortiz	Enf. Gabriela Parra
Químico Farmacéutico	Enf. Jessica Acevedo
Dr. Mario Delgado	Enf. Leslie Luza
Magister en Salud Pública	Enf. María del Pilar Flores
Dr. Ricardo Cirio	Enf. María Elena Orellana
Anestesiólogo	Enf. María José Errázuriz
Dr. Rony Muñoz	Enf. María Verónica Leiva
Cirujano Oncólogo	Enf. Olivia González
Dr. Tomás Stamm	Enf. Pamela Franzl
Médico General	Enf. Patricia Vicuña
Dra. Ana Morgado	Enf. Raquel Baeza
Médico Internista	Enf. Verónica Arenas
Dra. Angela Fernández	Mat. Carmen Ortiz
Radioterapeuta	Mat. Cristina Cerda
Dra. Carmen Luz Kreither	Mat. María Eugenia Candia
Anestesióloga	Mat. Patricia Fuentes
Dra. Emiliana Moreira	Mat. Yazmín García
Fisiatra	Psic. Ana María Abarzúa
Dra. Lorena Báez	Psic. Cecilia Cantele
Médico General	Psic. Karime Tala
Dra. María José Puga	Psic. Margarita Araya
Médico familiar	Psic. María Consuelo Villaseñor
Dra. Marie Caroline Sepulchre	Q.F. Alejandra Barahona
Médico General	Q.F. Claudia Schramm
Dra. Natalie Rodríguez	Q.F. Lorna Barrientos
Hemato oncólogo pediatria	Q.F. Marianela Torres
Dra. Olimpia Arévalo	Q.F. Maricela Cerda
Médico Internista	Q.F. Sandra Acuña
Dra. Patricia Sánchez	Q.F. Verónica Ravanal
Anestesiólogo	Q.F. Josefina Quinteros
Dra. Silvana Misseroni	Q.F. Gonzalo Ramos
Médico Internista	T.S. Filomena Villa
Dra. Sylvia Armando	T.S. Guillermina Cancino
Radioterapeuta	T.S. Dolly Staig Clarke
Dra. Verónica Kramer	Ab. Isabel Segovia
Farmacóloga	

## DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL

- ❑ TENGO DERECHO A QUE SE ME TRATE COMO SER HUMANO HASTA EL FIN DE MI VIDA.
- ❑ TENGO DERECHO A QUE SE ME TRATE CON ESPERANZA, AUNQUE CAMBIEN LOS MOTIVOS DE MI ESPERANZA.
- ❑ TENGO DERECHO A EXPRESAR MIS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES, A MI MANERA EN RELACION A LA CERCANIA DE MI MUERTE.
- ❑ TENGO DERECHO A CONSERVAR MI INDIVIDUALIDAD Y A NO SER CRITICADO SI MIS DECISIONES SON CONTRARIAS A LAS CREENCIAS DE AQUELLOS QUE ME CUIDAN.
- ❑ TENGO DERECHO A ESPERAR QUE SE RESPETE MI CUERPO ANTES DE MI MUERTE.
- ❑ TENGO DERECHO A NO MORIR SOLO Y A PODER DECIDIR EL LUGAR DE MI MUERTE.
- ❑ TENGO DERECHO A MORIR EN PAZ Y CON DIGNIDAD.
- ❑ TENGO DERECHO A NO TENER DOLOR
- ❑ TENGO DERECHO A NO SER ENGAÑADO.
- ❑ TENGO DERECHO A RECIBIR AYUDA DE MI FAMILIA, A FIN DE ACEPTAR MI MUERTE; Y MI FAMILIA TIENE DERECHO A RECIBIR AYUDA PARA ACEPTAR MI MUERTE.
- ❑ TENGO DERECHO A SER CUIDADO POR PERSONAS CAPACES DE COMPASION Y SENSIBILIDAD, COMPETENTES EN SU PROFESION, QUE SE ESFORZARAN EN COMPRENDER MIS NECESIDADES Y QUE SEAN CAPACES DE ENCONTRAR GRATIFICACION EN EL APOYO QUE ME PRESTARAN CUANDO SEA CONFRONTADO CON MI MUERTE.