

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
“POLICLÍNICO RAÚL ORTIZ ÁVILA”
CIRO REDONDO

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA

(Tesis en opción a Especialista de primer grado en Medicina General Integral).

AUTORA: Dra. Adisley Mayan Valdés.

Morón, 2016

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
“POLICLÍNICO RAÚL ORTIZ ÁVILA”
CIRO REDONDO

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA.

(Tesis en opción a Especialista de primer grado en Medicina General Integral).

AUTORA: Dra. Adisley Mayan Valdés. Residente de Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Lesyani López Legra. Especialista de Primer grado en Medicina General Integral. Coordinadora municipal del programa de Cáncer. Dirección municipal de Salud de Ciro Redondo. Profesora instructora.

Asesor: Dr. Dewar Torrecilla Silverio. Especialista de Primer Grado en Oncología. Hospital general docente de Morón. Profesor Instructor.

Morón, 2016

RESUMEN

Se realizó un estudio no observacional de tipo pre-experimental con la aplicación de una intervención educativa para la potenciación del conocimiento sobre cuidados paliativos de los familiares cuidadores de los pacientes oncológicos pertenecientes a los consultorios 8 y 9 del municipio Ciro Redondo durante en el período comprendido entre septiembre 2011 a septiembre 2012. El universo poblacional estuvo conformado por los 1200 pacientes atendidos en dichos consultorios, de ellos, 36 familias conviven con pacientes con patologías neoplásicas con predominio de carcinomas de próstata, pulmón y linfomas en los hombres y carcinomas de mamas, cervicouterino y de pulmón en las mujeres, se encuentran en su hogar brindando los cuidados paliativos domiciliarios 12 familias compuestas por 30 personas mayores de 16 años de edad, quedando constituida la muestra de trabajo por 12 adultos de ambos sexos, que cumplieron con los criterios de inclusión. A los que, luego de la firma del consentimiento informado (Anexo1), se les aplicó una entrevista estructurada previa discusión y aprobación por los autores del trabajo. Posteriormente se identificó el nivel de conocimientos y se realizaron diferentes actividades de capacitación sobre el tema, después se aplicó nuevamente el instrumento inicial (Anexo 2) comprobándose los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del programa de intervención educativa. El impacto de dicha intervención se constató con la obtención de un mayor conocimiento acerca del tema.

Palabras claves: Cáncer, intervención educativa.

INDICE

	Páginas
Resumen	
Introducción	1-2
Marco Teórico	3-24
Materiales y Métodos	25-27
Resultados y Discusión	28-32
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias Bibliográficas	35
Anexos	

INTRODUCCION

El cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Aproximadamente el 72% de las defunciones por cáncer ocurridas en 2007, se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y llegará a unos 12 millones en 2030. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboró una estrategia mundial de control del cáncer cuyo objetivo es reducir el cáncer y sus factores de riesgos, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares en todo el mundo, gracias a la planificación y aplicación de estrategias de prevención y control del cáncer.(1)

Cuba siguiendo las recomendaciones de la OMS de lograr soluciones ágiles ante la tendencia ascendente de la incidencia y la mortalidad por cáncer, decide crear la Unidad Nacional para el Control del Cáncer en Cuba. (1)

EL cáncer en Cuba constituye la segunda causa de mortalidad general y primera de años potenciales de vida perdidos, siendo la causa de mayor impacto en la esperanza de vida al nacer. Después de que la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2005 se adoptó una resolución sobre prevención y control del cáncer

La Unión Nacional de Control del Cáncer (UNCC), tiene entre sus prioridades lograr el cambio del paradigma clínico, buscando alargar cada vez más el periodo controlado de la enfermedad en pacientes con cáncer y aumentar la supervivencia con una mejor calidad de vida. Desde finales del siglo XX los cuidados paliativos han demostrado su valor como estrategia para la atención al final de la vida. Se considera que entre el 30 % y el 50 % de todos los pacientes se verán beneficiados con los cuidados paliativos. (1)

Se diagnostican al año más de 29 mil casos y se reportan 22 190 fallecidos en el 2010 Con una Tasa bruta 197,5 y una Tasa ajustada 117,1. (2)

En la provincia Ciego de Ávila en 2009 se reportó una Tasa de prevalencia de 104.56x 10.5 habitantes .Durante el año 2008 se reportan 181 defunciones por cáncer , lo cual se incrementa a 21817 en el año 2011. En el municipio Ciro

Redondo se reporta una Tasa de prevalencia de 689.72. La Tasa mortalidad del municipio 67.40 x10.5 con 20 casos inferior a la provincia que es de 77.20. (2)

En estos momentos el cáncer constituye una de las primeras patologías que forman parte del banco de problemas de salud del municipio lo cual es un tema que requiere gran atención y la creación de estrategias para solucionarlo. (3)

La falta de conocimiento sobre los cuidados paliativos, de los familiares de pacientes oncológicos, impiden su adecuado manejo, por la falta de información amplia y realista acerca de la enfermedad y su pronóstico, la preocupación sobre el control de los síntomas, apoyo insuficiente entre todos los miembros de la familia, inseguridad en la calidad de la atención brindada y disponer de poco tiempo con el enfermo por carecer de habilidades en la atención hacia el familiar y considerando el rol que desempeña la familia en el proceso salud-enfermedad se hace necesario una intervención enfocada al entrenamiento familiar para brindar cuidados integrales al paciente. Teniendo en cuenta esta problemática se precisa el siguiente problema científico: ¿Cómo contribuir a potenciar el conocimiento sobre cuidados paliativos de los familiares cuidadores de los pacientes oncológicos pertenecientes a los consultorios 8 y 9?

Como hipótesis se plantea: Si se aplica una intervención educativa, enfocada en las necesidades de aprendizaje identificadas en el manejo de los enfermos, entonces se contribuye a la potenciación del conocimiento sobre cuidados paliativos de los familiares cuidadores de los pacientes oncológicos pertenecientes a los consultorios 8 y 9

Como objetivos de la investigación se proponen:

Objetivo general

Aplicar una intervención educativa para la potenciación del conocimiento sobre cuidados paliativos de los familiares cuidadores de los pacientes oncológicos pertenecientes a los consultorios 8 y 9

Objetivos específicos

Caracterizar la muestra según variables socios demográficos.

Identificar el nivel de conocimiento que poseen los participantes del estudio antes de la aplicación de la Intervención educativa.

Diseñar la Intervención de Intervención educativa

Evaluar los resultados de la Intervención educativa.

Novedad científica

Con la aplicación de la Intervención de intervención educativa sobre cuidados paliativos de los familiares cuidadores de los pacientes oncológicos pertenecientes a los consultorios 8 y 9, se logrará mejorar la atención y calidad de vida de los enfermos y un mejor nivel de satisfacción de sus familiares.

MARCO TEÓRICO

El Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al paciente oncológico tuvo sus orígenes en los inicios de la pasada década, luego de realizarse las primeras investigaciones de intervención en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. A mediados de los años 90 ya se disponía de experiencias académicas e investigativas suficientes para elaborar un documento que permitió llevar a cabo la implementación del nuevo servicio de salud, dirigido a los pacientes con cáncer en fase terminal y sus familiares, que en su primera etapa se inició en cuatro provincias del país.

Para ello, fue necesario hacer ajustes en la gestión del Programa de Control de Cáncer existente, referentes a:

Incluir los Cuidados Paliativos, llenando así el vacío existente hasta esa fecha.

Considerar y satisfacer progresivamente las necesidades de medicamentos e insumos para brindar estos cuidados.

Capacitar los recursos humanos para ofrecer dichos servicios, trabajar en equipo interdisciplinario y fortalecer el enfoque integral en la Atención Primaria de Salud.

Teniendo en cuenta que la atención paliativa, es el cuidado total, activo y multidisciplinario de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo, con el propósito de disminuir el sufrimiento y preservar la mayor calidad de vida y bienestar posible. (4)

Dentro de los elementos a tener en cuenta para la Atención Paliativa se encuentran:

Enfermo y familia

Decisiones terapéuticas

Conducta terapéutica

Relación interpersonal

Auto soporte y Atención integral

Protección.

Según la OMS, los Cuidados Paliativos constituyen un modelo asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades potencialmente letales y la de sus familias. Se basa en la prevención y el control del sufrimiento con identificación

precoz, evaluación y tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Los cuidados paliativos tienen como objeto:

Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte, ni tampoco la posponga.

Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos.

Integrar los aspectos psicológicos y espirituales al tratamiento del paciente.

Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.

Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo.

Brindar atención en un equipo multidisciplinario para dar solución a las necesidades del paciente y su familia, incluyendo la atención al duelo.

Preservar y, si es posible, incrementar la calidad de vida y ejercer una influencia positiva durante el curso de la enfermedad.

Los cuidados paliativos constituyen un aspecto relevante del manejo del paciente oncológico en estado terminal, donde se encuentran incluidos:

Los que tienen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en quienes no existen posibilidades razonables de respuesta a tratamientos específicos.

Los que tienen numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

Aquellos cuya enfermedad tiene un gran impacto emocional en el propio paciente, la familia y el equipo terapéutico mismo, relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

Con un pronóstico de vida inferior a los 6 meses (nunca es posible establecer límites reales). Las modalidades de atención en cuidados paliativos más frecuentes en la actualidad son aquellas que combinan la atención domiciliaria por equipos interdisciplinarios de atención primaria y el ingreso temporal en Unidades de Cuidados Paliativos hospitalarias, siguiendo determinados criterios para su internamiento.(4)

Las principales metas de la atención paliativa son:

Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, es decir, una atención forzosamente global, individualizada y continuada por un equipo interdisciplinario.

El enfermo y la familia son la unidad a tratar.

La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo son factores rectores en la toma de decisiones terapéuticas por el equipo de salud.

Concepción terapéutica activa y rehabilitadora, superando el desconocimiento y la actitud negativa y fatalista que se esconde tras el “ya no hay nada más que hacer”...

Brindar los cuidados en un entorno de respeto, confort, apoyo y comunicación adecuada. Es deseable que el énfasis se ponga en la atención en el hogar, por los equipos de atención primaria, con asesoría y supervisión de especialistas bien preparados, e ingresos transitorios en unidades hospitalarias especiales, con criterios bien establecidos. Los cuidados paliativos deben ser parte del cuidado integral que se brinde a los pacientes y sus familiares en cualquier lugar y no solo algo que únicamente puedan brindar especialistas en el tema de hospitales.

En el caso específico de los cuidados paliativos en cáncer son tributarios de este enfoque de atención: pacientes con diagnóstico de cáncer confirmado en etapas avanzadas (según TNM y Etapas Clínicas III y IV), con capacidad funcional según el índice de Karnofsky entre 50 y 10 %, o en el nivel 3-4 según la ECOG; y los pacientes con diagnóstico de cáncer confirmado en etapas tempranas, pero con actividad tumoral (según TNM y Etapas Clínicas I y II), con capacidad funcional según el índice de Karnofsky entre 60 y el 90 %, o en el nivel 1-2 según la ECOG, y que presenten varias de las características que arriba se describen, incluyendo deterioro del estado nutricional con pérdida progresiva de peso en los últimos 6 meses. Estos pacientes pueden tener dependencia en, al menos, 3 actividades diarias, o pueden cuidarse solos, pero sin realizar una actividad normal o activa, requiriendo asistencia ocasional o sistemática, a pesar de que puedan satisfacer de forma autónoma algunas necesidades. (4)

Las herramientas fundamentales en la terapéutica de cuidados paliativos son:

Control de Síntomas.

Comunicación, información y apoyo emocional, a paciente y familia.

Cambios en la atención institucional de salud con trabajo en equipo interdisciplinar, que disponga de espacios y tiempos, con formación común y específica de sus miembros. Es importante disponer de conocimientos y habilidades para todo tipo de intervenciones, pero también atender a la modificación de actitudes y creencias estereotipadas con respecto a la etapa final de la vida y la muerte.

Las situaciones cotidianas estresantes y que pueden conducir al desgaste o quemamiento conocido como “burnout” de estos profesionales hacen necesario su autocuidado y autoprotección emocional. (4)

Cuando la vida va llegando a su final emergen problemas que antes no se hacían tan evidentes, por tanto la calidad de vida (CV), es un factor socio psicológico importante en el manejo de estos pacientes y supone tener claro que:

La prioridad no la tiene la duración de la vida, sino su calidad, el encarnizamiento terapéutico afecta la CV.

La CV está muy asociada a la calidad del proceso de vivir/ morir.

La CV no es sinónimo de “nivel de vida” y está subjetivamente determinada (siempre “percibida”, no puede prescindir de la valoración personal).

Como afín al bienestar, tiene dos componentes básicos: la satisfacción y la felicidad.

Debe considerarse globalmente, pero también en determinadas dimensiones: físicos y funcionales, sociales, psicológicos, espirituales.

No siempre se puede mejorar, preservarla al máximo posible ya es un logro importante.

Debe considerarse no sólo la CV del paciente, sino de familiares y cuidadores.

Constituye el principal indicador de impacto de los cuidados paliativos. (4)

La CV es la característica que hace a la vida deseable, aceptable para quien la vive; en estos pacientes, es la suma total de las influencias de la enfermedad y de la proximidad de la muerte sobre las experiencias y aspiraciones de los pacientes y sus familiares.

Todo lo que aporte satisfacción con la vida, enriquece la CV y se logra si el enfermo vive esta etapa en su hogar y llega a ella con la atención profesional integral que tanto necesita, brindada tempranamente.

La comunicación adecuada y el apoyo son herramientas imprescindibles para el logro de la CV y para lograrla, cada paciente en particular debe encontrar lo más significativo para su vida en su entorno habitual, debe identificar y fortalecer el verdadero sentido de la experiencia vivida, como uno de los más relevantes valores humanos. Paliar significa, precisamente, preservar la CV disminuyendo el sufrimiento. (4)

Todo lo que contribuya a disminuir el sufrimiento, preserva o incrementa la CV, el enfermo debe continuar su vida en la forma más cercana a la habitual, al lado de su familia, haciendo aquello que le sea significativo y le satisfaga; no abandonarlo, no dejar que se aíse, considerar sus deseos y opiniones, respetar su autoridad, su historia, su trayectoria de vida. A nivel global, estratégico, los recursos profesionales de atención deben estar calificados en estos temas, engranando su quehacer en un verdadero equipo de trabajo. Deben disminuirse, con apoyo e información adecuada, la incertidumbre y la desesperanza, hacerles sentir útiles, fomentando la auto-valía, la funcionalidad y la trascendencia para los demás, hacerles ver que cualquier persona siempre tiene algo que enseñar, aunque sea al final de su vida. Hay que atender a sus miedos, sus preocupaciones, sus emociones. Debe buscarse la máxima armonía posible entre el enfermo y su familia; cuando la vida va llegando a su final emergen problemas que antes no se hacían tan evidentes. (4)

La comunicación del profesional con los pacientes y familiares debe constituir un instrumento terapéutico, por lo que debe ser sistemática (informar no es un acto único), secuencial (información progresiva, adecuada a las circunstancias), congruente (paciente, familia y equipo manejando la misma información), individualizada (no existe una fórmula, el enfoque es personal), para que el paciente pueda recibir, asimilar y recordar lo que se le comunica. El profesional debe dominar las tres grandes artes de la comunicación: el arte de preguntar, el arte de escuchar y el arte de observar, ser una comunicación empática para que haya comprensión, honesta y cordial, en un ambiente cálido, auténtico y de aceptación incondicional, con una expresión oral adecuada, sin jerga profesional. . (4)

El alivio del dolor y los cuidados paliativos pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias, aun en los entornos de escasos recursos,

gracias a los enfoques eficaces y de bajo costo. La prevención y el control del cáncer es uno de los retos científicos y de salud pública más importantes de esta era.

Millones de personas en todo el mundo padecen no sólo cáncer, sino también otras enfermedades crónicas, en potencia mortales en los estadios avanzados. En estos casos donde han fracasado los esfuerzos de prevención, y los pacientes y sus familias tienen poco acceso al tratamiento curativo, la devastación es enorme.

Estas enfermedades afectan a las personas en todas las dimensiones humanas: físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Afortunadamente, hay métodos comunitarios de bajo costo que pueden reducir este sufrimiento y satisfacer esta urgente necesidad humanitaria. Las medidas adecuadas de asistencia paliativa son elementos esenciales de cada programa nacional de control del cáncer.⁴⁾

La evaluación de la familia de un enfermo avanzado debe ser integral, considerando su dinámica de funcionamiento, la etapa del ciclo vital en que se encuentra, sus necesidades y problemas, sus expectativas y valores, los estilos de afrontamiento de sus miembros, los recursos físico-biológicos, psicológico-emocionales, económicos, comunicativos y sociales que posee, las redes de apoyo social percibidas, la accesibilidad a la atención o soporte profesional en el área de residencia, entre otras. En esta evaluación, es clave destacar los miedos de la familia, las tareas que deben enfrentar y las necesidades que expresen, y a la vez que se evalúa, identificar los riesgos de una claudicación emocional de la familia que complique más el panorama de atención al propio enfermo y a la familia como tal. La entrevista familiar, desarrollada por etapas y con varios requisitos a cumplir, es el procedimiento básico para evaluar la familia de estos pacientes. Estas entrevistas pueden complementarse con determinados instrumentos que evalúan el impacto de acontecimientos vitales y los recursos protectores; entre ellos se ha propuesto el Instrumento de Repercusión Familiar (IRFA), que evalúa el grado de repercusión en diferentes áreas (socio-económica, socio. Psicológica, funcionamiento familiar, estado de salud), el Instrumento para evaluar los Recursos Adaptativos y cuestionarios de Apoyo Social a la familia, los cuales pueden revisarse en literatura especializada. (4)

Cuando el peso de la atención al enfermo es llevado a cabo por un miembro específico de la familia, este es llamado comúnmente «cuidador primario». Se define

como la persona (familiar o allegado) con mejores condiciones para asumir responsablemente el cuidado del paciente, por contar con posibilidades reales y disposición para su atención, poseer una buena relación afectiva con el enfermo, suficiente nivel intelectual para comprender y transmitir la información e instrucciones, así como capacidad para imprimirle seguridad y bienestar emocional en la mayor magnitud posible. El cuidador primario ideal debe tener sentido de responsabilidad, salud mental adecuada y actitudes para el apoyo, pero no sobreprotectoras ni paternalistas. El entrenamiento y la asesoría para el cuidado integral al enfermo constituyen las intervenciones más importantes, a través de ellas el cuidador primario y toda la familia se prepara para el cuidado del enfermo. Los miembros del equipo deben mantenerse en contacto continuo, tanto físicamente como de forma localizable, sin dejar solos a los familiares cuidadores en esta ardua labor. (5)

Las intervenciones para preparar al cuidador primario y a otros familiares cuidadores deben ser sistemáticas, flexiblemente estructuradas e individualmente orientadas, considerando las peculiaridades de cada uno. Cada forma de cuidado debe acoplarse a otros en una terapéutica mixta e integral, con un enfoque sistémico-dinámico, que retroalimente a los cuidadores; deben ser progresivos, porque es imposible entrenar a familiares en todos los tipos de cuidados en un tiempo relativamente corto. El familiar cuidador irá adiestrándose en la solución de diversos problemas, a medida que estos aparezcan, e irá acumulando experiencia que transferirá más o menos exitosamente a nuevas situaciones. En general, el entrenamiento a la familia debe tener en cuenta todos los aspectos que tienen que ver con el cuidado directo al paciente: alimentación, higiene, cambios de postura, curaciones específicas, evacuación, administración de medicamentos, control de ciertos síntomas y molestias; se debe realizar de forma paulatina y utilizando lenguaje claro, sin la utilización de palabras técnicas y en un ambiente de cordialidad y respeto. Este entrenamiento será eminentemente práctico, utilizando preferentemente los pasos de las técnicas para el desarrollo de habilidades, que han mostrado ser útiles para la capacitación de profesionales sanitarios: modelado, ensayos conductuales, retroalimentación. (5)

Durante la preparación para la atención del paciente es necesario tener presente algunas preocupaciones relacionadas con el cuidado del enfermo, con el acceso a los recursos y con los servicios de apoyo, las cuales será necesario incluirlas en el proceso de enseñanza y asesoría. Es posible que esta sea la primera ocasión en que se encuentra alguien en una situación de este tipo. Prepararlo significa aquí adiestrarlo para el cuidado integral del paciente. (5)

La posibilidad de cuidar éticamente a un enfermo y a sus familiares encuentra en la comunicación adecuada con la confidencialidad necesaria un alto exponente técnico, ya que a través de ella podemos contribuir a la capacidad de decisión y autocuidado, a que el problema de salud o la hospitalización no afecten la dignidad ni la condición humana. Debe respetarse la intimidad de los pacientes al hablar sobre sus problemas con franqueza y no revelar información no acordada, salvo que tenga que protegerse a otras personas, ante requerimientos inaplazables o para discutir el caso con otro colega. No se debe hablar en público sobre un paciente identificable, ni hacerlo frente a personas que no participan en su atención. No obligarnos a mantener secretos al paciente, más bien, animar a un familiar o allegado a hablar con el enfermo directamente; mostrando siempre delicadeza y respeto. (5)

En la terapéutica del dolor hay que considerar especialmente que cuando un paciente dice que le duele es totalmente cierto, por lo que hay un número de preceptos que devienen mandamientos inviolables en el tratamiento del dolor:

Cuando el enfermo dice "me duele" es que le duele.

La potencia del analgésico la determina la intensidad del dolor y no el tiempo de supervivencia.

A veces es preciso valorar el alivio obtenido frente a los efectos colaterales.

Siempre se deben asociarse medicamentos adyuvantes, esto hace reducir las dosis de los analgésicos.

No usar medicamentos compuestos.

No usar placebos.

No todos los dolores son aliviados por analgésicos (ejemplo: el uso de bifosfonatos).

8. El insomnio debe tratarse de forma enérgica (la noche es mala para recordar y verse sólo).

El tratamiento del dolor oncológico se basa en el uso racional de analgésicos y coanalgésicos, según la Escalera propuesta por la OMS en 1994. Con el empleo de esta escalera, como guía metodológica de acción para el tratamiento del dolor, se obtiene el control en el 80 % de los casos; para el control del resto debe considerarse otras terapias (ejemplo: analgesia espinal, radioterapia, etc.).(6)

Escalera analgésica de la OMS.

La subida de escalón o peldaño analgésico depende exclusivamente del fallo del escalón anterior, después que se han utilizado las dosis máximas del fármaco del escalón precedente, no depende de la supervivencia esperada ni del componente emocional del dolor del paciente.

Si falla un fármaco de un escalón el cambio a otro fármaco del mismo escalón, no mejora la analgesia excepto en el 3er. escalón.

Si no hay analgesia con los fármacos del 2do escalón no estancarse allí y pasar rápidamente al 3er. escalón.

Los coanalgésicos deben prescribirse en base a la etiopatogenia del dolor.en cualquier escalón.

Cuando se sube de escalón debe mantenerse el coanalgésico.

Debe realizarse en horario, por la boca preferentemente y orientado de forma personalizada.

Debe ser considerada las medidas no farmacológicas.

Debe considerarse el apoyo psicosocial y la comunicación adecuada para “transitar por la escalera analgésica” (flecha que actúa a manera de “baranda” o “pasamanos” de la escalera).

Deben tratarse otros síntomas coincidentes. (6)

Es importante distinguir entre analgésicos y coanalgésicos:

Analgésicos: fármacos que disminuyen la percepción del dolor, sin alterar la conducción nerviosa, ni producir la pérdida de conciencia. Su selección lo determina la intensidad del dolor.

Coanalgésico: Fármacos no analgésicos que cuando se asocian a ellos, mejoran la respuesta terapéutica a los analgésicos; su selección depende del tipo de dolor. Se pueden añadir en cualquier escalón. (6)

Primer escalón (no opioides): correspondiente a dolor leve.

Paracetamol: dosis 1g c/6-8 h/VO, rectal, EV. Metamisol (dipirona): dosis 1-2 g c/6-8h/VO, rectal, IM, EV AINE: todos tienen una potencia analgésica similar. Son especialmente útiles en las metástasis óseas y tienen techo analgésico; los más conocidos son los inhibidores de la COX 1, que son rastrógenos. Los inhibidores de la COX 2 incrementan el riesgo al infarto del miocardio y los accidentes vasculares encefálicos. Todos los AINE disminuyen la agregación plaquetaria. Debe usarse gastroprotección con: ranitidina, omeprazol o misoprostol y ajustarse dosis en caso de daño renal y en ancianos. La aspirina se puede usar a dosis 500 mg-1 g c/4-6 h/VO, produce mucha irritación gástrica, puede producir hipoacusia y prurito. Los de más frecuente uso son: ibuprofeno 400-800 mg c/8h/VO, diclofenaco: 50 mg c/8h/VO, naproxeno: 500 mg c/12 h/VO, ketoralaco 30 mg c/6h/VO, EV, SC; no mas de 4 semanas por riesgo de insuficiencia renal. (6)

Segundo escalón (opioides débiles): EVA 4-6, dolor moderado.

Los más usados son:

Codeína: dosis 30mg c/6-8h/VO, usar con laxante profiláctico. Tramador: 50-100mg c/6-8h/VO, SC, EV; máximo 400 mg en 24 horas. En ancianos la mitad de la dosis. Usar con laxante profiláctico. El paracetamol con codeína tiene ligero efecto sinérgico. (6)

Tercer escalón (opioides fuertes): EVA 7-10, dolor severo.

El medicamento de primera elección en este grupo es la morfina. Morfina de acción inmediata y acción retardada: dosis inicial de acción inmediata 5-10 mg cada 4 h/VO. Es posible doblar la dosis nocturna. No tiene techo terapéutico, deben explorarse frecuentemente efectos indeseables para valorar rotación de opioides. Siempre usar laxantes, prever tmesis y el llamado "efecto ventana" a dosis medias. Ajuste de dosis: incrementar la dosis según las dosis de rescate usadas en 24 horas de morfina de acción inmediata y añadirlas de forma regular. Con respecto a la equianalgesia según la vía de administración, ver lo relacionado con las características de los opioides. Debe pasarse a morfina de liberación controlada, una vez obtenida analgesia aceptable con la de acción inmediata, se usan entonces dosis c/12 horas. La primera dosis de acción retardada debe coincidir con la última de acción

inmediata. La insuficiencia renal es el factor de riesgo más importante en este caso.
(6)

Fentanilo: Equivalencia con la morfina inmediata: 10 mg: 100 microgramos. Indicado cuando se pretende un rápido alivio del dolor, fue concebido para uso parenteral; produce menos estreñimiento que la morfina. Existe actualmente en diferentes presentaciones: bulbos, parches transdérmicos y transmucosos. Es de máxima utilidad en el dolor incidental. (6)

Metadona: Dosis inicial a paciente que viene del segundo escalón: 3-5 mg c/ 8 h/ VO, en ancianos empezar 3 mg c/12 hrs, ajustes de dosis cada 3er día. Dosis de rescate 1/6 de la dosis total diaria: Equianalgnesia VO: SC - 2:1. Oxicodona: Por vía oral es 1,5 -2 veces más potente que la morfina de acción inmediata. La oxicodona de acción prolongada supone un avance terapéutico, pues es de corta vida media de eliminación, rápida aparición de la analgesia, produce menos prurito y menos alucinaciones. Dosis de inicio recomendada 10 mg c/12 horas, incrementos de 25-50 % de la dosis anterior. En el año 2000 se comenzó a proponer un “ascensor analgésico”, que se dispara con un EVA por encima de 5, pero no ha logrado en la práctica sustituir a la escalera analgésica de la OMS, ampliamente conocida y usado. En el análisis de los aspectos éticos al final de la vida se deben tener en cuenta los dilemas relacionados con los límites del poder de los profesionales de la salud, poder acrecentado por el desbordante desarrollo de conocimientos y de tecnologías.(6)

El manejo del dolor debe ser:

Por la escalera analgésica de la OMS.

Por la boca; es una vía efectiva y la preferida de ser posible.

Por el reloj; la mayoría de los pacientes con cáncer padecen dolores continuos u otros que recurren con frecuencia; por lo tanto, un régimen regular de analgesia es necesario.

Considerando los dolores irruptivos, además de dolor continuos, aparecen agudizaciones de los mismos relacionados con alguna actividad o no (los que se relacionan con actividades son los incidentales); para ambos tipos de episodios se necesitan dosis de analgésicos adicionales a las administradas “por el reloj”.

Individualizado y con atención al detalle; debe ajustarse el tratamiento a las características individuales de cada paciente, considerando enfermedades concomitantes.

Considerando todos los aspectos del sufrimiento: físicos, psicológicos, espirituales y sociales.

Monitoreando la eficacia del tratamiento; las dosis de analgésicos deben ser ajustadas hasta lograr el control del dolor, pueden incrementarse o ser disminuidas por la utilización de algún tratamiento oncológico coincidente que lo disminuya (por ejemplo, radioterapia paliativa en metástasis óseas).

Identificando y tratando causas que puedan empeorarlo: infecciones, quimioterapia paliativa, hormonoterapia o alguna enfermedad subyacente no oncológica.

Todos los aspectos incluidos en el llamado “dolor total” (experiencias dolorosas provenientes de fuentes físicas, psicológicas, sociales y espirituales) deben ser abarcados en el tratamiento del dolor. (6)

La rotación de opioides está indicada cuando:

Hay neurotoxicidad severa por opioides u otros efectos adversos intolerables.

No se logra el control del dolor, a pesar de utilizar las dosis adecuadas posibles.

La magnitud de la dosis de opioides la hace de difícil manejo (por ejemplo, morfina 400 mg c/4 horas). Si el paciente está con morfina puede valorarse el paso a hidromorfona u oxicodona, un cambio también puede ser a metadona o fentanilo. (6)

En las edades avanzadas el aclaramiento renal de los opioides decrece y aumenta su tiempo de acción, por ello se incrementa la posibilidad de neurotoxicidad, unido al riesgo de la polifarmacia por las comorbilidades del anciano. Los ancianos experimentan dolores tan intensos como los más jóvenes, pero es necesario comenzar la titulación de dosis con dosis menores, y en algunos casos, abrir los horarios (por ejemplo, morfina oral empezar c/6-8 horas en vez de c/4 horas). La acumulación de las drogas es mayor en las presentaciones de acción prolongada. (6)

La morfina es un analgésico opiáceo con buena absorción y penetración en los tejidos; se une a los receptores opiáceos situados en diversas localizaciones del Sistema Nervioso Central, (SNC). Es eficaz en el control del dolor severo. Sin embargo, no siempre es bien aceptado por el paciente y sus familiares. Los propios

profesionales de la salud rechazan o prolongan el inicio del tratamiento. En realidad, en ellos hay una serie de prejuicios (creencias estereotipadas y conformadas socialmente) en forma de “mitos”. Algunos de los mitos más frecuentes son:

Temor a la adicción, a la tolerancia y dependencia física, a que el paciente se haga un “drogadicto”. La propia definición de drogodependencia del Comité de Expertos en Drogodependencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) garantiza que el consumo de morfina para el alivio del dolor no supone un problema de drogadicción. Diferentes estudios con miles de pacientes han demostrado que los consumidores de morfina no tenían antecedentes significativos en el uso de drogas. La incidencia de dependencia a opioides inducida médicamente, cuando estos se emplean de manera adecuada para el alivio del dolor intenso, es insignificante. La experiencia diaria demuestra que cuando ya no hace falta al enfermo, se puede suspender sin ningún problema, siempre que se retire gradualmente. Por último, cabría reflexionar si existen posibilidades de que llegue a ser un drogadicto un enfermo con expectativas de vida muy limitadas. (6)

Miedo a que el paciente use la morfina para suicidarse. En realidad, los casos de suicidio en cáncer avanzado (tasas que no son tan diferentes de las de la población general) no han sido con morfina. En todo caso, los estudios demuestran que pacientes con dolor severo tienen más ideas suicidas que los que no tienen dolor. (6) Es peligroso tener morfina en casa, se la pueden robar. El mercado clandestino de la droga se relaciona fundamentalmente con la heroína, con los alucinógenos, con la cocaína y el hachís. Si bien deben tenerse los debidos controles, como cualquier otra droga, el peligro de que se roben unas ampulas o unos comprimidos de morfina de un hogar donde hay un paciente con dolor en estadios avanzados es insignificante. (6)

Si se administra morfina, se supone que el paciente está muriéndose. Desgraciadamente, esto ocurre cuando hay miedo a indicar morfina por los médicos y se administra tardíamente. A veces al enfermo sólo se le concede el beneficio de este potente analgésico cuando es moribundo, lo cual contribuye a arraigar la idea de que el uso de la morfina (generalmente por vía parenteral) precipita la muerte de un enfermo, que ya está agotado y desmoralizado y llegando a su final con inaguantable

dolor. La experiencia de muchos meses de empleo de morfina por algunos pacientes si está bien indicada, refuta esta idea. (6)

El que usa morfina es una especie de muerto en vida. En realidad, los que están condenados a ser “muertos en vida” son aquellos enfermos a quienes no se les suministran los analgésicos adecuados. El uso correcto de la morfina, si no se demora hasta que el paciente esté agonizando, le permite vivir una vida más normal que sufriendo severo dolor. (6)

La morfina provoca euforia. Aquí no debemos confundir la euforia con la sensación de bienestar que experimenta un paciente al ser aliviado su dolor. Un paciente histórico por su dolor puede dar la impresión de un enfermo eufórico, porque le vemos en paz y más optimista. Testimonios de escritores, obras de arte y películas que alcanzan categoría de verdaderos objetos de culto, han contribuido a diseminar la falsa creencia acerca de estos efectos, no ratificada por experiencias ni por estudios clínicos con drogodependientes. (6)

La tolerancia se desarrolla rápidamente y al final la morfina ya no será tan efectiva. La morfina, como todo medicamento, produce el fenómeno llamado de tolerancia. Pero es injustificada la creencia de que puede no ser efectiva si se emplea ya no tempranamente, sino en forma oportuna, en el momento justo en que es necesario. La morfina es el único analgésico que no tiene el llamado “efecto techo” (dosis máxima a partir de la cual el medicamento ya no es más efectivo o puede producir serios efectos secundarios). Las dosis de morfina pueden aumentarse casi indefinidamente si resultara necesario, porque además está demostrado que cuanto más largo es el tratamiento con morfina, menor es el efecto de su tolerancia. Muchas veces las dosis deben ser incrementadas no por la tolerancia, sino por el progresivo crecimiento del tumor con aumento de dolor, por otros síntomas no controlados que modifican el umbral y la sensibilidad al dolor (ansiedad, depresión, miedo, aburrimiento, cansancio, aislamiento), cuando se trata de un dolor para cuyo control no se han añadido los coanalgésicos oportunos (como el dolor neuropático), o cuando excepcionalmente se tiene a un enfermo con historial de abuso de drogas, lo que exige prudencia en la prescripción.

La morfina provoca depresión respiratoria. Con la morfina oral este miedo no tiene sustentación. Con la morfina por vía endovenosa o cuando se trata de dolor postoperatorio hay que tener un poco más de cuidado. Debe recordarse que el propio dolor es el principal antagonista de los efectos depresores centrales de la morfina. Si se titula cuidadosamente la dosificación de morfina, la posible depresión respiratoria es prácticamente inexistente. Esto debe tenerse en cuenta cuando un enfermo con morfina empieza con otro tipo de tratamientos antiálgicos (radioterapia en metástasis óseas, bloqueos neurolíticos, etc.) en donde es necesario disminuir progresivamente las dosis de analgésicos. El antagonista puro de la morfina: el Naloxone generalmente se lleva en los bolsillos de las batas de los médicos palaitivistas principiantes sin que nunca tengan que utilizarlo.

La morfina por vía oral inefectiva. Esto no es cierto, lo que sucede es que la morfina oral se absorbe mal y obliga a duplicar y triplicar las dosis parenterales. Si se dispone de morfina oral, cuando la vía oral no sea practicable (por vómitos persistentes, disfagia intensa, disminución de conciencia, etc.) la vía alternativa es la subcutánea e implica la necesaria equivalencia analgésica.

En conclusión, la morfina, a las dosis adecuadas, con los intervalos precisos, en los enfermos en que está indicada y bajo control médico, no es peligrosa. Es cierto que tiene efectos indeseables (estreñimiento, náuseas, vómitos, etc.) pero perfectamente controlables si se sabe usar. Estos mitos carecen de fundamento y se pueden minimizar o erradicar si en la práctica clínica habitual el médico dispone del tiempo necesario y suficiente para explicar a enfermo y cuidadores los beneficios que reportará y la no pertinencia de estos miedos socialmente condicionados. El alivio del dolor neuropático se basa en acciones farmacológicas y no farmacológicas. Los fármacos orales conocidos como antineuríticos son la forma más utilizada, constituyen un grupo de medicamentos de diversas clases, que no pertenecen a los analgésicos convencionales, pero que se conocen como coanalgésicos. En su mayoría tienen otras prescripciones por las que son más comúnmente utilizados. Como regla general, debe explicarse al paciente: la posible aparición de efectos indeseables, utilizar dosis progresivas para evitar reacciones adversas, utilizar de preferencia la monoterapia y tratar las consecuencias psico-afectivas que provoca el

dolor (ansiedad, depresión). Respecto a los opioides aunque en el pasado ha sido controversial su eficacia para el dolor neuropático, en la actualidad la mayoría de los autores consideran que éstos pueden ser útiles si se utilizan en dosis suficientes en los dolores moderados y severos, correspondientes al 2do. Y 3er. escalón de la escalera analgésica de la OMS. (6)

Acciones Farmacológicas (las dosis se reflejan solo en aquellos de uso más frecuente)

Antiepilépticos: a. "de primera generación": carbamazepina: comenzar con 50 mg 3 v/día y aumentar progresivamente cada 2do o 3er día sobre todo en la noche, hasta encontrar la dosis apropiada, sin sobrepasar 1,200 mg/día; oxcarbazepina (es la carbamazepina de liberación lenta), fenitoína: comenzar con 50 mg c/8 horas hasta 300 mg/día; valproato de sodio o magnesio: de 200 a 500 mg c/8 horas con máximo de 2,5 g/día. b. "de nueva generación": gabapentin: comenzar con 300 a 400 mg diarios de preferencia en la noche y aumentar progresivamente hasta 900 mg/día; clonazepam (benzodiazepina con acción anti-epiléptica): 0,5-1 mg/día en asociación con otro medicamento; otros: pregabalin, lamotrigina, topiramato. ..(6)

Antidepresivos: a. antidepresivos tricíclicos: amitriptilina: 12,5 mg en la noche y aumentar progresivamente hasta una dosis de 25-50 mg c/ 8 horas, imipramina: dosis inicial de 10 mg al acostarse y aumentar de 30-50 mg/día hasta 100 mg/día, desipramina: 25-100 mg/día en varias tomas hasta 150 mg/día; otros: clomipramina, nortriptilina y maprotilina. b. inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: fluoxetina: 20 mg diarios al inicio pudiendo aumentar hasta 20 mg/3 v&día; otros: paroxetina, citalopram, venlafaxina... (6)

Opioides: codeína: 15-30 mg 3 v/día; tramadol: 25 mg c/8 horas y aumentar progresivamente hasta máximo de 400 mg/día, repartida en 3 subdosis; otros: morfina, buprenorfina, fentanil transdérmico o IV... (6)

Anestésicos locales en uso sistémico o tópico: lidocaína endovenosa o en parches, procaína. ..(6)

Antagonistas de receptores N Metil D Aspartato (NMDA): ketamina, dextrometorfan, amantadina, memantina... (6)

Otros: capsaicina, simpaticolíticos (bloqueos con guanetidina, uso sistémico de fentolamina), clonidina, AINES, baclofeno, L-Dopa. II. Acciones No Farmacológicas: Técnicas de estimulación: uso de frío, calor, ultrasonido, vibraciones, neuroestimulación eléctrica transcutánea.

Otras: hipnosis, técnicas de relajación, acupuntura...(6)

En el dolor músculo- esquelético se usan relajantes como el metocarbamol, el diazepam, el baclofeno en el espasmo músculoesquelético, por vía oral. Para los dolores viscerales se usan esteroides y anticolinérgicos, como la butilhioscina o buscapina: 10 mg-20mg VO o SC c/6 horas o infusiones de 60-90 mg en 24 horas, que reducen la motilidad propulsiva y las secreciones intraluminales. Ante el dolor de músculo liso también se usa octreotide (análogo de la somatostatina), comenzando con 100 mcg SC, especialmente en las obstrucciones intestinales para disminuir secreciones gastrointestinales y náuseas y vómitos. En los dolores disestésicos localizados por estimulación de receptores nociceptivos periféricos, se usan los AINES en crema o gel, y anestésicos tópicos en crema o gel (lidocaína). En la medida que el conocimiento de la fisiopatología del dolor avanza serán más numerosos los fármacos que tengan un papel como coanalgésico en el dolor por cáncer. (6)

Modalidades físicas.

Estimulación cutánea: calor o frío, .en dolores y/o espasmos musculares o en dolores viscerales (calor estimula peristalsis intestinal), a través de bolsas, botellas frías o calientes, hidroterapia de inmersión caliente, bolsas frías para inflamación y abscesos en periodos de 15 min. También se utilizan los masajes para contracturas musculares. (6)

Ejercicios físicos: orientados por un fisioterapeuta ayudan a disminuir la debilidad muscular y a mejorar coordinación, estimulan el confort del paciente. (6)

Inmovilizaciones: ayudan al descanso confortable de articulaciones en posiciones funcionales, evitar deformidades mediante equipos ortopédicos regulables.(6)

Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS): estimulación e fibras nerviosas con electrodos cutáneos de bajo voltaje. Un enfermo con cáncer avanzado tiene múltiples síntomas que deberán ser tratados con diferentes medicamentos durante

un período más o menos prolongado de tiempo. Los criterios de elección de las vías suelen ser:

- a) Que sea autónoma.
- b) Que sea de fácil utilización
- c) Que sea lo menos agresiva posible y que aporte pocos efectos secundarios. (6)

Vía oral: Es la vía preferente para estos pacientes. Hay que decir que es tan conveniente y eficaz como la vía parenteral (subcutánea/SC o endovenosa/IV). Además, es cómoda, práctica y ofrece autonomía al paciente, facilitando el cumplimiento terapéutico por los familiares cuidadores. Existen situaciones donde la vía oral no es posible. Dos tercios de los pacientes en sus últimas semanas de vida no pueden tragar, algunos hacen intolerancia a los fármacos por vía oral o tienen mala absorción, o se sienten extremadamente débiles o están inconscientes o en coma. A veces, en una crisis de dolor, se requiere de un medicamento de acción rápida, esto puede lograrse en 20-30 min con analgésicos orales de acción ultra rápida, pero si se utilizan por la vía SC o IV se puede lograr alivio entre 2 y 10 min. (6)

Vía subcutánea: Es de amplia utilidad en pacientes con enfermedad avanzada y terminales, tan efectiva como la IV en el ámbito de los Cuidados Paliativos. Puede utilizarse tanto para la administración de fármacos, como de líquidos (hipodermoclisis). Es una técnica poco agresiva, no precisa hospitalización y permite la autonomía del paciente con menos efectos secundarios. Una aguja de mariposita 23 ó 25G con aguja de metal, o palomitas con catéter plástico de 24G, colocadas subcutáneamente, siguiendo las líneas de la piel, con bolos no mayores de 2 cc y masajeando luego la zona de punción, se puede dejar 3-5 días sin irritación ni infección del área donde se aplicó. Estas infusiones SC no son aptas para flujos superiores a 30 ó 50 cc/hora, siempre entre una administración de un medicamento y otra debe pasarse suero fisiológico, para limpiar el tubo. Las zonas habitualmente seleccionadas para colocar las infusiones SC son: brazo (cara lateral), zona pectoral (su claviclar), abdomen, zona anterior del muslo. Deben evitarse zonas irradiadas con infiltraciones tumorales o edematosas Aunque es ligeramente más lenta que la vía IV, la vía SC es superior a la vía oral o rectal y permite al paciente una libre

movilización. Las desventajas principales son: infección en la zona de punción (poco frecuente), salida accidental de la palomita (que lo resuelve la propia familia entrenada), y reacciones adversas al material (reacciones locales). Las reacciones adversas a los medicamentos son propias para todas las vías. (6)

Vía intramuscular: Es dolorosa, no recomendable en pacientes caquéticos, que carecen de masa muscular. (6)

Vía rectal: Es útil cuando es necesario no hacer uso de la vía oral por corto tiempo. Muchos medicamentos tienen rápida acción por esta vía (6)

Vía transdérmica: Es útil en pacientes con control estable del dolor. Un medicamento que se usa mucho por esta vía es el fentanilo. (6)

Vía nasogástrica (NG) o por el tubo de gastrostomía (PEG): Pueden usarse para formulaciones líquidas de opioides; algunos medicamentos (morfina de liberación controlada, hidromorfona) tienen presentaciones en cápsulas de pellets, que se dejan caer al tubo. (6)

Vía sublingual (SL) y bucal: Suelen usarse por esta vía son el fentanilo y el subfentanilo; su condición lipofílica permite su uso sublingual, aunque con dosis limitadas a 1,5-2 ml. Actualmente se dispone de la forma transmucosa de citrato de fentanilo. Estos medicamentos son útiles para el control del dolor incidental y permiten en breve tiempo realizar actividades motoras (masticación, por ejemplo). (6)

Vía tópica: Se utilizan para opioides en forma de gel sobre heridas o úlceras dolorosas. (6)

Vía de nebulización: Se ha utilizado en casos de disnea, pero no es muy recomendable. (6)

Vía intraespinal (epidural o intratecal): Se combina con anestésicos locales, es la elección de tratamiento en aproximadamente el 5 % de los pacientes con cáncer terminal, que tienen dolor severo e intratable. Requiere de personal y recursos especializados. (6)

Principios Generales del control de los síntomas.

Evaluar antes de tratar (causa, intensidad, impacto físico y emocional, factores facilitadores o que aumenten síntomas).

Explicar causas al paciente y familia en términos sencillos, dar instrucciones sencillas y completas sobre tratamientos.

Estrategia terapéutica mixta con tratamiento individualizado.

Monitorizar síntomas y llevar esquemas de registro adecuados, revisando continuamente, a síntomas constantes, tratamientos preventivos.

Atención a los detalles para minimizar efectos secundarios de los tratamientos y el impacto psicosocial. (6)

Síntomas a controlar y principales cuidados

Síntomas además del dolor.

Digestivos: anorexia, estreñimiento, náuseas y vómitos, diarreas, obstrucción intestinal, candidiasis

Urinarios: incontinencia, espasmo vesical, tenesmo vesical, retención

Neuropsíquicos: insomnio, estados confusionales, ansiedad, depresión

Respiratorios: disnea, tos, hipo, estertores pre-mortem

Síndromes urgentes: hipercalcemia, compresión medular, descompresión de vena cava superior

Cuidados: De la boca, de confort, dietéticos y alimentarios, de la piel, de eliminación, otros. (7)

La anorexia es el síntoma más frecuente entre las personas con cáncer y puede presentarse al principio del proceso de la enfermedad o más tarde a medida que el tumor crece y metastiza. Se define como disminución o ausencia del deseo de comer (pérdida del apetito). (7)

La causa de la anorexia en pacientes oncológicos es generalmente multifactorial. La modalidad de tratamiento, el cáncer mismo y factores psicosociales pueden en su conjunto traer consecuencias en el apetito. (7)

El tratamiento contempla medidas generales: preparación adecuada de los alimentos, poca comida y frecuente con alto contenido calórico y en platos grandes preferentemente en el desayuno, evitar olores intensos durante la cocción, consejos higiénico-dietéticos teniendo en cuenta las preferencias del enfermo, educación sanitaria a los familiares; el entorno tranquilo, cómodo y el ejercicio periódico pueden también mejorar el apetito. Es importante la libertad de horario para comer, según

preferencias individuales y también el cuidado e higiene de la boca y eliminar la fetidez provocada por gérmenes anaerobios. (7)

El estreñimiento se define como la defecación infrecuente (menos de tres veces por semana) y con dificultad, con heces duras y secas. Es muy común en pacientes con cáncer avanzado, la mitad de estos pacientes suelen tener estreñimiento y hasta un 80 % requerir laxantes. Taa consecuencias y síntomas asociados: flatulencia, distensión y/o dolor abdominal, tenesmo, anorexia, diarreas por sobre flujo, confusión, náuseas y vómitos, disfunción urinaria. (7)

Las causas más frecuentes son: régimen dietético, alteración de los hábitos intestinales, desnutrición y caquexia. Trastornos metabólicos, Trastornos intestinales, entre otros. Entre los laxantes de acción local tenemos la glicerina en supositorios y el bisacodilo en supositorios, que ablandan, suaviza y evacuan heces del recto y/o estomas. (7)

Las diarreas pueden aparecer aproximadamente en un 10 % de los pacientes con cáncer avanzado. Las causas, en su gran mayoría, se deben a un desajuste (exceso) en la dosis de laxantes, por el uso de antiácidos o antibióticos, o puede ser secundaria a impactación fecal con sobre flujo (pseudodiarrea) y a la radioterapia o por obstrucción intestinal completa. El tratamiento medicamentoso de las diarreas es generalmente con opioides: se pueden usar la codeína (30-60 mg. c/6-8 horas) y la morfina (10-30 mg. c/12 horas); la Loperamida es el opioide de elección al no tener efecto por vía oral sobre el SNC y muy pocos efectos secundarios, además como antidiarreico es 60 veces más potente que la codeína, se puede tomar hasta 4 mg. c/6-8 horas. En nuestro medio es más conocido el difenoxilato (rehaces).

Otros antidiarreicos inespecíficos son los absorbentes: pectina, agentes hidrófilos del bolo fecal; los adsorbentes: carbón activado que se utiliza sobre todo en la diarrea tóxica; y los inhibidores de las prostaglandinas, sobre todo en la diarrea secundaria a la radioterapia: aspirina (325 mg. c/8 horas) y naproxeno (250-500 mg. c/12 horas). Entre los antidiarreicos específicos puede utilizarse la pancreatina si hay esteatorrea (3-5 tabletas c/8 horas), también la loperamida (1 tableta c/12 horas) y la cimetidina (1 tableta c/8 horas). Si hay diarrea biliar, se puede utilizar la colestiramina, resina que

liga los ácidos biliares en el colon, dosificada en principio en 1 sobre c/8 horas, pudiendo llegar a duplicarse esta dosis. (7)

Las náuseas se expresan por una sensación desagradable en la parte alta gastrointestinal y pueden estar acompañadas o no de vómitos. El vómito es la expulsión potente del contenido gastrointestinal a través de la boca. Pueden estar presentes en el 60 % de los pacientes con cáncer avanzado. Tienen diferente origen. Entre las causas secundarias al cáncer tenemos: edema cerebral, aumento de la presión intracraneal, obstrucción intestinal y estreñimiento, lesión gástrica, toxicidad tumoral, hepatomegalia, dolor, ansiedad, hipercalcemia, uremia.

Entre las causas debidas al tratamiento están: la quimioterapia, la radioterapia y el uso de fármacos (opioides, aspirina, corticoides). Otras causas concurrentes no necesariamente relacionadas con el cáncer y los tratamientos son: la gastritis alcohólica, las infecciones, la úlcera péptica, la sobrepresión de cuidadores para que coma, los olores fuertes, la uremia. Las náuseas se expresan por una sensación desagradable en la parte alta gastrointestinal y pueden estar acompañadas o no de vómitos. El vómito es la expulsión potente del contenido gastrointestinal a través de la boca. Pueden estar presentes en el 60 % de los pacientes con cáncer avanzado. Tienen diferente origen. Entre las causas secundarias al cáncer tenemos: edema cerebral, aumento de la presión intracraneal, obstrucción intestinal y estreñimiento, lesión gástrica, toxicidad tumoral, hepatomegalia, dolor, ansiedad, hipercalcemia, uremia. (7)

Entre las causas debidas al tratamiento están: la quimioterapia, la radioterapia y el uso de fármacos (opioides, aspirina, corticoides). Otras causas concurrentes no necesariamente relacionadas con el cáncer y los tratamientos son: la gastritis alcohólica, las infecciones, la úlcera péptica, la sobrepresión de cuidadores para que coma, los olores fuertes, la uremia. (El tratamiento se basa en el manejo de las causas reversibles (estreñimiento, hipercalcemia, etc.) y en prescribir los antieméticos más adecuados, algunos de los cuales actúan a nivel central y otros a nivel periférico. En el tratamiento de los vómitos por causas centrales, se recurre a las fenotiacinas (clorpromacina) y a las butirofenonas (haloperidol).

En vómitos inducidos por opiodes, se puede usar el haloperidol (el cual también es ansiolítico y útil en la agitación psicomotora), que tiene vida media de 16 horas y se puede dar normalmente una vez al día, aunque se recomiendan inicialmente 1.5 mg (15 gotas) en dosis nocturnas y si no es efectivo, 3-3.5 mg (30-35 gotas), también en la noche⁷⁾

La boca es asiento de numerosas molestias que dificultan e incrementan la necesidad de la higiene bucal y por lo tanto entorpecen la alimentación, la comunicación y en general la satisfacción y el bienestar del enfermo. Es el personal de Enfermería quien con mayor frecuencia trata de mitigar las consecuencias de estos trastornos. En el enfermo avanzado las alteraciones de la boca por déficit nutricional o de hidratación, tumoraciones locales, infecciones, ciertos fármacos (opioides, citostáticos) dan lugar a numerosas lesiones y complicaciones. (7)

Algunas medidas generales para aumentar la salivación y humedificar las mucosas:

Dar frutas frías, caramelos sin azúcar, jugo de limón o cubitos de hielo.

Masticar trocitos de piña.

Enjuagar con manzanilla (anestésico local) y limón para estimular la salivación, preparando un litro de manzanilla y el zumo de un limón; no debe utilizarse si hay deshidratación, ya que estimular las glándulas salivares deshidratadas producirá más dolor y un efecto rebote de mayor sequedad.

Mantener los labios hidratados con aceite de cacao o similares; no usar vaselina si la boca está seca porque es hidrófoba y puede producir mayor sequedad.

Guardar las prótesis dentales por la noche en un recipiente con agua e hipoclorito sódico al 1% para evitar la aparición de hongos y sequedad.

Tener precaución en el limpiado de la boca en pacientes con confusión mental para evitar el posible riesgo de mordidas. (7)

La disnea es un síntoma molesto, angustiante y muchas veces es la causa de ingreso en Unidades Hospitalarias. (7)

Si se tiene en cuenta que la ansiedad y el miedo pueden exacerbar las crisis, los cuidados generales deben ir orientados a: transmitir tranquilidad, seguridad y control de la situación, de esta manera el paciente se siente confiado y la ansiedad disminuye. Otras medidas generales útiles son la relajación (valorar cautelosamente

técnicas respiratorias), las posiciones confortables, la ventilación del local, evitar ruidos innecesarios y que el enfermo se quede solo durante las crisis, abanicarle el rostro, etc. Se recomienda dirigir una corriente de aire al pecho y cara, quitarle la ropa apretadas, colocarle paños húmedos y fríos en la cara; mantenerlo en posición semisentado, ayudado con almohadas e instruirlo para que respire profundamente, inspirando por la nariz y exhalando lentamente por la boca (ejercicios respiratorios)(7)

Los tratamientos farmacológicos más usados son con opioides, psicofármacos, corticoides y broncodilatadores. El tratamiento farmacológico básico de la disnea en el cáncer avanzado es con sulfato de morfina oral: 10 mg c/12 horas o con el clorhidrato de morfina, a razón de 3 mg. c/4 horas; en general puede comenzarse por 5 mg. por VO, doblando la dosis en la noche, aunque en pacientes muy ancianos, caquéticos, es recomendable empezar con 2.5 mg c/4 horas VO y si hay insuficiencia renal, espaciar la dosificación c/6 horas. Si el paciente ya tenía morfina para el dolor, se recomienda un incremento del 50 % de la dosis (7)

La tos es un mecanismo protector caracterizado por la espiración súbita y expulsiva, cuya finalidad es eliminar materia extraña e irritante de las vías respiratorias. Es un síntoma frecuente en pacientes con cáncer avanzado, se presenta como mínimo en el 30 % de los casos, pudiendo llegar hasta el 50 % y más. De hecho, en las metástasis bronco-pulmonares, Las causas más frecuentes son: irritación y contaminación ambiental (traqueal, bronquial, pleural, pericárdica y/o del diafragma, contaminación atmosférica, inhalación de gases provenientes del sulfuro de carbono, leña y amoníaco), relacionadas con el tumor o secundarias al tratamiento (obstrucción bronquial por tumor primario, masa mediastínica, fibrosis post-radioterapia, irritación diafragmática, fístulas traqueo-esofágicas, linfangitis carcinomatosa, debilidad e infecciones, insuficiencia ventricular izquierda y concurrentes (cigarrillos, asma, EPOC).s del 80 % de los pacientes.(7)

El tratamiento farmacológico dependerá de la causa y del objetivo que se persiga (en el paciente moribundo el objetivo es el confort). Algunas recomendaciones terapéuticas son:

Tos húmeda y paciente capaz de toser eficazmente: humidificación del aire inspirado; educación de cómo toser efectivamente; mucolíticos no irritantes (N-acetilcisteína).

Tos húmeda y paciente incapaz de toser eficazmente: antitusígenos: codeína (30-60 mg c/4 horas), dihidrocodeína (60 mg c/12 horas), morfina (5-20 mg c/4 horas). También se puede usar hioscina (0,3-0,6 mg c/4 horas IM o SC) y limitar el uso de la aspiración (es muy traumático). (7)

Tos seca: antitusígenos de acción central (codeína, dihidrocodeína, morfina); hay que tener en cuenta que no se deben mezclar. Se puede utilizar el dextromorfan (15-30 mg c/6 horas) y broncodilatadores (terbutalina c/6 horas o dexametasona (4-8 mg al día IM o SC). Puede usarse la bupicaína o lidocaína en nebulizaciones c/4-6 horas.

Las primeras medidas en el tratamiento del hipo van encaminadas a inhibir el reflejo: apnea forzada, estimulación faríngea por diversos métodos, como un catéter plástico o masaje del paladar blando. Se recomienda respirar unos segundos en una bolsa de papel, el dióxido de carbono que se acumula puede inhibir la producción del reflejo. El tratamiento debe estar dirigido a tratar las causas reversibles. La distensión gástrica puede manejarse con metoclopramida (10 mg c/4-6 horas), complementado con antiácidos y antiflatulentos como la dimeticona después de las comidas. Si se debe a un tumor cerebral debe tratarse con corticoides, se prescriben antibióticos si las causas son infecciosas. En la supresión central del reflejo del hipo se utilizan la clorpromacina (10-25 mg 3-4 veces al día) y en caso de tumor cerebral el valproato sódico (500-1,000 mg al acostarse). Otros medicamentos que también pueden ser utilizados son: hioscina (0.4 mg VO o SC, contraindicada en taquicardia), nifedipino (10-20 mg 2-3 veces al día), además del baclofeno, haloperidol, omeprazol, gabapentina. (7)

El hipo es un reflejo respiratorio patológico caracterizado por el espasmo del diafragma, que provoca una inspiración rápida asociada con un cierre de la glotis y sacudida de las paredes torácica y abdominal. Puede aparecer en forma de ataques breves (de segundos hasta 48 horas), como hipo persistente (episodios continuos

mayores de 40 horas y menos de un mes) e hipo intratable (hipo persistente de más de un mes). (7)

Las principales causas pueden encontrarse en una irritación diafragmática, en la distensión gástrica, en la irritación del nervio frénico, o puede deberse a un tumor cerebral o a infecciones. (7)

La incontinencia urinaria es la incapacidad del paciente para retener la orina, casi siempre acompañada de sensación de urgencia al orinar. Es la pérdida involuntaria y objetivamente demostrada de orina a través de la uretra, lo cual crea un problema higiénico y social. Las causas son múltiples, dependientes de la enfermedad de base del paciente, así como del estadio en que se encuentre, las principales son: debilidad del enfermo, alteraciones psicológicas (depresión, confusión, ansiedad) y somnolencia (7)

Dentro de las medidas generales, en el hogar o en el hospital, debe considerarse:

- La proximidad al baño o fácil disponibilidad (tener cerca) un “pato” o cuña.

Respuesta rápida de cuidadores y enfermero(a) s.

Controlar la ingesta de líquidos.

Disminuir las dosis de diuréticos.

Tratar la cistitis.

Modificar la sedación.

Si no queda otra opción, sonda vesical. (7)

El tratamiento farmacológico generalmente incluye amitriptilina, si hay inestabilidad del detrusor (25-50 mg diarios en la noche) o ANES (Naproxeno, 500 mg cada 12 horas), pueden usarse también analgésicos tópicos (fenazopiridina) y furantoína sedante. En muchas ocasiones se usan anticolinérgicos y antiespasmódicos como la oxibutinina (5 mg 2 v/día) o el bromuro de propantelina oral (1530 mg c/4-6 horas).

(7)

En Cuidados Paliativos, el insomnio y los trastornos del sueño tienen generalmente una etiología multifactorial, facilitados por factores predisponentes y desencadenantes, así como por otros que hacen que se mantenga el problema y se prolongue en el tiempo, como el encamamiento prolongado que conlleva a modificar el ciclo sueño-vigilia. Las causas son múltiples, pero entre las principales están: las

causas físico-ambientales o fisiológicas (exceso de luz o ruido, nicturia, dormir mucho durante el día); el control deficiente de síntomas como el dolor (interfiere en el inicio y mantenimiento del sueño), disnea, miedo, ansiedad, depresión, náuseas y vómitos, prurito, mioclonias nocturnas, trastornos urinarios; psicológicas o síntomas que influyen en el estado anímico (ansiedad, depresión), cafeína, antidepresivos). (7) Las principales tareas en las que hay que entrenar la familia puedan ser aglutinadas en cuatro grupos.

Acompañamiento, apoyo y preservación del sentido de confort del enfermo:

La soledad y el aislamiento social son dos de los factores que pueden conducir al incremento de tristeza y desesperanza en los enfermos en fase de terminalidad; una de las razones por las que se considera que el cuidado domiciliario es el ideal se fundamenta en la necesidad que tienen estos enfermos de estar rodeados de sus seres queridos, de sus artículos personales y en el lugar donde han vivido, por eso es importante que los cuidadores no profesionales asuman el acompañamiento y el apoyo como una de las tareas fundamentales del cuidado. Es necesario que el paciente sienta la presencia de sus seres queridos, la escucha activa por parte de éstos, que sean capaces de tolerar la expresión de las emociones sin considerarlas como algo personal. La comunicación es un elemento clave en el apoyo emocional, mantener el contacto físico siempre que sea deseado y oportuno, mantener su mirada, que el enfermo sienta que sus familiares están allí, disponibles, comprendiéndolo y asumiendo sus sentimientos. No rehuir el tema de la muerte, ni tampoco abordarlo sin necesidad. No negar la realidad, a menos que el paciente lo necesite y reclame. Nunca engañar al paciente, lo que no significa decirle toda la verdad, hacerlo participe activo de las tomas de decisiones en el hogar y fundamentalmente de su propio cuidado. (7)

El cuidado con los medicamentos y su administración:

Los pacientes en fase terminal pueden estar usando una gran variedad de medicamentos, algunos como consecuencia de su enfermedad de base, otros por la presencia de otra enfermedad crónica (asma bronquial, diabetes, hipertensión, etc.)

La administración de comprimidos por la vía oral se realizará de acuerdo a las posibilidades de cada enfermo. Si el paciente tiene dificultad para tragar, se debe valorar si el medicamento indicado se puede triturar y mezclar con pequeñas porciones de comida o líquidos dulces, miel, jalea, etc. Si son muy grandes, se pueden partir en mitades o cuartos y tragarlo por separado; la mayoría de las cápsulas se pueden abrir para obtener el polvo de su interior; si la boca o la garganta están secas, es conveniente tragar unos sorbos de agua antes de administrar la medicación. Para administrar líquidos, estos deben ser medidos con precisión, lo mejor es con una jeringuilla de 10 centímetros cúbicos; si no se pueden usar jeringuillas, es conveniente saber que una cuchara de té tiene 5 centímetros cúbicos y una cuchara sopera tiene 15 centímetros cúbicos; pueden mezclarse con pequeñas porciones de comida o con líquidos para mejorar el sabor y si se administran supositorios, hay que tener en cuenta que estos deben mantenerse en refrigeración; lavarse las manos con agua y jabón, colocarse guantes, lubricar el dedo con vaselina u otra crema e insertar el supositorio en el recto tan profundo como lo permita el dedo; lavarse las manos con agua y jabón.(7)

La alimentación del paciente:

Uno de los síntomas que más preocupaciones le ocasiona a la familia latina es la falta de apetito del paciente, en estos casos el cuidador debe tratar que el enfermo comparta el momento de la alimentación con el resto de los familiares, ya que el acompañamiento puede hacer de éste un momento agradable, deben evitarse las discusiones, quejas u otro evento desagradable que interfiera con éste momento que deberá ser placentero, de ahí que se sugiera escuchar música suave, a tonos bajos, si es posible instrumental o clásica con tonos graves, que resulta ansiolítica y lograr que este momento sea siempre alejado de los horarios de las curaciones y tratamientos desagradables.

En otras ocasiones, el paciente puede no sentir gusto a los alimentos, o los sienten desagradables; si es así, debe mantenerse en el enfermo la boca limpia y sana, el gusto desagradable puede mejorar tomando agua, té o limonadas, debe comer los alimentos con su sabor natural o condimentarlos con laurel, hojas de menta, etc.;

agregar jugo de limón o mayonesa a las comidas, según su deseo; si no le agrada el sabor de las carnes rojas, se pueden reemplazar por pescado, pollo, huevos o leche. A todas las carnes se les puede cocinar con un poco de vino, cerveza o jugo de frutas, para cambiarles el gusto, se aconseja también las comidas frías y/o a temperatura ambiente.

Deben prepararse comidas blandas; elegir alimentos como guisos con mucho líquido, puré de viandas, quesos blandos, flanes o fideos, frutas blandas y suaves o pequeños trozos de los alimentos más duros que sean de su agrado; éstos pueden ofrecerse licuados o en papillas; los alimentos ásperos, como las galletitas y las tostadas deben evitarse o ingerirlas mojadas en café, té, o leche; debe indicarse al paciente que realice movimientos con la cabeza hacia atrás, o hacia los costados para facilitar la deglución, éstos pueden también ser consejos útiles.

Los pacientes que están muy deshidratados se quejan más de boca seca que de sed; en cualquier caso, recomendar tomar sorbos de agua o chupar pedacitos de hielo cada 10 o 15 minutos, ayudarlo a hacer buches con agua con limón, estimular la salivación y mantener la boca fresca mediante la utilización de gasas húmedas. También es muy frecuente que el enfermo se sienta satisfecho con pequeña cantidad, en estos casos se recomienda comer poco, pero varias veces por día, masticar despacio los alimentos, evitar alimentos grasos, verduras. (8)

Los líquidos durante las comidas deberán ser limitados, no será conveniente recostarse durante las próximas dos o tres horas después de las comidas. Para confeccionar la alimentación de estos pacientes se debe tener presente los cuatro grupos básicos de alimentos (proteínas, carbohidratos, grasas y vitaminas y minerales); estos se pueden obtener en los siguientes alimentos: proteínas de origen animal (carnes rojas, pollo, pescado), productos lácteos (mantequilla, queso, leche, yogur), harinas, granos y cereales (pan, galletas, pastas, arroz, frijoles), frutas y verduras (frutas crudas o cocidas y vegetales frescos).

Los consejos nutricionales variarán según el período de la enfermedad y la expectativa de vida subyacente. Siempre deberán partir de los gustos personales del enfermo; los criterios de “poco”, “a menudo” y “lo que le guste”, “cuando le apetezca” serán los que guíen las pautas dietéticas. Para aumentar las calorías y proteínas en

la dieta se puede agregar leche en polvo a la leche común, a las sopas, salsas, guisos, postres, hamburguesas, albóndigas, tortas, cereales, etc.; también se puede añadir carne picada o huevos revueltos a las sopas, guisos y salsas o agregar queso a las sopas, salsas y vegetales, usando miel para las tostadas, la leche, el café, etc. (8)

La higiene y el nivel funcional:

Mantener la higiene del paciente puede aumentar su percepción de confort y propiciar el mejoramiento del ánimo y sensación de bienestar, aspectos que indiscutiblemente tiene que ver con el sentido subjetivo de calidad de vida. La piel está en riesgo continuo de sufrir algún daño, por lo que será necesario mantenerla sana e íntegra. Un aspecto importante en la higiene del enfermo es el cuidado del cabello, éste deberá estar limpio y peinado, su barba y uñas cortas. Si el paciente está sudoroso, se debe higienizar 2 ó 3 veces al día; el horario del baño será de acuerdo a sus preferencias. Si existe dolor, será conveniente mitigarlo antes de realizar el baño; a los pacientes muy débiles, se les puede sentar en una silla, o realizarles el baño en cama. Los pasos del baño en cama se describen a continuación: se comenzará por la cara, las manos, las axilas, la espalda y el área genital; se coloca sobre la cama una cubierta plástica o nylon, y se lava con una esponja, a una zona por vez; se pasa jabón, se enjuaga bien y se seca. Siempre se comienza por la cara y se termina por los pies, sin olvidar la espalda; se cambia el agua en cada zona. Los trastornos de la boca causan malestar y dificultan la alimentación y la administración de medicamentos. (8)

Medidas higiénicas para mantener la boca del paciente sana son:

Mantener la dentadura sin caries, lavar la boca con cepillo suave después de cada comida; hacer buches 3-4 veces por día con agua oxigenada (10 volúmenes por ciento, diluida en agua en partes iguales); proteger los labios de la sequedad con cremas o vaselina. Otro aspecto importante es la higiene de la habitación donde se encuentre el paciente.

El mal olor despedido por los tumores y/o lesiones, como carne pútrida, produce mucha angustia al paciente y molestias a los familiares y amigos en momentos en los

que deben aproximarse el uno al otro. Las medidas que generalmente ayudan al control de estos olores son: los lavados bucales con glicerina de timol, solución de bicarbonato de sodio, limpieza de la prótesis dentales; uso de desodorantes ambientales, etc. (ver acápite manejo de lesiones y úlceras).

Si el paciente puede movilizarse sólo o con ayuda, se debe alentarle para que mantenga su autonomía en aquellos aspectos de mayor intimidad como son el cambio de ropas y aseo de zonas íntimas, etc. La realización de ejercicios tiene múltiples fines beneficiosos, pueden ser pasivos o activos tales como: levantar y bajar los brazos extendidos (primeramente, de forma paralela al cuerpo y, luego, hacia el exterior), doblar los antebrazos sobre los brazos, llevar las manos detrás de la cabeza y cruzar los dedos, abrir y cerrar los codos; extender las piernas, doblarlas sobre el abdomen, y extenderlas nuevamente, elevarlas 10 cm. sobre el plano de la cama, llevarlas hacia afuera, luego, nuevamente, hacia la línea media; con las piernas extendidas, doblar los pies hacia arriba y hacia abajo, así como pequeños paseos recreativos por jardines, parques o vistas a lugares cercanos que les resulten de interés según posibilidades reales de cada caso..(8)

El cuidado continuo y prolongado a su enfermo por parte del familiar puede llevarlo al agotamiento y también a la irritabilidad, la tensión, la angustia, la rabia y la tristeza, manifestaciones que son propias del distrés emocional. No es fácil permanecer en contacto y cercanía constante con el dolor, el sufrimiento, la desesperanza, la incertidumbre y la muerte de un ser querido. Las experiencias emocionales que genera el cuidar a un familiar que va a morir varían de acuerdo a las propias vivencias y experiencias previas de los familiares, así como con los mecanismos de afrontamientos que habitualmente emplean para manejar las situaciones de crisis y tensión.(9)

Con independencia del grado de estabilidad y armonía, de la madurez y apertura del sistema familiar, sus miembros presentan una serie de temores, necesidades y dificultades inherentes a la inminencia de la muerte del paciente, que deben ser comprendidas y atendidas por el equipo de salud, con el fin de evitar complicaciones que incidan en la disminución de calidad del cuidado del enfermo, motivando el reingreso en las unidades hospitalarias. Todas estas afectaciones evidencian la

necesidad de preocuparse por la salud del familiar y, por lo tanto, de su calidad de vida. (10)

Con el objetivo de garantizar la mejor estabilidad psicológica de los familiares cuidadores, se relacionan algunas sugerencias para el autocuidado de los mismos:

Piense no sólo en cosas desagradables, sino en las cosas buenas que ocurrieron durante el día.

Ayúdese a sí mismo. Sea creativo, encuentre nuevas metas y relaciones.

Si tiene dudas, consulte a los profesionales de la salud que atienden a su paciente o a personas con más experiencia en cuidar a enfermos, esto le dará seguridad.

Planee períodos “de descanso” durante el día y la semana. Deje un espacio, por pequeño que sea, para cosas que sean ajenas al cuidado del enfermo.

Una distribución racional de las responsabilidades y facilitando a otros el derecho de cuidar a su ser querido.

Coma regularmente, aunque no tenga apetito. No se trata de cantidad, sino de hacerlo periódicamente.

Trate de dormir, como mínimo, 5 horas al día.

Mantenga la rutina, sus hábitos de vida y las relaciones familiares tan intactos como sea posible.

Aprenda a pedir y aceptar ayuda de los demás, a asumir el “relevo” a tiempo.

Comparta sentimientos o decisiones con los otros cuidadores del paciente.

Nunca se diga a sí o a otros “ya no hay más que hacer”. Siempre hay algo que hacer.

La madurez y el crecimiento personal son puertas que se nos abren ante el misterio de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad. Trate de crecer y ser maduro.

Deje un espacio para los pasatiempos, las actividades recreativas y de refuerzo de sus propios lazos afectivos con los demás.

Recuerde que todos somos necesarios, pero nadie es imprescindible.

Mantenga la vida privada, aunque se vea reducida por los cuidados.

Descargue su tensión con un amigo o su pareja comprensiva, pero evite comentar con todos y de forma continua las vicisitudes de su paciente o sus propias penas.

Ría y juegue cada vez que pueda. Esto no se contradice con el sentimiento de pena o de comprensión de lo que le pasa a su paciente.

Busque un lugar que le resulte agradable y tómese su tiempo libre, pero no se mantenga siempre retirado e indiferente.

Recuerde siempre que para cuidar, hay que querer, hay que saber y hay que tener los medios y recursos necesarios; no se trata de cuidar más sino mejor. (11-14.)

Siempre que sea factible la muerte debe ocurrir en el hogar, sin estorbos terapéuticos innecesarios que prolongan la agonía más que la vida misma, en un clima de confianza, comunicación e intimidad con una atmósfera más íntima para el enfermo y la familia, sus comodidades, costumbres personales culturales o religiosas. (15)

La satisfacción de sus necesidades y el apoyo emocional necesario, constituye la esencia porque el proceso de morir puede ligarse a sufrimiento y no siempre favorece el crecimiento y la maduración personal. El esfuerzo del equipo de cuidados va encaminado a cumplir estos principios, siempre que las condiciones del hogar la familia, cuidadores y estado del paciente lo permitan. (16)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre experimental del tipo antes y después a familiares de los pacientes oncológicos de los consultorios 8 y 9 en el municipio de Ciro Redondo en el período comprendido entre septiembre del año 2011 hasta el septiembre del 2012, con el objetivo de aplicar una intervención para la potenciación del conocimiento sobre cuidados paliativos de los familiares cuidadores de los pacientes oncológicos. (Anexo 1)

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta diferentes etapas:

Etapa de diagnóstico: Esta etapa permitió caracterizar desde el punto de vista gnoseológico el programa de cáncer en Cuba y en municipio Ciro Redondo y aplicar una encuesta antes de elaborar la Intervención para medir nivel de conocimiento de los familiares respecto a los cuidados paliativos.

Etapa de elaboración de la Intervención: durante su desarrollo se diseñó una Intervención educativa para el desarrollo de capacitaciones y acciones encaminadas a trabajar de forma integral con el Programa Nacional de Prevención del Cáncer.

Etapa de aplicación y evaluación de la Intervención: esta etapa permitió evaluar el nivel de conocimiento de los familiares primarios antes y después de la aplicación de la intervención educativa.

La población del estudio estuvo constituida por 15 familiares de los pacientes diagnosticados con cáncer y la muestra seleccionada fue de 12 familiares, representando el 80%, que respondieron a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Estar cumpliendo funciones de cuidador.

Estar preparado física, psíquica e intelectualmente para recibir capacitación.

Aceptar la intervención educativa.

Tener 16 años de edad en adelante.

Ser un familiar cuidador primario.

Demostrar aceptación de la intervención educativa. (Anexo 2)

Convivir en el área del estudio.

Tener más de 16 años de edad.

Criterios de exclusión

Poseer alguna discapacidad intelectual.

Para el estudio se tuvo en cuenta los diferentes métodos científicos:

Métodos teóricos

El histórico y lógico que permitió el análisis documental de las fuentes bibliográficas especializadas en los cuidados paliativos en oncología.

El analítico-sintético se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar minuciosamente y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.

El sistémico-estructural-funcional para el diseño de acciones propuestas en la Intervención.

Método Empírico

La revisión de documento para identificar, mediante las historias clínicas, los pacientes diagnosticados con cáncer en estado terminal. (Anexo 3)

La encuesta con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos de los familiares primarios respecto a los cuidados paliativos que deben recibir los pacientes con cáncer en estado terminal. (Anexo 4)

Método estadístico matemático: se utilizó el cálculo porcentual representado en tablas.

Principales variables de medición de las respuestas:

Variable independiente:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva para lograr cambios en el nivel de conocimiento de los adultos. Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal (Criterio del autor)

Variable dependiente: Potenciación del conocimiento sobre cuidados paliativos

1. Edad

- 1.1. De 16 a 39 años

- 1.2. De 40 a 59 años

2. Sexo

- 2.1. Femenino

- 2.2. Masculino

- 3. Nivel de escolaridad
 - 3.1. Primaria
 - 3.2. Secundaria
 - 3.3. Preuniversitario
 - 3.4. Universitario
- 4. Cuidados paliativos
 - 4.1 Compañía y apoyo
 - 4.2 Control de síntomas
 - 4.3 Alimentación
 - 4.4 Administración de Medicamentos
 - 4.5 Higiene

Se evaluará de:

Adecuados: cuando el cuidado paliativo se realiza con destreza.

Inadecuados: cuando se brinda un cuidado sin la calidad requerida.

- 5. Nivel de conocimientos
 - 5.1 Alto: cuando el cuidador responde correctamente, en materia de cuidados paliativos, tanto en la teoría como en la práctica.
 - 5.2 Medio: cuando el cuidador desconoce cómo realizar la mayoría de los procedimientos.
 - 5.3 Bajo: cuando su desempeño no se corresponde a lo establecido por las normas propuestas por la salud para los cuidados paliativos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La investigación estuvo sustentada en los principios de la ética médica; beneficencia, respeto, justicia y autonomía. Los pacientes fueron explícitamente informados de los fines de la investigación y formalizaron el consentimiento informado si así lo consideraban, previamente a su incorporación al estudio. La incorporación o no de un cuidador al estudio no influyó de modo alguno en la relación de este con el trabajador de la salud con que interactuó ni otro miembro del sistema. Se les explicó

que los datos obtenidos sólo serían empleados con fines investigativos, respetando en todo momento su privacidad.

RESULTADOS Y DISCUCION

Tabla1: Distribución de los familiares cuidadores de pacientes oncológicos según edad y sexo del municipio de Ciro Redondo, en el periodo comprendido desde septiembre de 2011 a septiembre de 2012.

Sexo Edades	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
16 – 39	2	0.24	3	0.36	5	0.6
40 – 59	3	0.36	4	0.48	7	0.84

Fuente: Encuesta

Al distribuir a los pacientes encuestados según edad se obtuvieron los siguientes resultados de un total de 12 familiares encuestados, los grupos de edades de 16 a 39 años representaban 2 masculinos para un 0.24% , femeninos 3 para un 0.36%, en los grupos de edades de 40 a 59 años 3 masculinos para un 1.24%, femeninos 4 para un 14.08 % .Como puede observarse el mayor grupo de pacientes se encontró dentro del grupo de edades de 40 a 59 años que se encontraban dentro del grupo femenino, debido a que mostraron mayor aptitud y responsabilidad ante el cuidado del paciente. Estos resultados no coinciden con estudios realizados en pacientes con Cáncer en nuestro municipio donde se observa que el mayor por ciento de la población estudiada perteneció al sexo masculino, para un 66.67 %, En cuanto a la edad la mayor frecuencia se observó en el grupo de 60 años y más (80.00%) seguido del de 35 a 59 años con 6 pacientes para un 20.00%. Estos resultados estarían relacionados con el estudio de Vega donde los cuidadores primarios son de género femenino, respecto de sus edades, la información general muestra que el 57% de los

participantes se encuentran en el rango de 36 a 59 años y que el 26% tiene 60 años o más.

Tabla 2: Distribución de los familiares cuidadores de pacientes oncológicos según el nivel de escolaridad.

Escolaridad	No	%
Primaria	0	0
Secundaria	5	0.6
Preuniversitario	4	0.48
Universidad	3	0.36
Total	12	100

Al distribuir a los familiares encuestadas según escolaridad se encontró que 5 familiares de un total de 12 familiares terminaron la secundaria lo cual representa un 0.6% del total de encuestados, 4 preuniversitario que representa un 0.48%, y universitarios 3 para un 0.36% .Como puede observarse el mayor grupo tiene una escolaridad de secundaria básica como consecuencia de que esta es un área rural que cuenta solamente con escuelas secundaria y primaria. Estos resultados no coinciden con el estudio de Vega donde la mayoría de cuidadores primarios son de sexo femenino, con una escolaridad de preuniversitarios y universitarios.

Tablas 3: Distribución de los familiares cuidadores de pacientes oncológicos según su desempeño antes y después de aplicada la intervención educativa.

Cuidados Paliativos	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Compañía y Apoyo	6	50	6	50	12	100	0	0
Control de Síntomas	6	50	6	50	12	100	0	0
Alimentación	6	50	6	50	12	100	0	0
Administración de Medicamentos	6	50	6	50	12	100	0	0
Higiene	6	50	6	50	12	100	0	0

En esta tabla se muestra que de un total de 12 cuidadores primarios alrededor del 50% de los cuidadores atendían a los pacientes de manera inadecuada antes de la capacitación, lo cual después de la intervención la totalidad de ellos adquirieron mayor capacidad para la atención de los pacientes.

Estudios similares como el de Vega, reportó un incremento significativo en las habilidades de cuidados familiares argumentando que el proceso de aprender a vivir con personas que presentan enfermedades crónicas, requiere un componente importante del conocimiento que le brinda un valor agregado a sus acciones y destacan en el conocimiento y la seguridad para la atención (6).

Tabla 4. Distribución de cuidadores según su nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos antes y después de la intervención educativa.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	0	0	12	100
Medio	6	50	12	100
Bajo	6	50	12	100
Total	12	100	12	100

En esta tabla de distribución de cuidadores según su nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos antes y después de la intervención educativa se observa que el 50% de los cuidadores desempeñaba una atención con un nivel medio y bajo de conocimientos lo cual se elevó hasta un 100% después de recibir la capacitación. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios.

Al respecto, Tejeda efectuó una intervención educativa dirigida a los cuidadores de familiares con enfermedad terminal. El conocimiento y las prácticas de los cuidadores familiares fue inadecuado en 18 de ellos, para 90,0 %, antes de la intervención educativa, después de realizada se observó cambios favorables en el grado de instrucción de 17 participantes, en un 85,0 % (9).

CONCLUSIONES

El mayor grupo de cuidadores se encontró dentro del grupo de edades de 40 a 59 años, representando un 0.84% del total de los participantes. El 0.6% con una escolaridad de secundaria básica.

El 100% de los cuidadores atendían a los pacientes de manera adecuada, después de la intervención y el nivel de conocimientos se elevó totalidad de ellos adquirieron mayor capacidad para la atención de los pacientes.

Se logró un ascenso considerable en el nivel de conocimientos teóricos, que presentaban los encuestados sobre cuidados paliativos después de la intervención educativa, evidenciándose en los modos de actuación y en la satisfacción de los familiares, en las diferentes etapas de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Realizar con frecuencia actividades educativas con las familias que conviven con pacientes oncológicos.

Crear una consulta municipal de asesoramiento a la familia de pacientes oncológicos para mejorar y evaluar la calidad de la atención de los cuidadores y su esfera emocional. Brindar asesoramiento a los médicos de la familia por parte de psicólogos y oncólogos acerca del manejo adecuado del paciente oncológicos que requieren de cuidadores permanentes.

Crear condiciones para satisfacer las necesidades del paciente oncológico y su familia que propicien los cuidados en el hogar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Programa Integral Para el Control del Cancer.La Habana.MINSAP.Vol.1,2010.
- 2- Cuba.Ministerio de Salud Pública .Anuario Estadistico.Ciego de Avila.Departamento de Estadistica, 2010.
- 3- Gonzalez Guillen ID. Mortalidad por Cáncer en el municipio Ciro Redondo.2009.
- 4- Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. Parte I Generalidades y aspectos conceptuales. María Cristina Reyes Mandes.2010.
- 5- Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. Parte VI Atención a la familia. María Cristina Reyes Mandes.2010.
- 6- Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. Parte II Dolor y su control. María Cristina Reyes Mandes.2010.
- 7- Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. Parte III Otros síntomas y su control. María Cristina Reyes Mandes.2010
- 8- Becerra Gómez I .Mi vida al final de su vida: como cuidar a un enfermo n fase terminal. Santurce, Vizcaya: Samper S.A; 2003.
- 9- Arranz, P; Barbero,J;Barreto ,P,Bayes, R. Intervencion Emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos. Barcelona: Ariel, 2004, 2nd.Ed.
Arranz, P; Barbero,J;Barreto ,P,Bayes, R. Apoyo emocional en medicina paliativa. En: M, Gomez Sancho(Ed).Avances en cuidados Paliativos .Las Palmas de Gran Canaria: Gafos, 2003, T.II, cap 42 ,137-150.
- 10- AstudilloW Mandinueta, C, F ases dela adaptación a la enfermedad terminal. En: Cuidados del enfermo en fase terminal y Atencion a su familia. Editado por W. Astudillo C Mendinueta y E.Astudillo, AUNSA, Boranain ,4Edicion, 2002 ,73-81
- 11- Astudillo W Mendinueta C.Inportancia del apoyo psicosocial en la terminalidad .En: W. Astudillo, E.Clave y E.Uldaneta (Eds). Necesidades psicosociales en terminalidad. San Sebastian: Sociedad vasca de cuidados paliativos, 2001,19-41.

- 12- Astudilo,W;MendinuetaC;Granja, P.Como apoyar al cuidador de un enfermo al final de la vida .Psicooncologia 2008;5(2-3):359-381.
- 14- Benito,E;Barbero,J;Payas,A.El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos:una introducción y una propuesta .Madrid: Aran,2008.
- 15- Buscemi,V.Concwcuencias emocionales del cuidador y necesidades insatisfechas del cuidador primario.Medicina Paliativa 2008:15(SUPPL.1),28(Resumenes de ponencias 7 congreso de la SECPAL,Salamanca,2008).
- 16- Control de síntomas en cuidados paliativos .Guías clínicas.2007; 7(7) Fisterra, Com.12-03-07.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Por este medio hago constar que acepto participar en este programa, porque se me ha explicado en que consiste y quiero ayudar mejor a mi familiar y puedo retirarme del programa si así lo decido sin dificultad.

Medico

Nombre y apellidos: _____

Firma: _____

Familiar

Nombre y apellidos: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 2

Encuesta

Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

1- ¿Conoce usted el significado de cuidados paliativos en un paciente oncológico?

_____ Sí _____ No _____ No sé

2- ¿Cuál es el medio que más información le ha brindado sobre los cuidados al paciente oncológico? .Marque con x su respuesta.

___ Amigos.

___ Escuelas.

___ Radio y Televisión.

___ Médico y enfermera de la familia.

___ Libros y revistas.

3- ¿Considera usted que el paciente oncológico necesita Acompañamiento y Apoyo de los que le rodean?

_____ Si _____ No _____ No sé

4- ¿Conoce usted cual es la alimentación apropiada para el paciente oncológico ?

_____ Si _____ No _____ No sé

5- ¿Está usted preparado para administrar un medicamento a un paciente oncológico si este presentara algún síntoma de su enfermedad?

_____ Sí _____ No _____ No sé

6- ¿Conoce la vía de administración y la conservación de los medicamentos que se utilizan en los cuidados al paciente oncológico?

_____ Si _____ No _____ No sé

7- ¿Conoce como alimentar a su familiar?

_____ Si _____ No _____ No sé

8- Considera usted que ha recibido suficiente información sobre los cuidados que requieren los pacientes oncológicos.

_____ Si _____ No _____ No sé

9- ¿Conoce como controlar los síntomas que se le presenten?

Si ----- No----- No se-----

Anexo 3

Intervención educativa.

Tema 1:

Introducción.

1. Presentación de la investigación.
2. Explicación de la encuesta.

Objetivo: Brindar información al participante de las características de la investigación. Crear un ambiente de confianza en las personas involucradas.

Tipo de actividad: conversatorio

Recursos: Papel y lápiz.

Frecuencia: Una vez al inicio de la intervención.

Tiempo: 40 minutos

Responsable: Autora del trabajo.

Participantes: Familiares cuidadores de pacientes oncológicos.

Desarrollo

Tema 2: Aspectos generales sobre cuidados paliativos en oncología.

Objetivo: Brindar información general acerca de cuidados paliativos en oncología.

Tipo de actividad: Charla educativa.

Recursos: Papel y lápiz.

Frecuencia: Una vez semanalmente.

Tiempo: 40 minutos

Responsable: Autora del trabajo.

Participantes: Familiares de pacientes oncológicos del consejo

Desarrollo

Generalidades

Según la OMS, los Cuidados Paliativos constituyen un modelo asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades potencialmente letales y la de sus familias. Se basa en la prevención y el control del sufrimiento con identificación

precoz, evaluación y tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psicosociales espirituales.

Tienen por objeto:

- Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte, ni tampoco la posponga.
- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales al tratamiento del paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo.
- Brindar atención en un equipo multidisciplinario para dar solución a las necesidades del paciente y su familia, incluyendo la

Atención al duelo.

- Preservar y, si es posible, incrementar la calidad de vida y ejercer una influencia positiva durante el curso de la enfermedad.

Se entiende por enfermos terminales:

- a) Los que tienen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en quienes no existen posibilidades razonables de respuesta a tratamientos específicos.
- b) Los que tienen numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples,

Multifactoriales y cambiantes.

- c) Aquellos cuya enfermedad tiene un gran impacto emocional en el propio paciente, la familia y el equipo terapéutico mismo, relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- d) Con un pronóstico de vida inferior a los 6 meses (nunca es posible establecer límites reales).

Las modalidades de atención en cuidados paliativos más frecuentes en la actualidad son aquellas que combinan la atención domiciliaria por equipos interdisciplinarios de atención primaria y el ingreso temporal en Unidades de Cuidados Paliativos hospitalarias, siguiendo determinados criterios para su internamiento.

Las principales metas de la atención paliativa son:

- 1) Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, es decir, una atención forzosamente global, individualizada y continuada por un equipo interdisciplinario.
- 2) El enfermo y la familia son la unidad a tratar.
- 3) La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo son factores rectores en la toma de decisiones terapéuticas por el equipo de salud.
- 4) Concepción terapéutica activa y rehabilitadora, superando el desconocimiento y la actitud negativa y fatalista que se esconde tras el “ya no hay nada más qué hacer”...
- 5) Brindar los cuidados en un entorno de respeto, confort, apoyo y comunicación adecuada.

Tema3: El acompañamiento, apoyo y sentido de confort durante el cuidado al paciente oncológico.

Objetivo: Capacitar a los familiares para lograr un mejor cuidado del paciente.

Tipo de actividad: Charla educativa

Recursos: Papel y lápiz.

Frecuencia: Una vez a la semana.

Tiempo: 40 minutos

Responsable: Autora del trabajo.

Participantes: Familiares de pacientes oncológicos del consejo.

Desarrollo

La soledad y el aislamiento social son dos de los factores que pueden conducir al incremento de tristeza y desesperanza en los enfermos en fase de terminalidad; una de las razones por las que se considera que el cuidado domiciliario es el ideal se fundamenta en la necesidad que tienen estos enfermos de estar rodeados de sus seres queridos, de sus artículos personales y en el lugar donde han vivido, por eso es importante que los cuidadores no profesionales asuman el acompañamiento el apoyo como una de las tareas fundamentales del cuidado. Es necesario que el

paciente sienta la presencia de sus seres queridos, la escucha activa por parte de éstos, que sean capaces de tolerar la expresión de las emociones sin considerarlas como algo personal. La comunicación es un elemento clave en el apoyo emocional, mantener el contacto físico siempre que sea deseado y oportuno, mantener su mirada, que el enfermo sienta que sus familiares están allí, disponibles, comprendiéndolo y asumiendo sus sentimientos. No rehuir el tema de la muerte, ni Tampoco abordarlo sin necesidad. No negar la realidad, a menos que el paciente lo necesite y reclame. Nunca engañar al paciente, lo que no significa decirle toda la verdad, hacerlo participe activo de las tomas de decisiones en el hogar y fundamentalmente de su propio cuidado, etc.

Tratarlo, en síntesis, como un ser humano que aún vive, y que puede disfrutar de la compañía de sus seres queridos, viviendo hasta el último momento.

Se sabe que el sentido de confort lleva implícito el sentido personal, individualizado, por eso es recomendable que el cuidador antes de asumir una determinada acción dirigida al confort, indague en el enfermo sus deseos y gustos personales. No obstante, generalmente los pacientes prefieren mantener la habitación ventilada, cómoda y sin ruidos, las sábanas sin arrugas, secas y limpias; la cabeza más elevada que el cuerpo, cuidando de la boca, limpiando la lengua y las encías con suavidad e hidratando los labios con vaselina. Si el paciente está consciente, dar líquidos en pequeñas cantidades; si está inconsciente humedecer la boca y los ojos frecuentemente. No podemos olvidar nunca que debemos enseñar a la familia a “aprehender” el sentido individual que tiene el confort para cada paciente.

Tema 4: El control de los síntomas y el alivio del dolor.

Objetivo: Aumentar el conocimiento del familiar cuidador y así obtener mejor calidad de vida en el paciente.

Tipo de actividad: Dinámica de grupo

Recursos: Papel y lápiz.

Frecuencia: Una vez semanalmente.

Tiempo: 40 minutos

Responsable: Autora del trabajo.

Participantes. Familiares de pacientes oncológicos del consejo

Desarrollo

¿QUÉ ES EL DOLOR?

Desde el año 1979, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) propuso definir el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma”. Esta definición aún está vigente. El dolor es, justamente una experiencia, lo que la persona que lo sufre dice experimentar. Y es una experiencia que incluye componentes sensoriales y emocionales.

¿CUÁLES SON LAS BASES FUNDAMENTALES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR?

En la terapéutica del dolor hay que considerar especialmente que cuando un paciente dice que le duele es totalmente cierto, por lo que hay un número de preceptos que devienen mandamientos inviolables en el tratamiento del dolor:

1. Cuando el enfermo dice “me duele” es que le duele
2. La potencia del analgésico la determina la intensidad del dolor y no el tiempo de supervivencia.
3. A veces es preciso valorar el alivio obtenido frente a los efectos colaterales.
4. Siempre se deben asociarse medicamentos adyuvantes, esto hace reducir las dosis de los analgésicos.
5. No usar medicamentos compuestos.
6. No usar placebos.
7. No todos los dolores son aliviados por analgésicos (ejemplo: el uso de bifosfonatos).
8. El insomnio debe tratarse de forma enérgica (la noche es mala para recordar y verse sólo).

El manejo del dolor debe ser:

- Por la escalera analgésica de la OMS.

- Por la boca; es una vía efectiva y la preferida de ser posible.
- Por el reloj; la mayoría de los pacientes con cáncer padecen dolores continuos u otros que recurren con frecuencia; por lo tanto, un régimen regular de analgesia es necesario.
- Considerando los dolores irruptivos, además de dolor continuos, aparecen agudizaciones de los mismos relacionados con alguna actividad o no (los que se relacionan con actividades son los incidentales); para ambos tipos de episodios se necesitan dosis de analgésicos adicionales a las administradas “por el reloj”.
- Individualizado y con atención al detalle; debe ajustarse el tratamiento a las características individuales de cada paciente, considerando enfermedades concomitantes.
- Considerando todos los aspectos del sufrimiento: físicos, psicológicos, espirituales y sociales.
- Monitoreando la eficacia del tratamiento; las dosis de analgésicos deben ser ajustadas hasta lograr el control del dolor, pueden incrementarse o ser disminuidas por la utilización de algún tratamiento oncológico coincidente que lo disminuya (por

Ejemplo, radioterapia paliativa en metástasis óseas).

- Identificando y tratando causas que puedan empeorarlo: infecciones, quimioterapia paliativa, hormonoterapia o alguna enfermedad subyacente no oncológica.

Todos los aspectos incluidos en el llamado “dolor total” (experiencias dolorosas provenientes de fuentes físicas, psicológicas, sociales y espirituales) deben ser abarcados en el tratamiento del dolor.

LA ESCALERA ANALGÉSICA

El tratamiento del dolor oncológico se basa en el uso racional de analgésicos y coanalgésicos, según la Escalera propuesta por la OMS en 1994. Con el empleo de esta escalera, como guía metodológica de acción para el tratamiento del dolor, se obtiene el control en el 80 % de los casos; para el control del resto debe considerarse otras terapias (ejemplo: analgesia espinal, radioterapia, etc.)

Como usar la escalera analgésica:

1. La subida de escalón o peldaño analgésico depende exclusivamente del fallo del escalón anterior, después que se han utilizado las dosis máximas del fármaco del escalón precedente, no depende de la supervivencia esperada ni del componente emocional del dolor del paciente.
2. Si falla un fármaco de un escalón el cambio a otro fármaco del mismo escalón, no mejora la analgesia excepto en el 3er escalón.
3. Si no hay analgesia con los fármacos del 2do escalón no estancarse allí y pasar rápidamente al 3er. escalón.
4. Los coanalgésicos deben prescribirse en base a la etiopatogenia del dolor.en cualquier escalón.
5. Cuando se sube de escalón debe mantenerse el coanalgésico.
6. Debe realizarse en horario, por la boca preferentemente y orientado de forma personalizada.
7. Debe ser consideradas las medidas no farmacológicas.
8. Debe considerarse el apoyo psicosocial y la comunicación adecuada para “transitar por la escalera analgésica” (flecha que actúa a manera de “baranda” o “pasamanos” de la escalera).
9. Deben tratarse otros síntomas coincidentes.

Es importante distinguir entre analgésicos y coanalgésicos:

Analgésicos: fármacos que disminuyen la percepción del dolor, sin alterar la conducción nerviosa, ni producir la pérdida de conciencia. Su selección lo determina la intensidad del dolor.

Coanalgésico: fármacos no analgésicos que cuando se asocian a ellos, mejoran la respuesta terapéutica a los analgésicos; su selección depende del tipo de dolor. Se pueden añadir en cualquier escalón.

PRIMER ESCALÓN (NO OPIOIDES):

CORRESPONDIENTE A DOLORLEVE

Paracetamol: dosis 1g c/6-8 h/VO, rectal, EV.

Metámisol (dipirona): dosis 1-2 g c/6-8h/VO, rectal, IM, EV

AINES: todos tienen una potencia analgésica similar. Son especialmente útiles en las metástasis óseas y tienen techo analgésico; los más conocidos son los inhibidores de la COX 1, que son rastrógenos. Los inhibidores de la COX 2 incrementan el riesgo al infarto del miocardio y los accidentes vasculares encefálicos. Todos los AINES disminuyen la agregación plaquetaria.

Debe usarse gastroprotección con: remitidita, omeprazol o misoprostol y ajustarse dosis en caso de daño renal y en ancianos. La aspirina se puede usar a dosis 500 mg-1 g c/4-6 h/VO, produce mucha irritación gástrica, puede producir hipoacusia y prurito. Los de más frecuente uso son: ibuprofeno 400-800 mg c/8h/VO, diclofenaco: 50 mg c/8h/VO, naproxeno: 500 mg c/12 h/VO, ketoralaco 30 mg c/6h/VO, EV, SC; no más de 4 semanas por riesgo de insuficiencia renal.

SEGUNDO ESCALÓN (OPIOIDES DÉBILES): DOLOR MODERADO

Los más usados son:

Codeína: dosis 30mg c/6-8h/VO, usar con laxante profiláctico.

Tramadol: 50-100mg c/6-8h/VO, SC, EV; máximo 400 mg en 24 horas. En ancianos la mitad de la dosis. Usar con laxante profiláctico.

El paracetamol con codeína tiene ligero efecto sinérgico.

TERCER ESCALÓN (OPIOIDES FUERTES): DOLOR SEVERO

El medicamento de primera elección en este grupo es la morfina de acción inmediata y acción retardada: dosis inicial de acción inmediata 5-10 mg cada 4 h/VO. Es posible doblar la dosis nocturna. No tiene techo terapéutico, deben explorarse frecuentemente efectos indeseables para valorar rotación de opiodes. Siempre usar laxantes, prever el llamado "efecto ventana" a dosis medias. Ajuste de dosis: incrementar la dosis según las dosis de rescate usadas en 24 horas de morfina de acción inmediata y añadirlas de forma regular. Debe pasarse a morfina de liberación controlada, una vez obtenida analgesia aceptable con la de acción inmediata, se usan entonces dosis/12 horas. La primera dosis de acción retardada debe coincidir con la última de acción inmediata. La insuficiencia renal es el factor de riesgo más importante en este caso.

Fentanilo:

Equivalencia con la morfina inmediata: 10 mg: 100microgramos.Indicado cuando se pretende un rápido alivio del dolor, fue concebido para uso parenteral; produce menos estreñimiento que la morfina. Existe actualmente en diferentes presentaciones: bulbos, parches transdérmicos y transmucosos. Es de máxima utilidad en el dolor incidental.

Metadona:

Dosis inicial a paciente que viene del segundo escalón: 3-5 mg c/ 8 h/VO, en ancianos empezar 3 mg c/12 hrs, ajustes de dosis cada 3er día. Dosis de rescate 1/6 de la dosis total diaria: Equianalgnesia VO: SC - 2:1.

Oxicodona:

Por vía oral es 1,5 -2 veces más potente que la morfina de acción inmediata. La oxicodona de acción prolongada supone un avance terapéutico, pues es de corta vida media de eliminación, rápida aparición de la analgesia, produce menos prurito y menos alucinaciones. Dosis de inicio recomendada 10 mg c/12 horas, incrementos de 25-50 % de la dosis anterior.

Otros síntomas y su control

El **estreñimiento** se define como la defecación infrecuente (menos de tres veces por semana) y con dificultad, con heces duras y secas. Es muy común en pacientes con cáncer avanzado, la mitad de estos pacientes suelen tener estreñimiento y hasta un 80 % requerir laxantes. Trae consecuencias y síntomas asociados: flatulencia, distensión y/o dolor abdominal, tenesmo, anorexia, diarreas por sobre flujo, confusión, náuseas y vómitos, disfunción urinaria.

Las causas más frecuentes son: régimen dietético, alteración de los hábitos intestinales, desnutrición, caquexia y tratamientos, Trastornos metabólicos, Trastornos intestinales, entre otros. Entre los laxantes de acción local tenemos la glicerina en supositorios y el bisacodilo en supositorios, que ablandan, suaviza y evacuan heces del recto y/o estomas.

Las **diarreas** pueden aparecer aproximadamente en un 10 % de los pacientes con cáncer avanzado. Las causas, en su gran mayoría, se deben a un desajuste (exceso) en la dosis de laxantes, por el uso de antiácidos o antibióticos, o puede ser

secundaria a impactación fecal con sobre flujo (pseudodiarrea) y a la radioterapia o por obstrucción intestinal completa. El tratamiento medicamentoso de las diarreas es generalmente con opioides: se pueden usar la codeína (30-60 mg. c/6-8 horas) y la morfina (10-30 mg. c/12 horas); la Loperamida es el opioide de elección al no tener efecto por vía oral sobre el SNC y muy pocos efectos secundarios, además como anti diarreico es 60 veces más potente que la codeína, se puede tomar hasta 4 mg. c/6-8 horas. En nuestro medio es más conocido el difenoxilato (rehaces).

Otros antidiarreicos inespecíficos son los absorbentes: pectina, agentes hidrófilos del bolo fecal; los adsorbentes: carbón activado que se utiliza sobre todo en la diarrea tóxica; y los inhibidores de las prostaglandinas, sobre todo en la diarrea secundaria a la radioterapia: aspirina (325 mg. c/8 horas) y naproxeno (250-500 mg. c/12 horas). Entre los antidiarreicos específicos puede utilizarse la pancreatina si hay esteatorrea (3-5 tabletas c/8 horas), también la loperamida (1 tableta c/12 horas) y la cimetidina (1 tableta c/8 horas). Si hay diarrea biliar, se puede utilizar la colestiramina, resina que liga los ácidos biliares en el colon, dosificada en principio en 1 sobre c/8 horas, pudiendo llegar a duplicarse esta dosis.

Las **náuseas** se expresan por una sensación desagradable en la parte alta gastrointestinal y pueden estar acompañadas o no de vómitos. El vómito es la expulsión potente del contenido gastrointestinal a través de la boca. Pueden estar presentes en el 60 % de los pacientes con cáncer avanzado.

En el tratamiento de los **vómitos** por causas centrales, se recurre a las fenotiacinas (clorpromacina) y a las butirofenonas (haloperidol). En el enfermo avanzado las alteraciones de la boca por déficit nutricional o de hidratación, tumoraciones locales, infecciones, ciertos fármacos (opioides, citostáticos) dan lugar a numerosas lesiones y complicaciones.

Algunas medidas generales para aumentar la salivación y humedificar las mucosas:

- a) dar frutas frías, caramelos sin azúcar, jugo de limón o cubitos de hielo;
- b) masticar trocitos de piña;
- c) enjuagar con manzanilla (anestésico local) y limón para estimular la salivación, preparando un litro de manzanilla y el zumo de un limón; no debe utilizarse si hay deshidratación, ya que estimular las glándulas salivares deshidratadas producirá más dolor y un efecto rebote de mayor sequedad;
- d)

mantener los labios hidratados con aceite de cacao o similares; no usar vaselina si la boca está seca porque es hidrófoba y puede producir mayor sequedad; e) guardar las prótesis dentales por la noche en un recipiente con agua e hipoclorito sódico al 1% para evitar la aparición de hongos y sequedad; f) tener precaución en el limpiado de la boca en pacientes con confusión mental para evitar el posible riesgo de mordidas.

La **disnea** es un síntoma molesto, angustiante y muchas veces es la causa de ingreso en Unidades Hospitalarias.

Si se tiene en cuenta que la ansiedad y el miedo pueden exacerbar las crisis, los cuidados generales deben ir orientados a: transmitir tranquilidad, seguridad y control de la situación, de esta manera el paciente se siente confiado y la ansiedad disminuye. Otras medidas generales útiles son la relajación (valorar cautelosamente técnicas respiratorias), las posiciones confortables, la ventilación del local, evitar ruidos innecesarios y que el enfermo se quede solo durante las crisis, abanicarle el rostro, etc. Se recomienda dirigir una corriente de aire al pecho y cara, quitarle la ropa apretadas, colocarle paños húmedos y fríos en la cara; mantenerlo en posición semisentado, ayudado con almohadas e instruirlo para que respire profundamente, inspirando por la nariz y exhalando lentamente por la boca (ejercicios respiratorios) El tratamiento farmacológico básico de la disnea en el cáncer avanzado es con sulfato de morfina oral: 10 mg c/12 horas o con el clorhidrato de morfina, a razón de 3 mg. c/4 horas; en general puede comenzarse por 5 mg. por VO, doblando la dosis en la noche, aunque en pacientes muy ancianos, caquéticos, es recomendable empezar con 2.5 mg c/4 horas VO y si hay insuficiencia renal, espaciar la dosificación c/6 horas. Si el paciente ya tenía morfina para el dolor, se recomienda un incremento del 50 % de la dosis.

La **tos** es un mecanismo protector caracterizado por la espiración súbita y expulsiva, cuya finalidad es eliminar materia extraña e irritante de las vías respiratorias.

- Tos húmeda y paciente capaz de toser eficazmente: humidificación del aire inspirado; educación de cómo toser efectivamente; mucolíticos no irritantes (N-acetil-cisteína).

- Tos húmeda y paciente incapaz de toser eficazmente: antitusígenos: codeína (30-60 mg c/4 horas), dihidrocodeína (60 mg c/12 horas), morfina (5-20 mg c/4 horas). También se puede usar hioscina (0,3-0,6 mg c/4 horas IM o SC) y limitar el uso de la aspiración (es muy traumático).
- Tos seca: antitusígenos de acción central (codeína, dihidrocodeína, morfina); hay que tener en cuenta que no se deben mezclar. Se puede utilizar el dextromorfan (15-30 mg c/6 horas) y broncodilatadores (terbutalina c/6 horas o dexametasona (4-8 mg al día IM o SC).

El **hipto** es un reflejo respiratorio patológico caracterizado por el espasmo del diafragma, que provoca una inspiración rápida asociada con un cierre de la glotis y sacudida de las paredes torácica y abdominal. Puede aparecer en forma de ataques breves (de segundos hasta 48 horas), como hipo persistente (episodios continuos mayores de 40 horas y menos de un mes) e hipo intratable (hipto persistente de más de un mes).

Las principales causas pueden encontrarse en una irritación diafragmática, en la distensión gástrica, en la irritación del nervio frénico, o puede deberse a un tumor cerebral o a infecciones.

La **incontinencia urinaria** es la incapacidad del paciente para retener la orina, casi siempre acompañada de sensación de urgencia al orinar. Es la pérdida involuntaria y objetivamente demostrada de orina a través de la uretra, lo cual crea un problema higiénico y social. Las causas son múltiples, dependientes de la enfermedad de base del paciente, así como del estadio en que se encuentre, las principales son: debilidad del enfermo, alteraciones psicológicas (depresión, confusión, ansiedad) y somnolencia.

Dentro de las medidas generales, en el hogar o en el hospital, debe considerarse:

- La proximidad al baño o fácil disponibilidad (tener cerca) un “pato” o cuña.
- Respuesta rápida de cuidadores y enfermero(a)s.
- Controlar la ingesta de líquidos.
- Disminuir las dosis de diuréticos.
- Tratar la cistitis.
- Modificar la sedación.
- Si no queda otra opción, sonda vesical.

El **insomnio** y los trastornos del sueño

Las causas principales son: las causas físico-ambientales o fisiológicas (exceso de luz o ruido, nicturia, dormir mucho durante el día); el control deficiente de síntomas como el dolor (interfiere en el inicio y mantenimiento del sueño), disnea, miedo, ansiedad, depresión, náuseas y vómitos, prurito, mioclonias nocturnas, trastornos urinarios; psicológicas o síntomas que influyen en el estado anímico (ansiedad, depresión) cafeína, antidepresivos).

Tema 5: La alimentación del paciente.

Objetivo: Aumentar el conocimiento del familiar cuidador .

Tipo de actividad: Dinámica de grupo.

Recursos: Papel y lápiz.

Frecuencia: Una vez a la semana.

Tiempo: 40 minutos

Responsable: Autora del trabajo.

Participantes: Familiares cuidadores de pacientes oncológicos.

Desarrollo

La anorexia es el síntoma más frecuente entre las personas con Cáncer y puede presentarse al principio del proceso de la enfermedad o más tarde a medida que el tumor crece y metastiza. Se define como disminución o ausencia del deseo de comer (pérdida del apetito). Se presenta en el 15-25 % de todos los pacientes con cáncer al momento del diagnóstico y es casi universal entre los casos con enfermedad metastásica amplia. Puede estar presente en más del 85 % de los pacientes con cáncer avanzado, siendo más frecuente en el cáncer gástrico, intestinal y pancreático, representando la principal causa de la caquexia neoclásica.

Uno de los síntomas que más preocupaciones le ocasiona a la familia latina es la falta de apetito del paciente, en estos casos el cuidador debe tratar que el enfermo comparta el momento de la alimentación con el resto de los familiares, ya que el acompañamiento puede hacer de éste un momento agradable, deben evitarse las discusiones, quejas u otro evento desagradable que interfiera con éste momento que

deberá ser placentero, de ahí que se sugiera escuchar música suave, a tonos bajos, si es posible instrumental o clásica con tonos graves, que resulta ansiolítica y lograr que este momento sea siempre alejado de los horarios de las curaciones y tratamientos desagradables. En otras ocasiones, el paciente puede no sentir gusto a los alimentos, o los sienten desagradables; si es así, debe mantenerse en el enfermo la boca limpia y sana, el gusto desagradable puede mejorar tomando agua, té o limonadas, debe comer los alimentos con su sabor natural o condimentarlos con laurel, hojas de menta, etc.; agregar jugo de limón o mayonesa a las comidas, según su deseo; si no le agrada el sabor de las carnes rojas, se pueden reemplazar por pescado, pollo, huevos o leche. A todas las carnes se les puede cocinar con un poco de vino, cerveza o jugo de frutas, para cambiarles el gusto, se aconseja también las comidas frías y/o a temperatura ambiente. Deben prepararse comidas blandas; elegir alimentos como guisos con mucho líquido, puré de viandas, quesos blandos, flanes o fideos, frutas blandas y suaves o pequeños trozos de los alimentos más duros que sean de su agrado; éstos pueden ofrecerse licuados o en papillas; los alimentos ásperos, como las galletitas y las tostadas deben evitarse o ingerirlas mojadas en café, té, o leche; debe indicarse al paciente que realice movimientos con la cabeza hacia atrás, o hacia los costados para facilitar la deglución, éstos pueden también ser consejos útiles. Los pacientes que están muy deshidratados se quejan más de boca seca que de sed; en cualquier caso, recomendar tomar sorbos de agua o chupar pedacitos de hielo cada 10 o 15 minutos, ayudarlo a hacer buches con agua con limón, estimular la salivación y mantener la boca fresca mediante la utilización de gasas húmedas. También es muy frecuente que el enfermo se sienta satisfecho con pequeña cantidad, en estos casos se recomienda comer poco, pero varias veces por día, masticar despacio los alimentos, evitar alimentos grasos, verduras.(8)

Los líquidos durante las comidas deberán ser limitados, no será conveniente recostarse durante las próximas dos o tres horas después de las comidas. Para confeccionar la alimentación de estos pacientes se debe tener presente los cuatro grupos básicos de alimentos (proteínas, carbohidratos, grasas y vitaminas y minerales); estos se pueden obtener en los siguientes alimentos: proteínas de origen animal (carnes rojas, pollo, pescado), productos lácteos (mantequilla, queso, leche,

yogur), harinas, granos y cereales (pan, galletas, pastas, arroz, frijoles), frutas y verduras (frutas crudas o cocidas y vegetales frescos). Los consejos nutricionales variarán según el período de la enfermedad y la expectativa de vida subyacente. Siempre deberán partir de los gustos personales del enfermo; los criterios de “poco”, “a menudo” y “lo que le guste”, “cuando le apetezca” serán los que guíen las pautas dietéticas. Para aumentar las calorías y proteínas en la dieta se puede agregar leche en polvo a la leche común, a las sopas, salsas, guisos, postres, hamburguesas, albóndigas, tortas, cereales, etc.; también se puede añadir carne picada o huevos revueltos a las sopas, guisos y salsas o agregar queso a las sopas, salsas y vegetales, usando miel para las tostadas, la leche, el café, etc.