UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Título:

"Evaluación Del Manejo De El Dolor En Pacientes Terminales De La Unidad De Cuidados Paliativos De SOLCA Loja. Periodo Noviembre 2015 – Noviembre 2016"

Tesis Previa A La Obtención Del Título Medico General

AUTORA:

Ana Gabriela Armijos Coronel

DIRECTOR:

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg.Sc.

Loja – Ecuador

2017

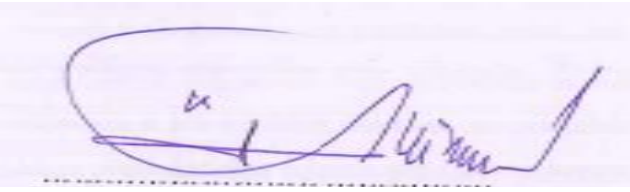
CERTIFICACIÓN

Loja, 11 de Octubre de 2017

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre,Mg.Sc
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación titulado: **"EVALUACIÓN DEL MANEJO DE EL DOLOR EN PACIENTES TERMINALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE SOLCA LOJA. PERIODO NOVIEMBRE 2015 – NOVIEMBRE 2016"**, desarrollado por la estudiante Ana Gabriela Armijos Coronel previo a optar por el grado de Médico General, ha sido dirigido y revisado minuciosamente, y una vez cumplido con los requisitos establecidos por el Reglamento de Régimen Académico de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.



Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg.Sc.
DIRECTOR DE TESIS

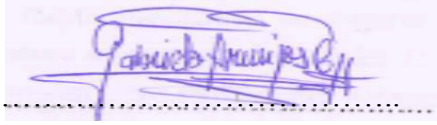
AUTORÍA

Yo, Ana Gabriela Armijos Coronel, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Además, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Autor:

Ana Gabriela Armijos Coronel

Firma: 
C.I. 1104448368

Fecha: 11 de Octubre 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Ana Gabriela Armijos Coronel, autora de la tesis: **"EVALUACIÓN DEL MANEJO DE EL DOLOR EN PACIENTES TERMINALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE SOLCA LOJA. PERIODO NOVIEMBRE 2015 – NOVIEMBRE 2016",** cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad en su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

La Universidad Nacional de Loja, no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los once días del mes de octubre del dos mil diecisiete, firma su autora.

Firma: ……

Autor: Ana Gabriela Armijos Coronel

Cédula: 1104448368

Dirección: Ciudadela los Choferes Turunuma Alto.

Correo electrónico: gaby_arco@hotmail.es

Teléfono: 0985484720

DATOS COMPLEMENTARIOS:

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg.Sc.

TRIBUNAL DE GRADO:

Presidente: Dra. Alba Beatriz Pesantez Gonzales, Mg.Sc.

Vocal: Dra. Melva Fabiola Ordoñez Salinas, Esp.

Vocal: Dra. Fanny Karina León Loaiza, Esp.

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a Dios por estar conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fuerza para continuar hacia la culminación de una de mis metas y deseos del corazón. A mis padres Guillermo Armijos y Nuvia Coronel quienes han sido mi pilar fundamental de Apoyo a Mis hermanos Pathy y Alex, mis cuñados y sobrinos, Mis Abuelitas Hortensita Y Amadita, por su apoyo incondicional y sus sabios consejos, mis tías y Prima, Marlenita, Ximenita Andreita por apoyarnos en momentos buenos y sobre todo malos y toda mi familia por haberme alentado a no rendirme en momentos difíciles, de mi formación personal. De forma muy especial, este trabajo lo dedico a todas las personas que padecen cáncer, y que han sido parte de los Cuidados Paliativos de SOLCA Loja ya que son verdaderos luchadores que día a día tratan de sobrellevar la enfermedad.

Ana Gabriela Armijos Coronel

AGRADECIMIENTO

El culminar mi tesis quiero agradecer a Dios por su infinita bondad, por proveer los medios necesarios para poder realizarla, darme salud, fortaleza, responsabilidad y sabiduría. A mi familia gracias a su apoyo, amor incondicional para poder alcanzar una de mis metas propuestas en la vida. Mi gratitud sincera a la Carrera de Medicina del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja que me abrió sus puertas para formarme profesionalmente, además a mis apreciados docentes por su paciencia, dedicación y enseñanza. Agradezco al Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, quien con la humildad, dedicación, carisma sobre todo paciencia supo guiar acertadamente el presente trabajo y aportar con su valioso conocimiento profesional, que ha sido fuente de motivación para seguir adelante en este camino hasta la conclusión de la tesis.

Además, mi gratitud a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) Núcleo de Loja, por permitirme el acceso a la información de las historias clínicas, ya que sin su apertura mi tesis no hubiera sido posible realizarla. Siempre mi corazón agradecido con todas las personas quienes, con acciones, palabras entre otras cosas apoyaron para mi formación.

Ana Gabriela Armijos Coronel

ÍNDICE DE CONTENIDOS

i. Carátula i

ii. Certificación Del Director De Tesis ii

iii. Autoría iii

iv. Carta De Autorización iv

v. Dedicatoria v

vi. Agradecimiento vi

vii. Índice De Contenidos vii

1. Tema: 1

2.- Resumen 2

Summary 3

3. Introducción 4

4. Revisión Literaria 7

4.1 Enfermedad Terminal 7

4.1.1Definiciones 7

4.1.1.1Enfermedad Terminal 7

4.1.2 Enfermedad Incurable Avanzada 8

4.1.3 Enfermo Competente 8

4.1.4 Enfermo Incompetente 8

4.1.5 Fase Final De La Vida 8

4.1.6 Sufrimiento 9

4.1.7 Calidad De Vida 9

4.2 Cuidados Paliativos 10

4.2.1 Definición 10

4.3 Principios De Los Cuidados Paliativos 11

4.4 Trabajo En Equipo 11

4.5 Manejo Del Paciente De Cuidados Paliativos 12

4.5.1 Clínica……. 12

4.5.1.1 Sintomatología Frecuente: 12

4.6 Dolor 21

4.6.1 Concepto 21

4.6.1.1 Clasificación Del Dolor 23

4.6.1.2 Evaluación Del Dolor 24
4.6.1.3 Tratamiento Farmacológico Del Dolor 26
4.6.1.4 Terapias alternativas y complementarias 30
4.6.1.5. Resumen de evidencia del Dolor y su Tratamiento. 31
4.6.2 Psicológicos Y Psiquiátricos 31
4.6.2.1 Insomnio.. 31
4.6.2.2 Delirio…. 32
4.6.2.3 Ansiedad 32
4.6.2.4 Depresión 33
5. **Materiales Y Métodos** 34
6. **Resultados** 36
7. **Discusión** 43
8. **Conclusiones** 46
9. **Recomendaciones** 47
10. **Bibliografía** 48
11. **Anexos** 51
Anexo 1 Certificación De Aprobación Del Tema De Tesis 51
Anexo 2 Certificado De Pertinencia Del Proyecto De Tesis 53
Anexo 3 Certificado De Designación De Director De Tesis 54
Anexo 4 Certificado De Autorización Para El Desarrollo De Trabajo De Investigación 55
Anexo 5 Autorización Del CEAS Comité De Ética De Solca Loja 56
Anexo 6 Escala de Borg 57
Anexo 7 Algoritmo del manejo dolor según la Guía de Cuidados Paliativos MSP Ecuador 58
Anexo 8 59
Anexo 9. Abreviaturas 61

1. Título:

“Evaluación Del Manejo De El Dolor En Pacientes Terminales De La Unidad De Cuidados Paliativos De Solca Loja. Periodo Noviembre 2015 – Noviembre 2016”.

2.- Resumen

Dentro de cuidados paliativos debemos hacer frente a la muerte y dolor, esto ha impulsado a la medicina moderna a buscar en lo profundo de sus raíces, para encontrar en cada paciente a un ser humano, con dignidad propia, cuya existencia trasciende más allá del cuerpo, de su psicología y la familia. Por otra parte, la medicina moderna se enfrenta a nuevos desafíos epidemiológicos causados por un notable aumento de enfermedades crónico-degenerativas y oncológicas, que derivan una menor sobrevida de quienes las padecen. El objetivo del estudio es evaluar el manejo del dolor en pacientes de cuidado Paliativo de Solca Loja, estableciendo objetivos específicos para conocer y demostrar el manejo del dolor y si aplican las escalas de analgesia otorgadas por Organización Mundial de la Salud y Ministerio Salud Pública del Ecuador, las cuales ayudarían a controlar el dolor físico de quienes lo padecen, mejorando su calidad de vida. La investigación se desarrolló con un diseño cuantitativo, descriptivo y transversal, teniendo como población los pacientes nuevos que hicieron uso de la Unidad de Cuidados Paliativos en los meses noviembre 2015 a julio 2016, diagnosticados con cáncer y que presentan dolor, los resultados se muestran a través de tablas y gráficos expuestos más adelante, donde existe mayor predominio de mujeres en relación a los varones, se comprueba el uso correcto de la escala analgésica y la relación existente con nuestros pacientes, destacando el uso mayor de fármacos como analgésicos para tratar el dolor son: fentanil, buprenorfina, morfina, tramadol, paracetamol y coadyuvantes.

Palabras clave: Cuidado Paliativos, Escalas Analgesia OMG, MSP. Dolor en pacientes Oncológicos. Muerte Digna.

Summary

Within the palliative care we must face death and pain, this has prompted modern medicine to seek in the depths of its roots to find in each patient a human being, a person with own dignity, whose existence transcends beyond his body, his psychology and his family. On the other hand, modern medicine faces new epidemiological challenges caused by a marked increase in chronic degenerative and oncological diseases, which lead to a greater survival of those who suffer from them. The objective of this study is to evaluate the pain management in Palliative Care patients of "Solca" Hospital in Loja, establishing specific objectives to know and demonstrate pain management and if using the analgesic ladders granted by OMS and the Ministry of Public Health of Ecuador, which would help to control the physical pain of those who suffer from it, in addition to providing information that facilitates the development of health policies that, in the future, will improve the quality of life of the patients who carry out and use the Palliative Care Unit. The research was developed with a quantitative, descriptive and transversal design, having as population the new patients who were integrated to make use of the palliative care unit in the months November 2015 to July 2016, diagnosed with cancer or in study that present pain, the results are shown through the tables and graphs presented below, where there is a greater predominance of women in relation to men, in addition the patients with greater acceptance, we verified the correct use of analgesic ladder and the existing relationship with our patients, noting that the major use of drugs as analgesics to treat pain are fentanyl, buprenorphine, morphine, tramadol, paracetamol and other adjuvants.

Key words: Palliative Care, Analgesic Ladders SMO, MPH. Pain in cancer patients. Dignified death.

3. Introducción

Es importante diferenciar los pacientes terminales de aquellos que se encuentran en un estadio avanzado de su enfermedad, con pocas posibilidades de curación pero que son capaces de responder potencialmente a tratamientos específicos que no han sido aplicados y podrían aumentar la supervivencia y/o mejorar la calidad de vida si son eficaces. Enfermedad metastásica avanzada no tiene por qué ser sinónimo de enfermedad terminal. Este grupo de pacientes precisa por tanto de la atención de unidades especializadas en cuidados paliativos que son definidos por el Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa de Europa contra el Cáncer como la "Atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familiares por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo" (MSP, noviembre 2014)

Dentro de los cuidados paliativos debemos hacer frente a la muerte y al dolor, esto ha impulsado a la medicina moderna a buscar en lo más profundo de sus raíces para encontrar en cada paciente a un ser humano, a una persona con dignidad propia, cuya existencia trasciende más allá de su cuerpo, de su psicología y la familia. (Argelia Lara Solares, 2012)

Sin embargo, garantizar un mayor tiempo de sobrevida y una enfermedad sin dolor no significa necesariamente garantizar una mejor calidad de vida. (American Cancer Society, 2015.) Al contrario, sobre todo el adulto mayor a consecuencia del deterioro de su salud física y mental, presenta una notable reducción de su participación en el mercado laboral, lo que conlleva a una dependencia de los ingresos provenientes de fuentes públicas, privadas o de sus familiares, cuyas consecuencias, en el peor de los casos, terminarán provocando que los adultos mayores continúen envejeciendo con peor salud y que en muchas ocasiones las redes familiares agudicen sus dificultades debido a la desprotección y por ende un mal manejo del tratamiento del dolor. En definitiva, tanto el incremento de la cifra de adultos mayores, como de los pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e incurables oncológicas o no oncológicas, demandan a los servicios de salud, plantear alternativas de atención integral como son los Cuidados Paliativos. (Ministerio Salud Pública, 2014) (Instituto Nacional del Cáncer EE.UU., 2015)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la disponibilidad, accesibilidad y recursos para cuidados paliativos son limitados. Se estima que solo del 5 al 10% de los pacientes que necesitan estos cuidados los reciben y más del 50% de ellos no pueden costear los servicios o la medicación. (Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, 2012 Diciembre)

El cáncer es un ejemplo de enfermedad que se beneficia del tratamiento paliativo, esta patología es un factor importante de la carga mundial de morbilidad, y lo será cada vez más en los decenios venideros. Se estima que a nivel mundial el número anual de casos nuevos pasará de los 10 millones registrados en el año 2000 a 15 millones antes del 2020. Cerca del 60% de estos casos nuevos se presentarán en las regiones menos desarrolladas del planeta. (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2012)

Los pacientes con cáncer u otras enfermedades catastróficas necesitan medidas de alivio del dolor en todas las fases de la enfermedad. El dolor se produce en alrededor de la tercera parte de los pacientes que reciben tratamiento anticanceroso. Para ellos, las medidas de alivio del dolor han de ser paralelas a las del tratamiento. “Más de las dos terceras partes de los casos avanzados experimentan dolor, por lo que el alivio de éste y de otros síntomas pasa a ser el objetivo principal del tratamiento dentro del manejo del cuidado paliativo ”. (Cosío, 10 de agosto 2014 • Volumen 5 Número 7 • ISSN: 1067-6079)

El dolor es un problema frecuente en estos pacientes, con una prevalencia del 80- 90% en los estadios avanzados. Al momento del diagnóstico oncológico, los pacientes pueden presentar dolor de un 20% al 50%. El dolor en tumores sólidos presenta una frecuencia que puede llegar hasta el 70% (cáncer uterino, sarcomas); en leucemias y linfomas el porcentaje es 50%. Hasta un 75% de pacientes con cáncer avanzado reportan dolor al momento de la admisión hospitalaria y el 70-80% presenta dolor en las últimas cuatro semanas previas al fallecimiento. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017) Las localizaciones anatómicas más frecuentes de dolor, señaladas por pacientes con cáncer son: columna vertebral 36%, abdomen 27%, tórax 24%, miembros inferiores 22%, cabeza-cuello y región pélvica 17%, miembros superiores 11% y región perianal 7%. En el Ecuador, el cáncer es de diagnóstico tardío, lo que dificulta el manejo del dolor oportunamente. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2014 se reportó, dentro de las 25 principales causas de muerte en general a las siguientes

neoplasias malignas; estómago, tejido linfático, hematopoyético y afines, próstata, útero, tráquea, bronquios y pulmón, colon, sigmoideo, recto y ano, hígado y de las vías biliares. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Es por lo que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha propuesto el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS – FCI), que reconoce a la salud como un derecho humano. Este modelo ha sido acogido también por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) a través de un reforzamiento de la atención primaria de salud. (Centro de Salud J. Sánchez Jiménez).

Lo estipulado en el modelo que promulga el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador es perfectamente compatible con los objetivos que persiguen los Cuidados Paliativos, los cuales son velar por una adecuada atención al final de la vida, ayudando a combatir uno de los problemas de salud pública global más importantes que afectan hoy al mundo, que es el dolor que presenta el paciente en sus últimos días.

El objetivo general de este estudio es: Evaluar el Manejo del dolor en Pacientes Terminales en la Unidad de Cuidados Paliativos de Solca Loja, en tanto que los objetivos específicos son: 1. Conocer el manejo del dolor en los pacientes terminales de la Unidad de Cuidados Paliativos, 2. Comprobar el cumplimiento de la Escala Analgésica para el Cuidados Paliativos dada por el OMS/MSP, 3. Conocer el modelo asistencial del manejo del dolor en los pacientes de Cuidados Paliativos de Hospital SOLCA, de esta manera se pretende aportar información que facilite la futura programación sanitaria, ya que los resultados de esta investigación podrán servir de base para nuevos estudios encaminados en la búsqueda de soluciones efectivas que contribuyan a la superación de esta problemática y lograr una mejor calidad de vida y/o una muerte digna para el paciente.

4. Revisión Literaria

4.1 Enfermedad Terminal

4.1.1 Definiciones

4.1.1.1 Enfermedad Terminal

Según la definición de la OMS y de la Sociedad Española de cuidados paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente. En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es "el curar" sino el de "cuidar" al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad.

Los criterios de Terminalidad que se ha tomado en cuenta han sido los de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) siendo los siguientes:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- La enfermedad incurable debe de estar en fase avanzada, lo cual excluye enfermedades incurables en períodos iniciales o aquellas que estén estabilizadas o en fase de remisión.
- Falta de respuesta al tratamiento específico.
- **Fase terminal terapéutica:** cuando no hay tratamiento curativo para alguna patología.
- **Fase terminal biológica:** cuando las constantes vitales son incompatibles con la vida.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida no mayor a 6 meses. (Carrillo Mayanquer, 2013)

4.1.2 Enfermedad Incurable Avanzada

Enfermedad de curso progresiva, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a mediano plazo.

4.1.3 Enfermo Competente

Es aquel que puede dar el consentimiento o aceptación de una intervención médica, en forma libre, voluntaria, consciente, después que el médico le haya informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles con sus posibles riesgos y beneficios. Claro está que para sumir este consentimiento el paciente debe reunir ciertas condiciones:

- Disponer de una información suficiente.
- Comprender la información adecuadamente.
- Encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores y principios éticos, morales y espirituales.
- Ser competente para tomar la decisión en cuestión.

4.1.4 Enfermo Incompetente

Es el enfermo que no está en capacidad de dar el consentimiento verbal sobre el procedimiento que se va a realizar o sobre sus decisiones acerca del final de la vida, ya sea porque está sedado o por cualquier razón que lo incapacite mentalmente.

4.1.5 Fase Final De La Vida

Se emplea como sinónimo del concepto de fase terminal, la etapa final de la vida puede durar meses, semanas, días u horas. Es un momento en el que se toman muchas decisiones sobre el tratamiento y la atención de los pacientes de cáncer. Es importante que los familiares y los proveedores de atención de la salud conozcan con anticipación los deseos del paciente y que hablen francamente con el paciente sobre los planes para la etapa final

de su vida. Esto puede facilitar la toma de decisiones importantes de la familia durante la etapa final de la vida del paciente.

4.1.6 Sufrimiento

Se ha definido por Chapman y Gavrin como “un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla”. (Guía CCP, Noviembre 2014).

4.1.7 Calidad De Vida

Según la OMS la definición de Calidad de Vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno “. (Platas, 2013)

Existen muchas definiciones de calidad de vida, la mayoría de ellas relacionadas con el concepto de bienestar y las condiciones materiales de vida. Es importante dar el enfoque de una calidad esencial, la propia vida, que modula la existencia de calidad a alcanzar. La medicina paliativa acude al servicio de la vida para darle sentido, para dotarle de esperanza hasta el final, para recobrar su dignidad y la de la muerte.

En 1988 Walter J. dijo: la calidad de vida es “la relación existente entre la condición biológica del paciente y la capacidad de buscar y perseguir metas personales específicas, entendiendo éstas como un conjunto de valores materiales, sociales, morales y espirituales que trascienden a la vida biológica” (Carrillo Mayanquer, 2013). La superación definitiva del utilitarismo sólo es posible restableciendo el valor absoluto de la persona. El sentido de la vida sólo puede abordarse desde la idea de persona, pues equivale a una toma de conciencia o caer en la cuenta de la importancia del vivir humano, su corporalidad, su trascendencia y su relación con los otros seres humanos y con su familia, relación que nos personaliza y nos hace realmente humanos.

El concepto está directamente asociado al de **bienestar,** el cual ha sido objeto de una atención permanente en los temas de del desarrollo social, económico y cultural que busca un **equilibrio** entre la cantidad de **seres humanos** y los **recursos disponibles** y la **protección del medio ambiente.** Debe tener en cuenta al tomar decisiones los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida digna con libertad, equidad y felicidad. (Platas, 2013)

4.2 Cuidados Paliativos

4.2.1 Definición

"Los cuidados paliativos mejoran la Calidad de Vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo". (Organización Mundial Salud, 2016)

Los cuidados paliativos:

- alivian el dolor y otros síntomas angustiantes;
- afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal;
- no intentan ni acelerar ni retrasar la muerte;
- integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente;
- ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte;
- ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo;
- utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado;
- mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad;
- pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejores complicaciones clínicas angustiosas. (Organización Mundial Salud, 2016).

En casi todo el mundo la mayoría de los pacientes con cáncer se encuentran ya en una fase avanzada de la enfermedad cuando un profesional de la medicina los visita por primera vez. Para ellos, la única opción de tratamiento realista es el alivio del dolor y los cuidados paliativos. Existen métodos paliativos eficaces para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2012), (Organización Mundial Salud, 2016).

4.3 Principios De Los Cuidados Paliativos

- Respetar la dignidad del enfermo y de sus cuidadores.
- Ser receptivos y respetuosos con los deseos del paciente y la familia.
- Utilizar las medidas más adecuadas compatibles con las elecciones realizadas por el paciente. Buen manejo del dolor y de otros síntomas físicos.
- Valorar y tratar los problemas psicológicos, sociales y espirituales/religiosos.
- Ofrecer continuidad (el paciente debe poder ser atendido, si así lo desea, por su médico y el especialista de atención primaria).
- Proporcionar acceso a cualquier tratamiento que de forma realista se espere que mejore la calidad de vida del paciente, incluidos los tratamientos alternativos o no tradicionales.
- Proporcionar acceso a cuidados paliativos y a cuidados en unidades de enfermos terminales.
- Respetar el derecho a negarse a recibir tratamiento.
- Respetar la responsabilidad profesional del médico para interrumpir algunos tratamientos cuando proceda, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y de la familia.
- Promover la investigación clínica sobre la provisión de cuidados al final de la vida.
- Trabajo en equipo.

4.4 Trabajo En Equipo

El cuidado paliativo demanda un trabajo multidisciplinario cuyo objetivo principal es el paciente y su familia en un contexto de totalidad, que abarque su psicología, su soma, su

espíritu y su entorno social. Por lo general el equipo de Cuidados Paliativos está integrado por un médico, una enfermera, un psicólogo, un trabajador social y un clérigo. El objetivo fundamental de los cuidados paliativos es acompañar al paciente y a la familia a lo largo de su enfermedad, mediante el alivio de síntomas, la comunicación y el apoyo emocional, apoyo en la toma de decisiones, la atención a las necesidades sociales, el reconocimiento de cuestiones espirituales, el apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo. Los miembros del equipo deben ser especialistas en sus áreas, compartir los objetivos y cumplir con las siguientes competencias:

- Manejo adecuado del dolor y otros síntomas.
- Mantenerse actualizados y desarrollar investigaciones con el fin de evaluar y modificar su intervención.
- Apoyar en el ámbito sicológico y espiritual al paciente y al cuidador.
- Instaurar planes de asistencia, docencia y rehabilitación en colaboración con otros equipos terapéuticos.
- Favorecer a la autonomía del paciente a través de la comunicación acertada y del apoyo en la toma informada de decisiones en especial de aquellas que se anticipen a conductas terapéuticas.
- Guía rápida para el manejo de síntomas en cuidados paliativos.
- Asistir al paciente, su familia y al cuidador en el proceso de muerte.
- Apoyar a la familia y al cuidador en el duelo. (MSP, noviembre 2014)

4.5 Manejo Del Paciente De Cuidados Paliativos

4.5.1 Clínica

4.5.1.1 Sintomatología Frecuente:

4.5.1.1.1 Disnea

La disnea se define como la sensación de “falta de aire”, de una respiración anormal o incómoda con la percepción de mayor trabajo respiratorio que aparece durante el reposo o con un grado de actividad física inferior a la esperada.

Según la American Thoracic Society, la disnea se define: como una” experiencia subjetiva de molestia para respirar que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad, relacionada con factores fisiológicos, psíquicos, sociales y

medioambientales”. Para los pacientes, la disnea es tan difícil de sobrellevar como el dolor. Su prevalencia en Cuidados Paliativos es elevada; puede alcanzar el 30%-40% de los cánceres avanzados y terminales, en el 65%-70% de los broncogénicos; 85% en los pacientes con Insuficiencia Cardiaca Congestiva y más del 90% entre los pacientes con EPOC. Se deben tratar las causas reversibles de la disnea que tienen tratamiento específico, como la insuficiencia cardíaca, la exacerbación de la EPOC y el asma, el broncoespasmo, las arritmias cardíacas, la anemia, el derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior. En muchas ocasiones, el uso de broncodilatadores mejora la disnea del paciente con obstrucción reversible de la vía aérea. La radioterapia y la quimioterapia pueden ser útiles en la disnea producida por afectación neoplásica pulmonar primaria o metastásica.

Existen Dos mecanismos neurales distintos regulan la respiración: uno es responsable del control voluntario y el otro del control automático. El primero depende de la corteza y de la integridad del tracto cortico-espinal. El segundo sistema es regulado por células con automaticidad localizadas en el bulbo raquídeo, cuyos impulsos activan motoneuronas ubicadas en los segmentos cervicales inferiores a C3 y torácicos de la médula espinal, que inervan los principales músculos de la respiración. La frecuencia de despolarización de estas es modulada por estímulos percibidos por quimiorreceptores. Los quimiorreceptores periféricos (cuerpos carotídeos y aórticos) son estimulados por aumentos en la PCO2, y disminuciones del Ph y de la PO2 arterial. Los quimiorreceptores centrales estimulan al centro respiratorio ante aumentos de la PCO2 y en la concentración de H+ en el líquido cefalorraquídeo. Cambios contrarios en estas concentraciones poseen un efecto inhibitorio de menor magnitud. De igual manera, existen aferencias desde receptores que modulan la actividad del centro respiratorio: propioceptores localizados en los músculos de la pared torácica, articulaciones y tendones; aferencias de mecanorreceptores situados en la vía aérea superior, receptores C terminaciones nerviosas amielínicas (Guía rápida para el manejo de síntomas en cuidados paliativos 67 la pared de vasos y alvéolos), así como termorreceptores de la vía aérea. Finalmente, a nivel de la corteza cerebral se regula el control volitivo de la respiración y el habla. Estudios funcionales por resonancia magnética nuclear sugieren que la corteza insular y el opérculo median la disnea, y que en el giro del cíngulo, la corteza prefontal y el giro supramarginal se integran aspectos emocionales y sensoriales de la respiración. La fisiopatología de la disnea, por lo tanto, no es sencilla, ya

que involucra mecanismos de regulación complejos, con amplia modulación cortical, que participan en la generación de la sensación de “sed de aire”.

Etiología Efecto directo del cáncer: Cáncer del pulmón o metástasis pulmonares, Derrame pleural y mesotelioma, Derrame pericárdico, Obstrucción traqueal, Embolismo tumoral, oclusión de la arteria y venas pulmonares, Laringitis carcinomatosa, Parálisis del nervio frénico, Infiltración de la pared torácica. Efecto indirecto del cáncer Neumotórax. Neumonía, Atelectasia. Asociada al tratamiento Neumonectomía, lobectomía. Toxicidad cardiopulmonar, Enfermedades concomitantes cardiopulmonares, Enfermedad Pulmonar Obstructivo Crónica, asma. Enfermedad pulmonar intersticial, ICC, cardiopatía isquémica, arritmia. Elevación del diafragma (ascitis, hepatomegalia), Acidosis metabólica. Enfermedades sistémicas no asociadas al cáncer: Bocio, enfermedad neuromuscular, síndrome hépatopulmonar, ataque de pánico, hiperventilación, obesidad.
Además del patrón temporal y los desencadenantes asociados, sugiere que la disnea en pacientes con cáncer suele tener un patrón irregular con rápidos ascensos, por lo que dificulta tener una respiración o ingreso de oxígeno adecuado a los pulmones.

Herramientas como el sistema de evaluación de síntomas de Edmonton o la escala de Borg modificada (Anexo 6), permiten un seguimiento más objetivo de este síntoma y evaluar la efectividad de las medidas terapéuticas emprendidas.

Tratamiento sintomático: El manejo sintomático descansa en tres intervenciones principales: guía y apoyo, oxigenoterapia y tratamiento farmacológico.

Medidas no farmacológicas: Existen diversas terapias no farmacológicas y estas deberían considerarse como la primera línea de tratamiento, tomando en cuenta su perfil de seguridad favorable y la ventaja de evitar la polifarmacia frecuente en la población de pacientes de medicina paliativa. Estas intervenciones terapéuticas poseen menor evidencia que las apoye que otras modalidades de tratamiento; sin embargo, sugieren que intervenciones como: ejercicios de respiración y relajación, uso de ventiladores, así como asistencia con andaderas, son beneficiosas en poblaciones específicas. Entre las medidas generales tenemos:

Tratamiento sintomático de la disnea:

Tratamiento de las causas reversibles de la disnea que tienen tratamiento específico, como la insuficiencia cardíaca, EPOC, y el asma. El broncoespasmo, las arritmias cardíacas, la anemia, el derrame pleural o pericárdico entre otras.

Tratamiento del sufrimiento psicológico asociado a la disnea terminal:

- Investigar los miedos del paciente y la familia.
- Educar al paciente y su familia.
- Practicar estrategias terapéuticas para situaciones de crisis.
- Entorno tranquilo.
- Técnicas psicológicas de relajación.
- Fármacos ansiolíticos.

Tratamiento del sufrimiento físico asociado a la disnea terminal.

Medidas generales:

- Posición cómoda.
- Conservación de la energía (ayudas para la deambulación).
- Presencia de una compañía tranquilizadora.
- Facilitar un ambiente tranquilo.
- Limitar el número de personas en la habitación.
- Evitar el estrés emocional.

Medidas farmacológicas*:* Opioides, Morfina: Comenzar con dosis mínimas: 2,5-5 mg VO cada 4 horas. Con ajustes diarios del 30% de la dosis diaria total (> 50% si hay dolor simultáneo, ya que el dolor es el antagonista fisiológico de la depresión respiratoria inducida por opioides). Y aumentar según la respuesta clínica, incrementando al doble de la dosis nocturna. En pacientes caquécticos o ancianos se recomienda empezar con dosis menores.

Si el enfermo previamente estaba en tratamiento con morfina se deben incrementar las dosis en un 25% a un 50% y controlar.

Benzodiacepinas: indicadas en el alivio de la disnea terminal (Anexo 6) Su efectividad es mayor en el control de la ansiedad que en el de la disnea propiamente.

Oxígeno suplementario: indicado tanto cuando hay hipoxia significativa como cuando no la hay por la corriente de aire que produce cuando se lo administra por bigotera nasal.
Además de todo el procedimiento de atención en la disnea se debe proporcionar confianza, apoyo moral y paciencia en el tratamiento del paciente terminal.

4.5.1.1.2 Disfagia

Se refiere a la dificultad que alguien puede tener en las fases iniciales de la deglución (descrita habitualmente como "disfagia orofaríngea") o a la sensación de que de alguna manera hay una obstrucción al pasaje de los alimentos y/o líquidos de la boca al estómago (descrita habitualmente como "disfagia esofágica"). Por lo tanto, la disfagia es la percepción de que hay un impedimento al paso normal del material deglutido. Estos pacientes pueden presentar intermitentemente un síntoma especial: la impactación de los alimentos. (Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, 2014)

La deglución orofaríngea es un proceso regulado por el centro de deglución en el bulbo raquídeo y en el esófago medio y distal por un reflejo peristáltico fundamentalmente autónomo coordinado por el sistema nervioso entérico, siendo un síntoma frecuente en: neoplasias orofaríngeas o esofágicas, enfermedades cerebrales, infecciones (herpes virus, candidiasis), mucositis secundaria a radioterapia o quimioterapia y masas extrínsecas con compresión esofágica. El tratamiento es paliativo y debe ajustarse a las expectativas de vida del paciente. (Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, 2014)

4.5.1.1.3 Náuseas Y Vómito

Las náuseas y vómitos se presentan en un 68% de los pacientes oncológicos y los porcentajes oscilan entre 30% y 50% en pacientes con SIDA, insuficiencia cardiaca o renal.
El mecanismo implicado en la aparición de las náuseas y vómitos es complejo e implica los sistemas nervioso y gastrointestinal. Puede producirse por estimulación directa del centro del vómito (alteraciones metabólicas, opioides), hipertensión endocraneal (tumores primarios o metastásicos), alteraciones gastrointestinales y vestibulares, etc. Muchos de los tratamientos utilizados en Cuidados Paliativos tienen como efectos secundarios náuseas y

vómitos como son: analgésicos (AINE, opioides, etc), antidepresivos, neurolépticos, antibióticos y sobre todo la radioterapia y la quimioterapia. En muchas situaciones coexisten los dos mecanismos de acción. La quimioterapia puede ser un irritante de la mucosa digestiva y actuar directamente sobre el centro del vómito. (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2012)

Existen otros casos en que los pacientes sufren vómitos anticipatorios producidos ante situaciones que les recuerdan su experiencia de aparición de vómitos o náuseas tras un primer ciclo de radioterapia o quimioterapia. La Guía Paliativa Completa del Ministerio de salud específica de oncología recomienda la selección del régimen de profilaxis y de tratamiento tras las 24 horas de su administración en función del riesgo de emesis de los fármacos administrados.

La quimioterapia se clasifica en cuatro categorías según su riesgo de emesis:

ALTA	**MODERADA**	**BAJA**	**MÍNIMA**
>90%	>30% =90%	=10% =30%	<10%

Fuente: (Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, 2014)

Las categorías de la radioterapia se corresponden con la superficie corporal irradiada:

ALTA	**MODERADA**	**BAJA**	**MINIMA**
>90%	>60% =90%	=30% =60%	<30%
todo el cuerpo	abdomen superior	tórax inferior, pelvis, cráneo espinal	cabeza y cuello, extremidades, mama

Fuente: (Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, 2014)

Para la profilaxis con relación a la quimioterapia avalan la eficacia de dexametasona (20 mg/día), antagonistas de 5HT3 el ondasetrón 16-24 mg/día y metoclopramida 40-60 mg/día. Los antagonistas de 5HT3 y dexametasona son más eficaces que metoclopramida; la combinación de dexametasona con antagonistas 5HT3 es más eficaz que la monoterapia en los pacientes con riesgo de emesis bajo o moderado que aparte de presentar la emesis acompaña dolor leve a moderado. Los antieméticos se emplean previamente a la

administración de la quimioterapia durante periodos breves de tiempo; por ejemplo, los antagonistas de 5HT3 se administran en dosis única previa a la quimioterapia.

Además, existe el Aprepitant que es un antiemético que pertenece a la familia de los antagonistas de la substancia P. Sus efectos se deben al bloqueo del receptor de neurokinina 1 (NK1). Se utiliza para prevenir las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia y para la prevención de náuseas y vómitos relacionados con el postoperatorio, añadido a dexametasona y a un antagonista de 5HT3, aumenta la eficacia de éstos últimos en pacientes con un régimen de quimioterapia con alto riesgo de emesis. (VADEMECUM, 2012)

Los fármacos como haloperidol, domperidona o metoclopramida; ayuda en el tratamiento del paciente terminal, pero existe una elevada frecuencia de múltiples efectos adversos, como: alteraciones del estado de ánimo, sedación, paranoia o hipotensión. Ello obliga a seleccionar cuidadosamente a los pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento. Actualmente, estos fármacos no están comercializados en nuestro medio. Existe mucha menos evidencia sobre la profilaxis de los vómitos inducidos por la radioterapia. Además de la extensión de la zona irradiada, hay que tener en cuenta la dosis administrada por sesión. (Ministerio Salud Pública, 2014)

4.5.1.1.4 Constipación O Estreñimiento

El estreñimiento afecta a una amplia proporción de pacientes en Cuidados Paliativos. En los pacientes oncológicos, puede llegar hasta el 65% y en la insuficiencia renal hasta el 70%. La inmovilidad, la dieta, algunos trastornos metabólicos, como la hipercalcemia, y sobre todo el uso de fármacos, como los opioides, explican esta prevalencia. En los pacientes en FFV (fase final de vida) que reciben opioides, el estreñimiento puede estar presente hasta en el 87% de los casos. Las pautas de tratamiento utilizadas en la población general referidas a la alimentación y al ejercicio físico son de difícil aplicación en los CP (Cuidados Paliativos), por lo que la utilización de laxantes es una necesidad casi obligada. No obstante, dentro del plan de cuidados generales del paciente deben incluirse la ingesta suficiente de líquidos, la dieta con aporte de fibra, la movilización adaptada a cada paciente y la anticipación ante el posible estreñimiento producido por fármacos. Son muchos los

laxantes empleados en Cuidados Paliativos; sin embargo, existen los enemas o los supositorios de glicerina.

Los laxantes pueden clasificarse según su mecanismo de acción:

- Formadores de bolo (metilcelulosa).
- Activadores del peristaltismo intestinal (sen, senósidos A y B, bisacodilo, picosulfato sódico).
- Lubricantes y suavizantes (docusato, aceites minerales).
- Osmóticos (lactulosa, lactitol, sales de magnesio, polietilenglicol).

Estreñimiento severo: considerar dosis altas y combinar laxantes:

- Senna más lactulosa 15 c/12h.

Otra situación clínica frecuente que complica el estreñimiento en los pacientes en CP es la impactación fecal (fecalomas), ya que limita la calidad de vida del paciente y su familia. Es necesario descartarlo mediante un examen rectal antes de prescribir tratamientos específicos para el estreñimiento. Para tratar la impactación fecal se realiza la extracción manual, el uso de laxantes administrados por vía rectal:

- supositorios (glicerina) o enemas.

Requiere una correcta analgesia del paciente.

Resumen de evidencia:

1+	Senna, Lactulosa polietilenglicol son eficaces en el tratamiento del estreñimiento en pacientes en cuidados paliativos que reciben o no opioides.
	RECOMIENDACIONES
√	Antes de preescribir un tratamiento con laxantes descartar la presencia de fecalomas
A	Uso de laxantes (Senna, Lactulosa solo o asociada a senna, polietileglicol) junto a una dieta adecuada (fibra de hidratación suficiente) ejercicio adaptado.
B	La prescripción de opioides debe acompañarse de medidas preventivas incluidos los laxantes.
D	En caso de impactación fecal se realiza extracción manual y puede utilizarse laxantes por vía rectal (supositorios y enemas).

Fuente: (MSP, noviembre 2014)

4.5.1.1.5 Diarrea.

La diarrea es menos frecuente que el estreñimiento en pacientes de Cuidado Paliativo, sobre todo en los de causa oncológica. En algunas series de casos se llega hasta el 30%; en el caso del sida, puede presentarse hasta en el 90%. Como en muchos de los síntomas digestivos, la etiología es multifactorial, una de las causas más frecuentes:

- Uso de laxantes,
- Medicamentos: antibióticos, AINE, antiácidos,
- Quimioterapia (sobre todo 5-fluorouracilo e irinotecan),
- Radioterapia,
- Síndrome de malabsorción: secuelas de cirugía digestiva, carcinoma de páncreas
- Tumores: digestivos y carcinoides
- Gastroenteritis y otras infecciones
- Obstrucción intestinal
- Impactación fecal.

El abordaje inicial del paciente con diarrea en Cuidados Paliativos comienza por la identificación de la etiología. Es especialmente importante conocer la causa de la diarrea, ya que algunas terapias, como el uso de opioides, están contraindicadas en las diarreas infecciosas. Otras causas, como la toxicidad inducida por la quimioterapia y radioterapia, o los síndromes de malabsorción, precisan una terapia específica. La diarrea producida por la quimioterapia, sobre todo con algunos agentes como el 5-fluorouracilo o irinotecan, requiere una evaluación y tratamiento específico. La toxicidad de la diarrea puede clasificarse de acuerdo con la frecuencia de deposiciones diarias y la afectación del estado general. Los grados 3 y 4 deben tratarse de manera hospitalaria debido a que puede progresar rápidamente a una deshidratación grave, los grados 1 y 2 pueden tratarse en el domicilio del paciente, siempre que no existan complicaciones sistémicas (fiebre, signos de infección, disminución significativa de la capacidad funcional, etc.).

Figura 1

	Grado				
	0	1	2	3	4
Pacientes sin colostomía	Ninguno	Aumento hasta 3 dps/d	Aumento entre 4 y 6 dps/d o dps nocturnas	Aumento de 7 o más dps/d o necesidad de hidratación parenteral	Deterioro que requiere cuidados intensivos o fracaso hemodinámico
Pacientes con colostomía	Ninguno	Ligero aumento en el contenido de la colostomía	Moderado aumento que no interfiere con las actividades del paciente	Severo aumento que interfiere con las actividades del paciente	Deterioro que requiere cuidados intensivos o fracaso hemodinámico
dps/d: deposiciones/día.					

Fuente: (Guía CCP, Noviembre 2014)

4.6 Dolor

4.6.1 Concepto

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como "una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial". El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes en Fase Final de Vida (FFV). Puede afectar hasta al 96% de los pacientes con cáncer. Los pacientes pueden presentar dolor debido a su enfermedad (infiltración tumoral, lesiones nerviosas); como consecuencia de algunos tratamientos (cirugía, quimioterapia, técnicas diagnósticas), o relacionados con su situación de inmovilidad y debilidad general (dolores óseos, úlceras, herpes zóster, etc.). No hay que olvidar otras posibles causas de dolor no directamente relacionadas con la enfermedad del paciente (artrosis, etc.). Pero en nuestro caso de pacientes terminales se asocia siempre a la enfermedad en curso, este síntoma frecuentemente se puede controlar con medicamentos analgésicos. Si el dolor persiste o aumenta, hay que verificar si la medicación ha sido administrada según las indicaciones del equipo tratante o profesional a cargo, así como las dosis en horario y los rescates (dosis extra del medicamento) específicos. Si no cediera hay que buscar si hay alguna otra causa que aumenta el dolor como: malas posiciones, malas noticias, falta de

sueño, frio, soledad, entre otras y comuníquese con el equipo. Además, la vivencia dolorosa consta de experiencias subjetivas y simultáneas: la dimensión senso-descriminativa. (Guía CCP, Noviembre 2014)

Las Cualidades sensoriales del dolor, elemento básico de la sensación dolorosa, que permite precisar localización, intensidad, modificación temporal y su capacidad de soportarla propiamente sensorial (algognosia) y la dimensión afectivo-emocional (umbral de dolor) que se representa con carácter, Desagradable, en ésta confluyen, entre otros, deseos, temores, angustias se relaciona al efectivo conductual (algotimia).

Desencadena modificaciones motoras, posturales o hábitos que conduciría a rechazar la Sensación dolorosa. A veces puede dar lugar a reacciones depresivas, ansiedad o aislamiento. También produce una serie de modificaciones vegetativas (cardiovasculares, respiratorias, Digestivas, hormonales), que van a completar la respuesta dolorosa.

Otros añaden la dimensión cognitivo-evaluadora, que analiza el significado a lo que está ocurriendo o podría ocurrir. Además, se producirían tres tipos de procesos neurofisiológicos:

- **Reacción de alerta:** estimulación de la formación reticular.
- **Activación vegetativa:** otras sensaciones desagradables (nauseas, mareos, frío).
- **Reacción moduladora:** elaborada por sistemas endógenos facilitadores e inhibidores.

La resultante de estas situaciones podría explicar por qué ante un mismo estímulo doloroso, distintos individuos no reaccionan de igual manera. La palabra paciente, de origen latino, “patior”, significa: **El que soporta sufrimiento o dolor.**
A su vez, ambas palabras están correlacionas en gran parte de enfermos con dolor oncológico, pero la diferencia está en que el sufrimiento, o dolor total, interviene la memoria, la imaginación Y la inteligencia, incluye el pasado y el futuro, lo físicamente ausente pero presente al espíritu. Existe pues la posibilidad de percibir y aumentar el dolor real. El mejor medicamento para aliviar el dolor es la morfina en sus diferentes presentaciones (jarabe, tabletas, ampollas).

4.6.1.1 Clasificación Del Dolor

Según la duración:

- **Agudo:** producido por estímulos nociceptivos somáticos o viscerales de inicio brusco y corta duración.
- **Crónico:** dolor que persiste, sea cual sea su intensidad, más de un mes.
- **Irruptivo:** dolor de intensidad moderada o intensa que aparece sobre un dolor crónico. Puede ser de inicio inesperado o previsible (desencadenado por determinadas maniobras conocidas por el paciente).

Según su fisiopatología:

- **Dolor somático:** se produce por la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras músculos esqueléticos profundos y cutáneos superficiales. Por ejemplo, el dolor óseo metastásico.

- **Dolor visceral:** causado por infiltración, distensión o compresión de órganos dentro de la cavidad torácica o abdominal. Es frecuente que se asocie a náuseas, vómitos y sudoración. También puede tener un componente referido, manifestándose en lugares distantes al órgano que lo origina.

- **Dolor neuropático:** causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión directa tumoral, como consecuencia de la quimioterapia o por infecciones en un paciente debilitado (herpes zóster, etc.). El paciente lo describe como sensaciones desagradables, quemantes o punzantes, o como sensación de acorchamiento, hormigueo, tirantez, prurito o presión. Puede llegar a ser de difícil control, ya que responde mal a los analgésicos habituales.

- **Dolor Mixto:** coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente. (Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, 2012 Diciembre), (Guía CCP, Noviembre 2014). (Guía CP UTPL, 2013).

4.6.1.2 Evaluación Del Dolor

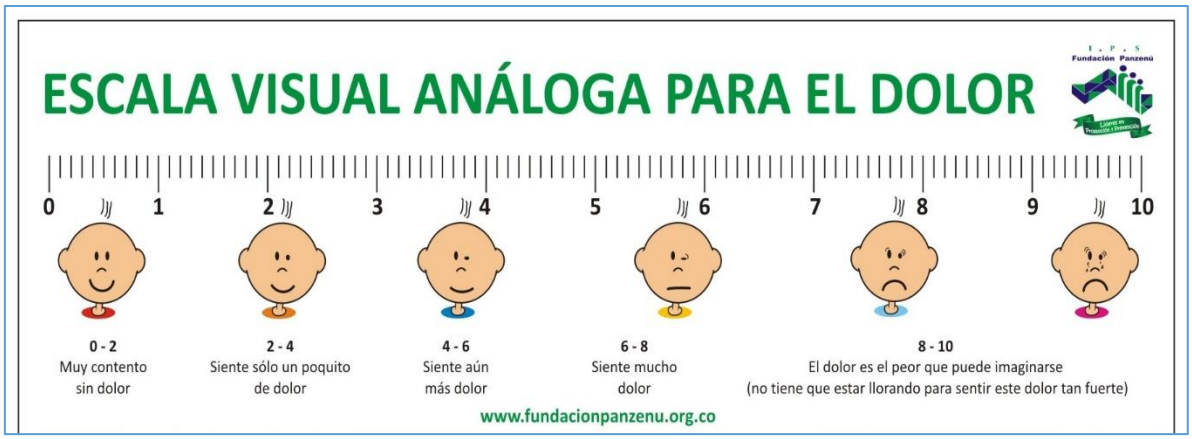
Las manifestaciones del dolor nos conllevan a realizar una evaluación por medio de un examen médico exhaustivo. Nos debemos concentrar en control del dolor del paciente paliativo y empezar por la anamnesis**.**

4.6.1.2.1 Anamnesis: Aquí debemos tomar en cuenta los siguientes aspectos: Características del dolor: Inicio, evolución, agravantes, atenuantes, relación con las actividades, localización, irradiación, estado de ánimo, respuesta a las drogas y vías de administración empleadas, Síntomas asociados, si antes ha recibido otros tratamientos.

4.6.1.2.2 Intensidad del dolor: Se evalúa su intensidad a través de la Escala del dolor la más utilizada donde el Paciente debe seleccionar el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma es la siguiente:

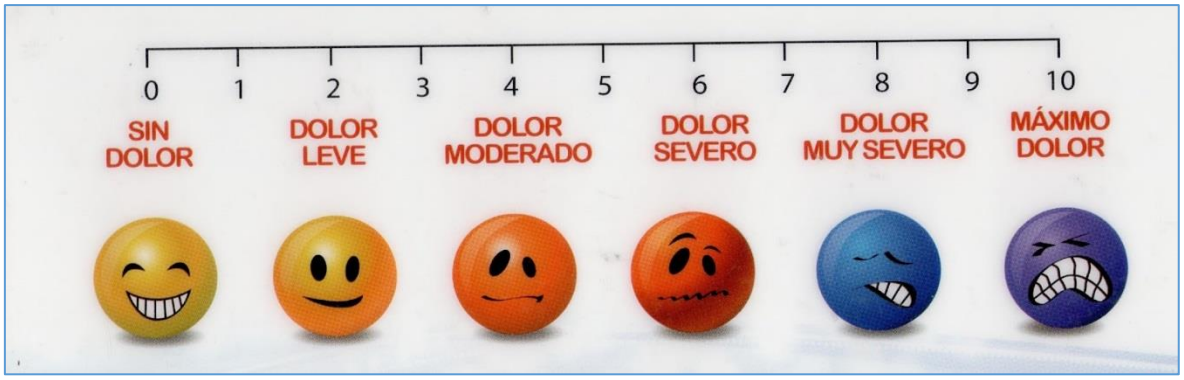
- ***Escala Visual Analógica****:* Es similar a la anterior, solo que en la EVA el paciente marca su dolor en una línea que va de 0 cm a 10 cm, donde se marca 0 como no dolor y 10 como máximo dolor.

Figura 2.



Fuente: Astudillo W. Mendinueva, (2000) Principios Básicos para control del dolor.

Figura 3.



Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

4.6.1.2.3. Examen físico: A más del examen habitual se debe hacer énfasis en:

- **Apariencia:** obeso, delgado, aplanamiento afectivo.
- **Postura:** cifosis, escoliosis.
- **Marcha**: cojera, uso de dispositivos de ayuda.
- **Expresión**: dolor tensión, ansiedad, respuesta verbal y no verbal.
- **Hiperactividad simpática:** taquicardia, diaforesis, hipertensión.

Se buscarán los factores que empeoran o disminuyen el dolor, la presencia o ausencia de algún punto percusor, si es apropiada la respuesta para el nivel del dolor, si existe alguna correlación afectiva.

4.6.1.2.4. Evaluación psicosocial: Dentro de los principios generales para el manejo del dolor: La Pontificia Universidad Católica de Chile hace las siguientes recomendaciones:

- El dolor puede y debe tratarse.
- Debe asegurarse del correcto diagnóstico etiológico del dolor y de la enfermedad de base.
- Tratar de precisar los mecanismos fisiopatológicos involucrados en el origen y transmisión del dolor.
- Considerar los aspectos psicosociales del dolor (eventual manejo terapéutico) Motivar a los pacientes a darle un “sentido” a su dolor.
- Usar el método más simple para la administración de analgésicos, de preferencia vía oral o subcutánea en caso necesario.

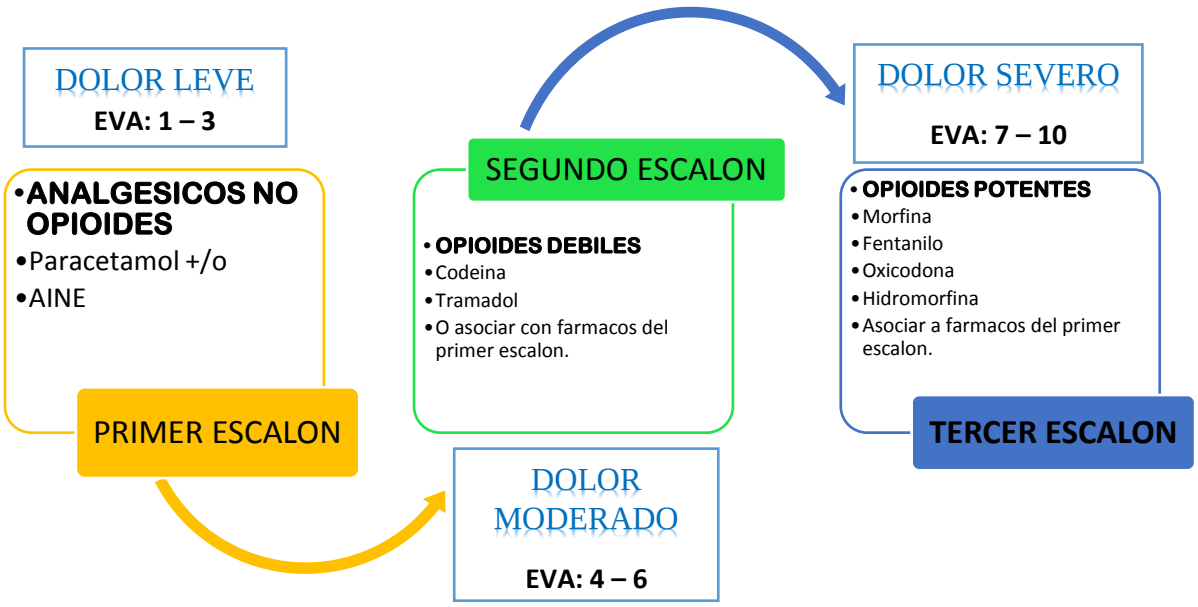
- Usar racionalmente analgésicos de potencia creciente. Escala analgésica y terapias intervencionales.
- Concepto de "por reloj". Dolor persistente requiere administración de drogas en forma preventiva, no es necesario que aparezca el síntoma para tratarlo.
- Individualizar los tratamientos para cada paciente en particular.
- Evaluar constantemente el efecto analgésico de los fármacos, así como sus efectos adversos.
- Utilizar drogas adyuvantes, ya sea para mejorar el efecto analgésico o para contrarrestar efectos adversos; recordar que son parte de la escala analgésica.
- Se debe derivar al paciente a un centro que cuente con especialistas en el manejo del dolor en casos de falta de respuesta o como enfrentamiento inicial en ciertos casos más complejos.

4.6.1.3 Tratamiento Farmacológico Del Dolor

Previo al tratamiento farmacológico se valorará al paciente según la Escala Analgésica de la OMS, el MSP de Ecuador trabaja con la misma escala para aplicar tratamiento farmacológico a los pacientes de CP según su guía. (Ministerio Salud Pública, 2014)

De acuerdo a esta escala no todos los pacientes iniciarán en el primer escalón, sino que pueden hacerlo en escalones superiores según la intensidad del dolor, lo cual se conoce como ascensor analgésico.

Figura 4.



Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)**;** (Guía CCP, Noviembre 2014)**.**

Existe la posibilidad de usar coadyuvantes en cualquier escalón según la situación clínica y causa específica del dolor.

***Primer escalón*:** corresponde a los analgésicos no opioides (paracetamol y AINE). Los AINE y el paracetamol se han mostrado eficaces frente a placebo, diferencias significativas entre los diferentes AINE. (Figura 4)

Segundo escalón: corresponde a los opioides débiles; en nuestro medio, codeína y tramadol. Existe un amplio acuerdo sobre la posibilidad de asociar los fármacos del primer escalón con los fármacos de los escalones siguientes. Sin embargo, el papel del paracetamol y AINE asociados a opioides no encontró datos ni a favor ni en contra de la asociación. Las características del dolor y una evaluación cuidadosa de cada caso determinan la decisión sobre el uso de esta asociación. Los AINE son la primera opción en el dolor de etiología ósea, como es el caso de las metástasis. (Figura 4).

***Tercer escalón*:** está constituido por los opioides potentes. El fármaco de elección es morfina, que puede utilizarse por vía oral tanto de liberación rápida (solución o comprimidos) como de liberación retardada, por vía IV o subcutánea (con posibilidad de usarla en bombas de infusión). Se debe comenzar con morfina oral cada cuatro horas hasta conseguir una analgesia adecuada. Una vez alcanzada, puede cambiarse a morfina de acción retardada, la dosis total dividida en dos dosis. En caso de no conseguir una analgesia adecuada es necesario realizar incrementos de dosis del 25% - 50%.

La Oxicodona no aporta ventajas frente a la morfina oral como opioide de primera elección, el Fentanilo es más eficaz que la morfina, pero menos utilizado en el tratamiento para el dolor, debido a su efecto adverso que puede causar depresión respiratoria grave en el paciente, por lo que, antes de administrar el medicamento debe ser valorado primero la sintomatología que presenta el paciente, la Buprenorfina tiene la ventaja de la administración en forma de parches transdérmicos, lo que permite su utilización continua en caso de dificultades para la deglución, problemas de cumplimiento o por preferencias de los pacientes. Su efecto dura 72 horas; ello dificulta los ajustes de dosis, por lo que no se recomienda en el caso de dolor inestable ni se recomienda iniciar su uso en los últimos días de la vida.

Buprenorfina puede administrarse por vía oral, parenteral y también mediante administración transdérmica. Su efecto por esta vía dura 84 horas. Existe menos evidencia

sobre su uso y no ha sido evaluada frente a otros opioides, para acercarnos a un buen manejo se ha establecido un algoritmo de la Guía de Cuidado Paliativo del MSP del Ecuador. (Anexo 7).

Figura 5.

PRIMER ESCALÓN ANALGESICO USO AINES				
MEDICAMENTO	**DOSIS Mg/ Kg**	**INTERVALOS**	**VIA**	**DOSIS MÁXIMA**
PARACETAMOL	500mg – 1000mg (adultos) 10-15 mg/kg (niños)	4 a 6 horas	oral, Vía intravenosa	4000mg día
DICLOFENACO	5 – 1.5 mg/kg	6-8 horas	oral, IM	150mg día máx. Tres días.
KETOROLACO	0.5 – 1 mg/kg 0.2 – 0.5 mg/kg	6 horas	oral, IV. infusión IV.	máx.. Por 5 días.
METAMIZOL	15 – 20 mg/ kg	4-6-8 horas	oral, VI.	8000 mg día
IBUPROFENO	5-10 mg /kg	6-8 horas	oral	2400 mg día
SEGUNDO ESCALÓN ANALGESICO OPIODE DEBIL				
TRAMADOL	50 -200 mg	6 – 8 horas	oral, VI, Sc	600mg día
TERCER ESCALÓN ANALGESICO USO OPIOIDES POTENTES				
MORFINA	0.3 -0.5 mg/kg 0.1 mg/kg	8-12 horas 4 horas	oral IV, Sc.	15mg dosis máx.
BUPRENORFINA TRANSTEC	0.03 ug /kg (tableta 0.2mg o amp. 0.3 ug) 0.8 mg /día	8 – 12 horas 72 – 96 horas	Sublingual, iv transdérmico	16 mg día
OXICODONA	5mg de inicio	8-12 horas	oral	no posee techo terapéutico
FENTANILO	0.5 -1 ug/kg/hora	4 horas	IV, Sc	No posee techo terapeutico.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)**;** VADEMECUM (2014).

***Efectos secundarios de los opioides*:** La estimulación de los receptores de opioides es la causa de los efectos sistémicos de estos. Algunos de los efectos secundarios, como la depresión respiratoria o el mareo, desaparecen al producirse tolerancia al fármaco es decir: se produce tolerancia cuando una persona consume una droga de una forma continua y su

organismo se habitúa a ella. Como consecuencia, se desarrolla un proceso psicológico y físico que hace necesario aumentar la dosis de forma progresiva para conseguir los mismos resultados o efectos. Otros efectos, como el estreñimiento, persisten durante el tratamiento, sobre los efectos adversos de los opioides en el dolor crónico no maligno, 25% de los pacientes presentaron boca seca; 21%, náuseas y 15%, estreñimiento. El 22% de los pacientes abandonaron el tratamiento por los efectos adversos. En la población con dolor crónico maligno, la incidencia de efectos adversos es superior.

Figura 6.

	Síntomas	**% Incidencia**
Gastrointestinales	Náuseas, vómitos, estreñimiento	15-30 40-87
Sistema nervioso autónomo	Xerostomía, retención urinaria, hipotensión postural	Sin datos
Sistema nervioso central	Sedación, deterioro cognitivo mioclonias, alucinaciones, delirium, hiperalgesia, convulsiones	20-60 Sin datos
Cutáneos	Prurito Hipersudoración	2-10 Sin datos

Fuente: (Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, 2012 Diciembre), (Ministerio Salud Pública, 2014).

Analgésicos adyuvantes: Estos son fármacos cuya principal acción no es la analgésica, pero que funcionan como tales en algunos tipos de dolor. En Cuidado Paliativo se utilizan para potenciar el efecto de los analgésicos, habitualmente de los opioides, para disminuir la dosis de los mismos, o en cuadros de dolor complejos.

Su uso es casi obligado en el dolor neuropático o en metástasis óseas dolorosas. También se emplean para tratar la comorbilidad del paciente en CP; por ejemplo, antidepresivos para la depresión o ansiedad asociada al dolor. Esta opción terapéutica la componen un grupo muy heterogéneo de fármacos, se resumen los más utilizados, con sus principales indicaciones.

Figura 7.

Fármacos	Indicaciones
Antidepresivos Tricíclicos: **amitriptilina** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): **fluoxetina, sertralina**	• Dolor neuropático* (tricíclicos) • Dolor asociado a depresión o ansiedad
Anticonvulsivantes **Carbamazepina, gabapentina**	• Dolor neuropático*
Corticoides **Dexametasona, metilprednisolona, otros**	• Astenia, anorexia, compresión medular, SCS, metástasis óseas, aumento de presión intracraneal, obstrucción intestinal
Relajantes musculares	• Dolor musculoesquelético / Espasmos
Benzodiazepinas**	• Ansiedad asociada al dolor**
Bisfosfonatos **Ácido zoledrónico**	• Útiles en caso de metástasis óseas ***
Radioisótopos	• Útiles en caso de metástasis óseas ***

Fuente: (Guía CCP, Noviembre 2014)**.**

El tratamiento de los síntomas también mejora el dolor, sin que pueda saberse con seguridad si es por un efecto analgésico independiente del fármaco. Por ejemplo, los corticoides son ampliamente utilizados en CP por su acción antiinflamatoria y tienen como resultado un alivio de síntomas, entre ellos el dolor.

Las pruebas que apoyan el uso de fármacos adyuvantes en CP provienen fundamentalmente de estudios realizados en otros contextos distintos; incluso en estos, la evidencia sobre la eficacia analgésica de fármacos como los relajantes musculares es escasa y contradictoria.

4.6.1.4 Terapias alternativas y complementarias

- **Acupuntura:** El RS (Revisión Sistemática), ECA (Ensayo clínico aleatorizado) y la Agencia Andaluza de Evaluación de Tecnologías Sanitarias abordaron incluyeron sobre la auriculopuntura en el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer sin que puedan extraerse resultados concluyentes.

- **Musicoterapia**: la RS de la Cochrane que estudió el efecto analgésico de la música en el dolor en general incluyó también estudios en pacientes con dolor oncológico. Encontró un efecto de alivio en el dolor y en la necesidad de analgesia, pero de importancia clínica incierta.
- **Aromaterapia y masaje**: pacientes con cáncer. Concluyen que existe limitada evidencia sobre su eficacia en la ansiedad en los pacientes en CP, sin hallazgo de pruebas suficientes respecto a su efecto sobre el dolor.
- **Otros tratamientos**: diferentes revisiones encontraron escasa evidencia sobre otros tratamientos como la relajación muscular o la hipnosis.

4.6.1.5. Resumen de evidencia del Dolor y su Tratamiento.

Especificado y tomadas de la Guía en Tratamiento del Dolor Según Guía de Cuidados Paliativos MSP de Ecuador. (Anexo 8.1-8.2).

4.6.2 Psicológicos Y Psiquiátricos

4.6.2.1 Insomnio

Es una queja subjetiva que puede incluir dificultad para dormirse, problema para mantenerse dormido, despertares nocturnos prolongados y despertar matutino precoz con incapacidad para retornar al sueño.

Así se determina el insomnio como el trastorno que consiste en la incapacidad para conciliar el sueño o permanecer dormido. En los pacientes que lo sufren, la duración y la calidad del sueño son bajas e interfiere en su vida cotidiana. Este trastorno se manifiesta con una dificultad para iniciar el sueño, para mantenerlo o mediante un despertar final adelantado.

Criterios diagnósticos de insomnio:

Dificultad para dormir caracterizada por cualquiera de los siguientes criterios:

- Dificultad en la conciliación (30 minutos o más).
- Dificultad en el mantenimiento (más de 30 minutos despertares nocturnos).
- Problemas para reanudar el sueño.

- Despertares matutinos precoces.
- Cansancio diurno.
- Siestas durante el día.
- Pesadillas.

La alteración del sueño se produce al menos tres noches por semana.

La alteración del sueño ocasiona una alteración significativa del funcionamiento diurno (astenia o un malestar notable).

Duración:

- Transitoria o circunscrita: < = 1 mes.
- Subaguda: > 1 mes.
- Crónica: > 6 meses.

4.6.2.2 Delirio

Es un síndrome caracterizado por el deterioro de las funciones cognitivas de inicio agudo y curso fluctuante, asociado a cambios del nivel de conciencia, incapacidad de mantener la atención, alteraciones del ritmo sueño-vigilia, cambios conductuales y psicosis. Es el trastorno neuropsiquiátrico más frecuente en pacientes terminales. La prevalencia en unidades de cuidados paliativos es de 40% en pacientes recién admitidos y un 40% adicional de pacientes desarrollan delirium la semana previa a la muerte.

*Fisiopatología***:** Se desconoce el origen fisiopatológico del delirium. Sí se sabe que existen neurotransmisores involucrados, especialmente la acetilcolina, cuyo déficit puede desencadenar el síndrome. Otros neurotransmisores involucrados son la dopamina, norepinefrina y serotonina, cuyo aumento se asocia a un mayor riesgo.

4.6.2.3 Ansiedad

Es una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad médica primaria, o ser una reacción a esta, mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos**.** En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente **peligrosas**. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos **concentrados** y afrontar los retos que tenemos por delante.

4.6.2.4 Depresión

Es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por deterioro de la regulación de este, del comportamiento y de la afectividad. Se presenta del 3 al 82% de los pacientes dependiendo de la enfermedad de base y del estado de progresión de la misma. La depresión actúa en detrimento de la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares y/o cuidadores. Lo predispone a desear la muerte e incluso al suicidio.

Fisiopatología: El hallazgo de concentraciones bajas de triptófano en el plasma, de ácido 5-hidroxiindolacético, en el líquido cefalorraquídeo y de la unión del transportador serotoninérgico de las plaquetas sugiere la participación del sistema de la serotonina.
También se ha descrito un aumento de la densidad de receptores de serotonina y un decremento en la expresión de la unión al elemento de respuesta del monofosfato de adenosina (AMP) cíclico en el cerebro de los suicidas. Las alteraciones neuroendocrinas que reflejan los signos y síntomas neurovegetativos son: aumento de la secreción de cortisol y de hormona liberadora de corticotropina; aumento del tamaño de las suprarrenales; descenso de la respuesta inhibidora de los glucocorticoides a la dexametasona y respuesta amortiguada de la tirotropina a la inyección de hormona liberadora de tirotropina. Las variaciones diurnas de la gravedad de los síntomas y las alteraciones del ritmo circadiano de varios factores neuroquímicos y neurohumorales sugieren que las diferencias biológicas. Pueden ser secundarias a un defecto primario de la regulación de los ritmos biológicos.

5. Materiales Y Métodos

Tipo de estudio: La presente investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal que pretende proporcionar información acerca del manejo del dolor en un paciente con cáncer terminal.

Área de estudio: ejecutada en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital SOLCA Loja.

Universo: pacientes nuevos que ingresaron a la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital SOLCA Loja, en el Periodo noviembre 2015 a julio 2016.

Muestra: total de 138 casos nuevos que ingresaron mes a mes durante el periodo de estudio, para ser manejados por la Unidad de Cuidados Paliativos.

Criterio de inclusión: pacientes que tienen un diagnóstico específico de cáncer y que presentaron dolor físico.

Criterio de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer o en estudio atendido en otras áreas del Hospital.
- Pacientes que reciben tratamiento farmacológico del dolor, atendidos en hospitalización.
- Pacientes que son atendidos por la Unidad de Cuidados paliativos del Hospital SOLCA Loja, antes del mes de octubre 2015 y a partir del mes de agosto 2016.

Técnicas e instrumentos: La recolección de la información se realizó mediante los datos obtenidos en las historias clínicas de los pacientes objeto de estudio, mismas que se encontraban en la base de datos del hospital de Soca Loja, además de la información de registros manuales que ocupan en la Unidad de Cuidados Paliativos. Como instrumento se elaboró una hoja en Word para la recolección de datos.

Procedimiento: Para realizar la ejecución de la presente tesis, se solicitó autorización al Dr. José Molina Manzano director de SOLCA en ese periodo, al Dr. Franklin Padilla Director de Comité de Bioética de los Pacientes, para tener acceso a las historias clínicas y de esta manera obtener la información necesaria. Luego, empleando la hoja de recolección

de datos que consta de fecha, numero de historia clínica, diagnóstico, tratamiento, procedimiento (anexo 11), se procedió a recoger la información de interés, para su tabulación y procesamiento se utilizó el programa informático Microsoft Excel 2010; con los datos obtenidos se determinó el manejo farmacológico en el dolor, la intensidad del dolor que presentaba cada paciente, el uso de la Escala de Analgesia y el modelo del majeo del dolor en los pacientes de Cuidados Paliativos, los mismo que fueron representados en tablas. Luego se procedió a contrastar los resultados del presente estudio con investigaciones realizadas en otras latitudes, obteniéndose la discusión. Y, por último, se elaboró las respectivas conclusiones y recomendaciones.

6. Resultados

Tabla N.º 1

Casos Nuevos Que Hacen Uso De La Unidad De Cuidado Paliativo Hospital Solca Loja Mes De Noviembre 2015 – Julio 2016

Demanda	Frecuencia	Porcentaje
Noviembre 2015	28	20.3%
Diciembre 2015	17	12.3%
Enero 2016	15	10.9%
Febrero 2016	12	8.7%
Marzo 2016	18	13.04%
Abril 2016	10	7.2%
Mayo 2016	15	10.9%
Junio 2016	11	7.9%
Julio 2016	12	8.7%
Total	138	100%

***Fuente**: Hoja de Recolección de Datos.*
***Elaborado Por:** Ana Gabriela Armijos Coronel*

Interpretación De Resultado: un total 138 **c**asos nuevos obtenidos entre los meses de noviembre 2015 a julio 2016, se distribuyen de la siguiente manera: noviembre del 2015 con mayor frecuencia asistida de 28 pacientes que corresponde a 20.3%, diciembre del 2015 con 17 casos 12.3%, marzo del 2016 con 18 casos 13.04%, enero y mayo del 2016 con 15 casos siendo 10.9 % cada mes, febrero y Julio 2016 con 12 casos 8.7% cada mes, junio 11 casos equivale a 7.9%, abril con 10 pacientes corresponde al 7.2%.

Tabla N° 2

Pacientes De Cuidado Paliativo En Hospital Solca Loja Según El Diagnostico Noviembre 2015 – Julio 2016

Tipo De Cáncer	Tipo Dolor	Frecuencia	Porcentaje
Ca. Gastrico	severo	19	13.8%
Leucemia Linfocítica Aguda	moderado	15	10.9%
Ca. Mama	moderado intenso	13	9.4%
Ca. Pulmón	moderado	9	6.5%
Ca. Cérvix	moderado	8	5.8%
Ca. Ovario	severo	6	4.3%
Ca. Próstata	moderado	5	3.6%
Linfoma No Hodgkim	leve	5	3.6%
Ca. Páncreas	intenso	5	3.6%
Ca. Vía Biliar	intenso	4	2.9%
Ca. Testículo	leve	4	2.9%
Ca. Lengua	severo	4	2.9%
Mieloma Múltiple	moderado	4	2.9%
Ca. Renal	severo	4	2.9%
Neuralgia Post Herpética	severo	3	2.2%
Ca. Colon	intenso	3	2.2%
Osteosarcoma	severo	3	2.2%
En Estudio	moderado	3	2.2%
Leucemia Mieloide Aguda	severo	2	1.4%
Ca. Recto	severo	2	1.4%
Histiocitoma	severo	1	0.72%
Elastiocitoma	severo	1	0.72%
Purpura Henoch Sholem	moderado	1	0.72%

Coriocarcinoma	moderado	1	0.72%
Lumbalgia Severa	intenso	1	0.72%
Astrocitoma	severo	1	0.72%
Hiperplasia Prostática Benigna	leve	1	0.72%
Ca. Hígado	intenso	1	0.72%
Ca. Duodeno	severo	1	0.72%
Ca. Columna	intenso	1	0.72%
Ca. Mediastino	intenso	1	0.72%
Ca. Tiroides	moderado	1	0.72%
Ca. Cara	moderado	1	0.72%
Obstrucción Venosa	moderado	1	0.72%
Ca. Endometrio	moderado	1	0.72%
Ca Vejiga	moderado	1	0.72%
Total		138	100%

***Fuente**: Hoja de Recolección de Datos.*
***Elaborado Por:** Ana Gabriela Armijos Coronel*

Interpretación De Datos: según nuestro estudio investigativo la enfermedad con mayores casos es el ca. Gástrico con 19 casos 13.8% y que presentan dolor severo, seguido de leucemia linfocítica aguda con 15 casos 10.9% con presencia de dolor moderado, ca de mama con 13 casos 9.4% con dolor de moderado a intenso, los diferentes tipos de cánceres con menor presencia de dolor ubicando en dolor leve son la Hiperplasia Prostática Benigna, el linfoma no Hodgkim con 5 casos equivalente 3.5%, menos frecuentes Histiocitoma, Elastiocitoma, Purpura de Henoch Sholem, Coriocarcinoma, Lumbalgia Severa, Astrocitoma, ca duodeno, ca columna, ca tiroides, ca Mediastino, Ca Cara, ca vejiga, Obstrucción Venosa, Ca. Endometrio con 1 caso cada diagnóstico corresponde a 0.72% cada uno y que su dolor varìa entre moderado y severo.

Tabla N° 3

Manejo del Dolor En Pacientes De Cuidado Paliativo De Hospital Solca Loja Según La Intensidad Dolor Físico Noviembre 2015 -Julio 2016

Intensidad Dolor	Fármacos	Casos	Porcentaje
Leve	Paracetamol	11	7.8%
	Ibuprofeno	4	2.9%
	Ketorolaco	4	2.9%
	Metamizol	10	7.2%
Moderado	Tramadol + AINES	42	30.5%
Severo - Intenso	Buprenorfina + AINES	39	28.3%
	Fentanil	5	3.6%
	Morfina	15	10.9%
	Oxicodona	8	5.8%
Total		138	100%

***Fuente**: Hoja de Recolección de Datos.*
***Elaborado Por:** Ana Gabriela Armijos Coronel*

Interpretación De Datos: los fármacos usados con mayor frecuencia la buprenorfina 39 pacientes 28.3%, el tramadol 42 pacientes equivalente 30.5%, Morfina 15 casos 10.9%, Paracetamol 11casos 7.8%, metamizol 10 casos corresponde 7.2, oxicodona 8 casos siendo 5.8% de los casos, fentanil 5 casos equivale 3.6%, ibuprofeno y ketorolaco 4 casos 3.6%.

Tabla N° 5

Fármacos Coadyuvantes Usados En Combinación Con Los Analgésicos Aplicados En El Tratamiento Del Dolor En Pacientes De Cuidado Paliativo De Hospital Solca Loja Según La Intensidad Dolor Físico Noviembre 2015 -Julio 2016.

Fármacos Coadyuvantes	Casos	Porcentaje
Corticoides (Dexametasona, Metilprednisona)	63	45.6 %
Anticonvulsivantes Carbamazepina, Pregabalina, Gabapentina)	64	46.4%
Bisfosfonatos (Ácido Zolendrómico)	11	7.9 %
Total	138	100%

***Fuente**: Hoja de Recolección de Datos.*
***Elaborado Por:** Ana Gabriela Armijos Coronel*

Interpretación De Datos: los fármacos coadyuvantes en combinación con la analgesia están en primera línea los anticonvulsivantes con 64 casos corresponde 46%, seguido de los corticoides con 63 casos 46% y menos usados son los bifosfonatos 11 casos equivalente 7.9%.

Tabla N° 6

Escala Analgésica De La Organización Mundial de la Salud/Ministerio Salud Pública Aplicada en el Manejo Del Dolor De Los Pacientes De Cuidados Paliativos de Solca Loja.

Escala De Analgesia	Casos	Porcentaje
Primer Escalón (Analgésicos No Opioides)	29	21%
Segundo Escalón (Opioides Débiles)	42	30.4%
Tercer Escalón (Opioides Potentes)	67	48.6%
Total	138	100%

***Fuente**: Hoja de Recolección de Datos.*
***Elaborado Por:** Ana Gabriela Armijos Coronel*

Interpretación De Datos: tomando en cuenta los analgésicos usados en los pacientes, podemos observar que se aplica la escala del MSP/OMG, teniendo el tercer escalón opioides potentes con 67 casos equivalente a 49%, seguido del segundo escalón opioides débiles con 42 casos con 30.5% y primer escalón con 29 casos siendo 21%.

Tabla N° 7

Cuadro Comparativo Entre Dolor Y Escala Analgesia Para Consolidar el Uso del Modelo De Manejo Del Dolor En Los Pacientes De Cuidados Paliativos.

TIPO DOLOR	Porcentaje	Escala De Analgesia	Porcentaje
LEVE	**20.8%**	**Primer Escalón (Analgésicos No Opioides)**	21%
MODERADO	**49.3%**	**Segundo Escalón (Opioides Débiles)**	30.4%
SEVERO E INTENSO	**42%**	**Tercer Escalón (Opioides Potentes)**	48.6%
Total	100%		100%

***Fuente**: Hoja de Recolección de Datos.*
***Elaborado Por:** Ana Gabriela Armijos Coronel*

Interpretación De Datos: tomando en cuenta la intensidad de dolor y relacionando con la escala de analgesia, podemos observar , el dolor severo e intenso asociados poseen una variación mínima de porcentaje 42% vs 48.6% teniendo relación en la aplicación de la escala, el dolor moderado en relación al segundo escalón su tratamiento varia 49.3 % vs 30.4% aplicado la escala lo que quiere decir que los pacientes con dolor moderado también pudieron recibir tratamiento de primer o tercer escalón, y el dolor leve varía en 8.7% con respecto a la escala analgésica 21% y esto puede darse porque no todos ocuparon el mismo fármaco para calmar su dolor pudieron estar combinados con fármacos del primer escalón.

7. Discusión

El estudio atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica (ATLAS LA) publicado en diciembre de 2012, presenta una visión global de la situación de los cuidados paliativos en todo Latinoamérica, es el primer estudio sistemático, descriptivo que recoge información del conjunto de 19 países latinoamericanos (de habla española o portuguesa) como Brasil, Uruguay, Venezuela, Colombia, Paraguay, Perú, Chile, Republica Dominicana. México, Salvador, Costa Rica, Puerto Rico, Honduras, Nicaragua, Argentina, Ecuador, Panamá, Bolivia, Guatemala, dando una visibilidad a la situación actual de los cuidados paliativos, este estudio sigue las metodologías utilizadas en el Atlas De Cuidados Paliativos De La Asociación Europea (EAPC) y cuidados paliativos utilizado según la Organización Mundial de la Salud señala que el dolor del paciente puede ser debido a progresión tumoral en 78% de los casos investigados, además por complicaciones de tratamiento en 19%, y por otras causas 10%, manejando adecuadamente el dolor puede llegar aliviar en un 75-90% de los pacientes, según el Atlas de Cuidados Paliativos de Latino América en el 2004 quedaron en acuerdos del uso de opioides potentes y débiles en el tratamiento para el dolor en los pacientes oncológicos, haciendo uso de las escalas de analgesia de la OMS. (atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica edición 2013).

Para relacionar el presente trabajo investigativo con otros estudios y comparar sus resultados, se tomó como base dos estudios de mayor relevancia: el primero es el tratamiento Oncológico según la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2012) donde identifica, que el dolor físico en los pacientes de cuidado paliativo, debe ser tratado según las escalas de analgesia identificando en ellos el uso habitual de opioides potentes, los fármacos que más emplean según este estudio son: la morfina, metadona y fentanilo, pero para el uso sobre todo de este último debe ser valorado el paciente debido a sus efectos adversos ya que puede causar: toxicidad, un distrés respiratorio, tolerancia farmacológica entre otros. Los fármacos empleados en tratamiento del dolor según la Asociación pueden ser rotados o sustituidos, es decir que pueden cambiarse de forma parcial o permanente según el escalón analgésico y cuando esto sucede el mayor uso y cambio es: entre el Fentanilo y la morfina

por ejemplo sustituir fentanilo por morfina para tratamiento de la disnea, analgesia dolor difícil de tratar.

El segundo Estudio comparativo son los resultados obtenidos de un trabajo investigativo en 19 países de América Latina, donde identifican que la mayoría de estos países hacen uso de la tercera escala de la OMS es decir opioides Potentes, y muy poco hacen uso del segundo escalón opioides débiles, los fármacos más utilizados son: Morfina, Buprenorfina, Fentanil, Oxicodona, Metadona, en la mayoría de países hacen uso de primera línea la morfina en un 57% aunque en un solo país como Argentina el primer fármaco a utilizar en el tratamiento del dolor en pacientes de Cuidados Paliativos es el fentanilo en un 77%. (Atlas De Cuidados Paliativos En Latinoamérica Edición 2013)

Podemos relacionar que el manejo del dolor en los pacientes con cáncer, que hacen uso de la Unidad De Cuidados Paliativos De Solca Loja, en su mayoría se utilizan fármacos opioides potentes, que se asignan dentro de la tercera escala de analgesia para el tratamiento del dolor, destacando los siguientes fármacos más utilizados: buprenorfina, morfina, oxicodona, y fentanil, seguido del opioide débil como el tramadol y por último se usan los AINES solos o combinados como: el paracetamol, ibuprofeno, ketorolaco y también metamizol, el uso de medicamentos en el tratamiento para el dolor físico utilizados en esta Unidad nos permite ubicarlos de la siguiente manera según la escala analgésica de la Organización Mundial Salud y Ministerio Salud Pública del Ecuador: primero opioides potentes que se ubican en el Tercer escalón, seguido del segundo escalón opioides débiles y por último el primer escalón de la escala de analgesia.

Al comparar con los dos estudios antes mencionados podemos concluir: que en la mayoría de países u Hospitales quienes manejan una Unidad de cuidados Paliativos se basan en las escalas analgésicas del tratamiento del dolor ya establecidas por asociaciones de gran relevancia y prestigio como es la OMS, relacionando que en países de América Latina hacen uso en su gran mayoría de los fármacos aplicados en el tercer escalón, ya que ellos ocupan fentanil, morfina, buprenorfina, oxicodona, en el tratamiento moderado a severo, y en Solca Loja se trabaja de la misma manera pero si se aplica fármacos de segunda y primera escala analgésica, a diferencia, que según los estudios Atlas De Latino América y Asociación Europea de Cuidados Paliativos no utilizan o no se aplican de forma continua.

Sin embargo, el manejo del dolor en pacientes de Cuidado Paliativo debe ser aplicado según las necesidades del paciente, según la valoración previa del profesional encargado y autorizado, habiendo la posibilidad de modificar ya que todos los pacientes no reaccionan de la misma manera ante un fármaco.

Sin embrago, al no existir estudios o pruebas estadísticamente significativas y específicas que orienten hacia un pronóstico exacto, de la intensidad del dolor versus el manejo farmacológico aplicado para ese dolor, queda sujeto a un sinnúmero de factores y cambios que determinan la dinámica y el equilibrio en el proceso salud-enfermedad mejorando en un futuro la calidad de vida en el paciente en sus últimos momentos.

8. Conclusiones

- Al evaluar el manejo del dolor en pacientes de cuidados paliativos, se identificó que en la mayoría de diagnósticos según el tipo de cáncer presentan dolor severo a intenso sobre todo en Cáncer Gástrico seguido del dolor moderado y por último dolor leve en muy pocos pacientes como la Hiperplasia Prostática Benigna.

- Podemos decir que hacen uso de la escala analgésica otorgado por OMS y MSP de Ecuador, en forma correcta, ubicándose el tercer escalón de opioides fuertes como el más utilizado para tratamiento del dolor en los Pacientes de Cuidados Paliativos Solca Loja, además que, si combinan fármacos coadyuvantes o de otras escalas analgésicas, para calmar su dolencia física.

- Se pudo comprobar y consolidar el modelo asistencial de manejo del dolor en los pacientes de Cuidados paliativos donde hay relación de porcentaje con diferencia mínima entre el dolor y la escala analgésica, es decir que Unidad de Cuidados Paliativos dan su tratamiento en base a los protocolos establecidos.

9. Recomendaciones

- Continuar aplicando los fármacos correspondientes para en manejo del dolor de cada paciente, actualizándose el personal profesional a cargo de ellos, con el fin de mejorar su calidad de vida sobre todo en sus días finales.

- Seguir haciendo uso de las escalas analgésicas del manejo del dolor de los pacientes que son parte de la unidad de cuidados paliativos, recibiendo actualizaciones de los fármacos aplicar, o valorando lo mejor para el paciente oncológico.

- Implementar otras técnicas a parte de la farmacología, como una asistencia continua de profesionales en Psicología, Terapista Espiritual, u otros tipos de ayuda como acupuntura, las cuales sirvan de apoyo para sobrellevar la enfermedad en el paciente y familia.

- Ampliar el servicio de cuidados Paliativos para el manejo de otros tipos de dolor que no son oncológicos, pero necesitan del uso de la escala analgésica.

- Concienciar a las personas y profesionales de la existencia de la Unidad de Cuidados Paliativos haciendo uso de ello, con el fin, que el paciente y su familia puedan tener el apoyo hasta el último día de vida e incluso en su duelo.

10. Bibliografía

- American Cancer Society. (2015.). Cancer Facts. Atlanta, Ga: American Cancer Society.
- Asociación Colombiana De Cuidados Paliativos. (2012 Diciembre). Paliación Y Cáncer. Bogotá - Colombia: Ladiprint .
- Centro De Salud J. Sánchez Jiménez. (S.F.). Habilidades En Atención Al Enfermo Terminal. Madrid.: Insalud. Área 4.
- Cosío, D. G. (10 De Agosto 2014) Tratamiento Farmacológico Del Dolor Por Cáncer.Volumen 5 Número 7 • Issn: 1067-6079 Revista Digital Universitaria, 2-10.
- Instituto Nacional Del Cáncer Ee.Uu. (2 De Julio De 2015). Instituto Nacional Del Cáncer Nih. Obtenido De Http://Www.Cancer.Gov/Espanol/Cancer/Cancer-Avanzado/Cuidadores/Planificacion/Etapa-Final-Pro-Pdq
- Ministerio Salud Pública. (2014). Cuidados Paliativos, Guía Práctica Clínica. Quito: El Telégrafo.
- Pública, M. S. (Noviembre 2014). Guia De Practica Clinica De Cuidados Paliativos. Quito: Telégrafo/ Caracola Editores.
- Sociedad Española De Cuidados Paliativos. (2012). Guía Para Cuidado Paliativo. España.
- Carrillo Mayanquer, D. B. (2013). Guía Rápida De Manejo De Síntomas En Cuidados Paliativos. Loja: Ed iloja Cía. Ltda.
- Argelia Lara Solares, A. C. (2012). Instituto Nacional De Ciencias Médicas Y Nutrición “Salvador Zubirán”. Obtenido De Unidad De Medicina Del Dolor Y Paliativa. : Http://Www.Incan.Org.Mx/Revistaincan/Elementos/Documentosportada/1172291086.Pdf
- Centro De Equipamiento Medicamentos, Alimento Y Tecnología. (2012). Vademecum. Argentina: Equipo De Redacción De Iqb.
- American Cancer Society. (2015.). Cancer Facts. Atlanta, Ga: American Cancer Society.

- Argelia Lara Solares, A. C. (2012). Instituto Nacional De Ciencias Médicas Y Nutrición “Salvador Zubirán”. Obtenido De Unidad De Medicina Del Dolor Y Paliativa. : Http://Www.Incan.Org.Mx/Revistaincan/Elementos/Documentosportada/1172291086.Pdf
- Asociación Colombiana De Cuidados Paliativos. (2012 Diciembre). Paliación Y Cáncer. Bogotá - Colombia: Ladiprint .
- Carrillo Mayanquer, D. B. (2013). Guía Rápida De Manejo De Síntomas En Cuidados Paliativos. Loja: Ediloja Cía. Ltda.
- Centro De Salud J. Sánchez Jiménez. (S.F.). Habilidades En Atención Al Enfermo Terminal. Madrid.: Insalud. Área 4.
- Cosío, D. G. (10 De Agosto 2014) Tratamiento Farmacológico Del Dolor Por Cáncer. Revista Digital Universitaria, 2-10. Volumen 5 Número 7 • Issn: 1067-6079
- Guía CCP.M.S. (Noviembre 2014). Guia De Practica Clinica De Cuidados Paliativos. Quito: Telégrafo, Caracola Editores.
- Guía Cuidados Paliativos UTPL. (2013). Guía Rápida Sintomatología De Cuidados Paliativos. Loja: Ediloja.Cía.Ltda.
- Instituto Nacional Del Cáncer Ee.Uu. (2 De Julio De 2015). Instituto Nacional Del Cáncer Nih. Obtenido De Http://Www.Cancer.Gov/Espanol/Cancer/Cancer-Avanzado/Cuidadores/Planificacion/Etapa-Final-Pro-Pdq
- Ministerio Salud Pública. (2014). Cuidados Paliativos, Guía Práctica Clínica. Quito: El Telégrafo.
- Msp. (Noviembre 2014). Guía Cuidados Paliativos . En G. (Adopción De Gpc Sobre Cuidados Paliativos En El Sns Ministerio De Salud Y Consumo. Quito: Dirección Nacional De Normatización.
- Organización Mundial Salud. (2016). Cáncer Cuidados Paliativos. Programa Y Proyectos, 1-3.
- Platas, D. M. (8 De Septiembre De 2013). Neurodidacta. Obtenido De Neurología Hospital Universitario Canarias: Http://Www.Neurodidacta.Es/Es/Comunidades-Tematicas/Esclerosis/Esclerosis-Maltiple/Calidad-Vida-Esclerosis-Maltiple/Definician

- Sociedad Española De Cuidados Paliativos. (2012). Guía Para Cuidado Paliativo. España.
- Vallejo, L. (2015). Investigación. En L. Vallejo. Loja: Universitaria.
- Atlas de Cuidado Paliativo (2012) Introducción de Universidad de Navarra. Disponible: http://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/publicaciones/guia_manejo_sintomas_cuidados_paliativos.pdf
- Atlas de Cuidado Paliativo en Latinoamérica (2012). International Association for Hospice and Palliative Care.
- Parreiras Reis de Castro, Guilherme Cafure Antunes, Lívia Maria Pacelli Marcon, Lucas Silva Andrade, Sarah Rückl, Vera Lucía (2016) Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática.
- Francisco Temboury Ruiz Médico (2014) El Manejo Del Paciente Oncológico En Situación Termina área Urgencias Hospital Clínico Universitario Virgen De La Victoria . Málaga .
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017) Guía Práctica Clínica Tratamiento del dolor oncológico en adultos. Quito. http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/06/Dolor-oncol%C3%B3gico-GPC-final-12-12-2016-1.pdf

11. Anexos

Anexo 1 Certificación De Aprobación Del Tema De Tesis

Loja, 8 de Abril del 2016

Dra.

Elvia Ruíz

COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

En su despacho:

Yo, **Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa,** asignado para dar **PERTINENCIA** al proyecto de tesis denominado: **EVALUACIÓN DEL MANEJO DE PACIENTES TERMINALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE SOLCA LOJA,** al respecto salvando criterios de autoridad, considero que es necesaria la modificación del tema quedando de la siguiente manera:

"EVALUACIÓN DEL MANEJO DE EL DOLOR EN PACIENTES TERMINALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE SOLCA LOJA. PERIODO NOVIEMBRE 2015 – NOVIEMBRE 2016", de la Srta. Ana Gabriela Armijos Coronel, estudiante del Noveno Módulo Paralelo A2 de la Carrera de Medicina, el mismo que es **PERTINENTE,** luego de las correcciones que el alumno ha realizado.

Por la favorable atención que dispense al presente le expreso mis sinceros agradecimientos.

Autorizado

Atentamente

.....

Dr. Raúl Arturo Pineda Ochoa

Anexo 2 Certificado De Pertinencia Del Proyecto De Tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

1859

MEMORÁNDUM Nro. 0999CCM-ASH-UNL

PARA: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg. Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 04 de mayo de 2016

ASUNTO: **Designar Director de Tesis**

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Director del trabajo de Investigación adjunto, titulado**"EVALUACIÒN DEL MANEJO DE EL DOLOR EN PACIENTES TERMINALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE SOLCA LOJA. PERIODO NOVIEMBRE 2015-NOVIEMBRE 2016"**, de autoría de la **Srta. Ana Gabriela Armijos Coronel**, estudiante de la **Carrera de Medicina.**

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

RECIBIDO

C.c.- Secretaria Abogada, Estudiante y Archivo
Sip.

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

Anexo 3 Certificado De Designación De Director De Tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

1859

MEMORÁNDUM Nro. 0999CCM-ASH-UNL

PARA: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg. Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 04 de mayo de 2016

ASUNTO: **Designar Director de Tesis**

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Director del trabajo de Investigación adjunto, titulado**"EVALUACIÒN DEL MANEJO DE EL DOLOR EN PACIENTES TERMINALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE SOLCA LOJA. PERIODO NOVIEMBRE 2015-NOVIEMBRE 2016"**, de autoría de la **Srta. Ana Gabriela Armijos Coronel**, estudiante de la **Carrera de Medicina.**

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

RECIBIDO

C.c.- Secretaria Abogada, Estudiante y Archivo
Sip.

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

Anexo 4 Certificado De Autorización Para El Desarrollo De Trabajo De Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

1859

MEMORÁNDUM Nro. 01106-CM-ASH-UNL

PARA: Dr. José Molina Manzano
DIRECTOR DEL HOSPITAL ONCOLÒGICO SOLCA LOJA.

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 26 de mayo 2016

ASUNTO: **Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Ana Gabriela Armijos Coronel**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la obtención de datos de las Historias Clínicas y los registros de pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos; información que le servirá para la realización de la tesis: titulada **"EVALUACIÒN DEL MANEJO DE EL DOLOR EN PACIENTES TERMINALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE SOLCA LOJA. PERIODO NOVIEMBRE 2015-NOVIEMBRE 2016"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. Patricio Aguirre Aguirre,** Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA – UNL
C.c.- Archivo
Sip.

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

SOLCA NÚCLEO DE LOJA
SECRETARÍA DIRECCIÓN MÉDICA
Fecha: 07/06/2016

Anexo 5 Autorización Del CEAS Comité De Ética De Solca Loja

Loja, 25 de julio de 2016
Oficio Nro. 029- CEAS-Loja

Señorita
Ana Gabriela Armijos Coronel.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNL
Presente.-

De nuestra consideración:

Por medio del presente nos dirigimos a Usted dando contestación a la solicitud enviada hasta el CEAS-Loja con fecha 11 de Julio 2016, en donde solicita autorización para revisar las Historias Clínicas de los pacientes de la UCP (Unidad de Cuidados Paliativos) del Hopsital SOLCA-Loja, misma que se autoriza, solicitando se guarde el sigilo y confidencialidad necesarios que el Código de Deontología Médica exige para con los pacientes

Particular que pongo en su conocimiento para los fines que considere pertinentes.

Atentamente,

Dr. Franklin Padilla Armijos.
Presidente CEAS

Dra. María Rosa Vélez Burneo.
Secretaria CEAS

Dirección : Av. Salvador Bustamante Celi (Jipiro). P.O. BOX 256 Fax: 593-7-2573752 – 593 – 7 -2573542

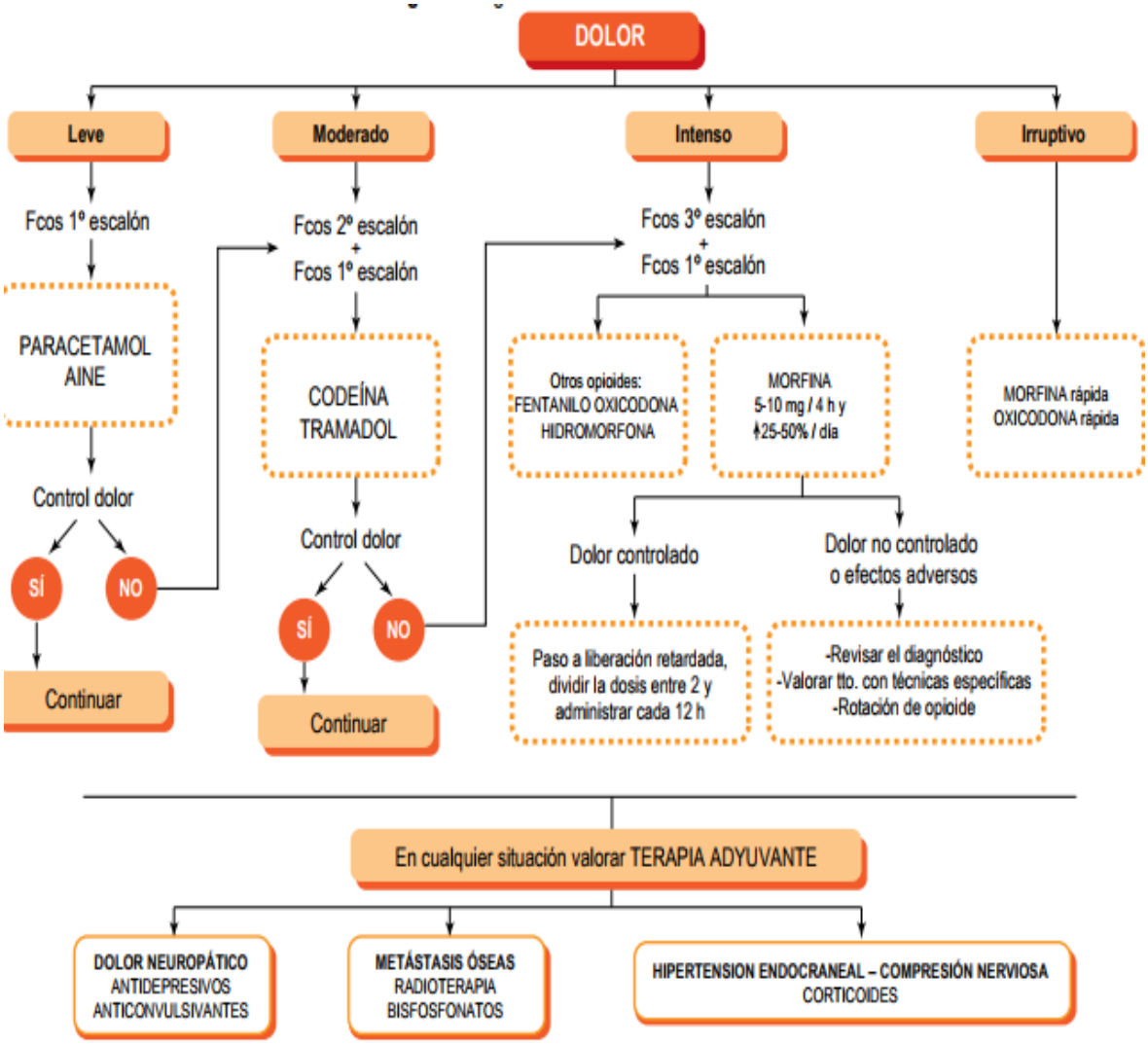
Anexo 6 Escala de Borg

	Escala de Borg	
0	Reposo	
1	Muy muy Suave	
2	Muy Suave	
3	Suave	
4	Algo Duro	
5	Duro	
6	Más Duro	
7	Muy Duro	
8	Muy muy Duro	
9	Máximo	
10	Extremadamente Máximo	

Dosis Benzodiacepina Frecuentes en manejo de Disnea

Fármaco	Presentación	Dosis
Lorazepam	Tabletas de 1 y 2 mg	0.5-1 mg VO c/h hasta aliviar la disnea, luego c/4-6 h
Diazepam	Tabletas de 5 y 10 mg	5-10 mg VO c/h hasta aliviar disnea, luego c/6-8 h
Clonazepam	Tabletas de 0.5, 1 y 2 mg	0.25-2 mg VO c/12 h
Midazolam	Ampollas de 5, 10 y 15 mg/3 ml	2.5 mg IV o SC en bolo luego 0.5 mg c/15 min hasta aliviar, o en infusión SC o IV

Anexo 7 Algoritmo del manejo dolor según la Guía de Cuidados Paliativos MSP Ecuador



Anexo 8

8.1. Resumen De Evidencia Del Tratamiento Dolor Según La Guía De Cuidados Paliativos MSP Ecuador.

3	Con la escalera analgésica de la OMS se logra un control adecuado del dolor en un porcentaje que oscila entre el 45% y el 100 % de los pacientes oncológicos, aunque no ha sido evaluada con ECA.[95, 96]
1+	No existen evidencias que apoyen o desaconsejen la asociación de opioides con AINE.[92]
1+/3	Los fármacos adyuvantes son eficaces en el tratamiento del dolor en los pacientes en CP.[89, 110]
1+	Existe evidencia controvertida y escasa sobre la eficacia de las terapias alternativas en el tratamiento del dolor en CP.[89, 115-118]
1+	Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina),[113, 120] los antiepilépticos (carbamazepina, gabapentina)[121, 122] y los opioides[123-125] son eficaces en el alivio del dolor neuropático.
1+	Metadona, oxicodona o fentanilo no son más eficaces que morfina oral para el tratamiento del dolor en los pacientes en CP.[93, 94, 102]
1+	Existe limitada evidencia de que el tratamiento combinado de fármacos con distintos mecanismos de acción pueda mejorar la respuesta al tratamiento, aumentando también los efectos adversos.[127]
1++	Calcitonina no mejora el dolor ni la morbilidad asociada a las metástasis óseas.[130]
1++	La radioterapia es eficaz en el alivio del dolor y la morbilidad asociada a las metástasis cerebrales.[136-138]
1++	La radioterapia en dosis única es similar a la fraccionada en el alivio del dolor asociado a metástasis óseas, riesgo de fracturas y compresión medular, con un ligero aumento en la necesidad de retratamiento.[138]
1++	Los bisfosfonatos son eficaces en el alivio del dolor y en la disminución de las complicaciones asociadas a las metástasis óseas.[131, 134] Estos hallazgos son más consistentes para el cáncer de mama[131] y, en menor medida, para el de próstata.[133]
1++	Ácido zoledrónico IV es más eficaz que el resto de bisfosfonatos en el alivio de la morbilidad asociada a las metástasis óseas.[131, 133]
1+	Los radioisótopos son moderadamente eficaces en el alivio del dolor asociado a las metástasis óseas.[139]

8.2. Recomendación

D	En la atención al dolor en CP se recomienda realizar una evaluación integral del dolor, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia.
D	El equipo de profesionales que trata el dolor en CP debería instruir e involucrar al paciente y a su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas.
C	En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA) o el Cuestionario Breve del Dolor (CBD).
D	Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS junto a fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente.
D	La administración de analgésicos debería ser pautada. Se debe monitorizar la respuesta al tratamiento y adecuar la dosis de forma individualizada.
A	Morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia.
B	Los antidepresivos tricíclicos son los fármacos de elección en el dolor neuropático. En caso de intolerancia o contraindicación, pueden utilizarse anticonvulsivantes (gabapentina). Los opioides pueden utilizarse en el dolor neuropático, y son la primera opción que considerar en caso de dolor asociado de otra etiología que requiera un nivel de analgesia con dichos fármacos. Cuando la respuesta al tratamiento es insuficiente, se pueden asociar fármacos con distintos mecanismos de acción, monitorizando la respuesta y los efectos adversos.
B	Morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo (1/6 de la dosis total diaria por dosis).
B	Las terapias alternativas no constituyen un tratamiento de primera línea para el dolor en pacientes en CP.
D	Los pacientes con metástasis óseas dolorosas deberían recibir analgesia conforme a la escalera de la OMS, comenzando por los AINE. Considerando los efectos colaterales y comorbilidad de cada paciente.
B	La radioterapia es el tratamiento de elección en las metástasis óseas dolorosas.
B	En los pacientes con metástasis óseas dolorosas y pronóstico superior a seis meses, dependiendo del tipo de tumor y de su extensión, se recomienda utilizar los bifosfonatos (ácido zoledrónico).
B	Los radioisótopos no deberían utilizarse como primera línea del tratamiento de las metástasis óseas, aunque podrían ser útiles en casos seleccionados, como pacientes con cáncer de próstata con fracaso del tratamiento hormonal, o cáncer de mama o pulmón con contraindicación de radioterapia, quimioterapia y bisfosfonatos.

Anexo 9. Abreviaturas

SOLCA: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer

OMS: Organización Mundial de la Salud

MAIS–FCI: Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural.

MM: Mieloma Múltiple.

LLA: Leucemia Linfocítica Aguda

LMA: Leucemia Mieloide Aguda

HPB: Hiperplasia Prostática Benigna

Ca: Cáncer

EAPC; Cuidados Paliativos de la Asociación Europea.

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos

FFV: fase final de vida.

CP: Cuidado Paliativo.

IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.

EVA: Escala Visual Analógica

ECA: Ensayo clínico aleatorizado

RS: Revisión Sistemática.

Anexo 10

Certificado de Traducción del Resumen de Tesis de Español a Inglés

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: ***"EVALUACIÓN DEL MANEJO DE EL DOLOR EN PACIENTES TERMINALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE SOLCA LOJA, PERÍODO NOVIEMBRE 2015-NOVIEMBRE 2016"***, autoría de la Señorita Ana Gabriela Armijos Coronel, con Cédula de Identidad No 1104448368, egresada en la Carrera de Medicina Humana, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 06 de octubre de 2017

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

Anexo 11.

SEXO	FECHA	HISTORIA CLINICA	EDAD	DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO	TRATAMIENTO